Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve

CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790

TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

1936



Et son
SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
(Mensuel)

BUREAUX DU JOURNAL

41, rue des Ecoles, PARIS

Téléphone Odéon 30-03

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie
R. C. Clermont 4264

Fondé en 1873. — N° 1 LE NUMÉRO : 50 Centimes 90170 4 JANVIER 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Travaux originaux

J.-A. CHAVANY : Le traitement des dystrophies musculaires progressives et plus spécialement des myopathies. 9

J. SÉDILLOT : L'eczéma infantile.... 14

Pratique syphiligraphique

H. VIGNES : A propos du diagnostic de la syphilis congénitale.. 23

Revue de Pharmacologie

P. BOYER et L. DUTHEIL : La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1934-1935 (*suite*).......... 27

Variétés

P. LE GENDRE : Conte de Noël...... 31

Revue de Presse parisienne......... 28

Nouvelles.......................... 3

Echos et Glanures.................. 35

Bibliographie......................... 3 20

NOUVELLES

Service de santé. — MUTATIONS SEMI-MENSUELLES. — Les médecins colonels : Fontan, de l'hôpital de Toulouse, sous-directeur du Service de santé de la 8e région ; Etienney, de l'hospice mixte de Besançon, sous-directeur du Service de santé de la 7e région.

Les médecins lieutenants-colonels : Croidieu, de l'hôpital de Briançon, à l'hospice mixte de Valence ; Decour, des territoires du Sud-Tunisien, à l'hôpital de Bizerte ; Bouissou, du ministère de la Guerre, à l'Ecole supérieure de guerre.

Les médecins commandants : Petit, de la section technique du Serv. de santé, au ministère de la Guerre ; Galan, de la région de Paris, à la section technique du Service de santé ; Rigoulet, de la comm. consultative médic., aux troupes du Maroc ; Manchet, des troupes du Levant, à l'hospice mixte de Besançon.

— SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — *En Chine.* — Le médecin commandant Blanc, de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

Au Cameroun. — Le médecin colonel Lefèvre, du 4e tir. sénégalais, comme directeur du Service de santé du Cameroun.

A Madagascar. — Le médecin colonel Besse, du 21e d'inf. col. ; le médecin commandant Farinaud, du dépôt des isolés des troupes coloniales.

AFFECTATIONS EN FRANCE. — Au 23e d'infanterie coloniale. — Le pharmacien colonel Audille, rentré de Madagascar.

Au 16e tirailleurs sénégalais. — Le médecin commandant Gaudard, rentré de la Nouvelle-Calédonie.

Au 11e d'artillerie coloniale. — Le médecin commandant Kerebel, rentré de Madagascar.

Au dépôt des isolés des troupes coloniales à Marseille. — Le médecin commandant Queinnec, rentré d'Indochine.

Au dépôt des isolés des troupes coloniales (annexe de Bordeaux). — Le médecin commandant Dodoz, rentré d'Indochine.

PROMOTIONS TRIMESTRIELLES. — *Au grade de médecin-colonel.* — Les médecins lieutenants-colonels : Théron, du ministère des Pensions ; Troude, de l'hôpital Villemin, Paris ; Laloy, de l'Ecole de Saint-Cyr ; Grenier, de l'hospice mixte de Compiègne, à l'hospice mixte de Châlons-sur-Marne ; Charpentier, de l'hospice mixte d'Amiens ; Vieille, de l'hôpital Maillot, à Alger ; Dizac, de l'hospice mixte de Tarbes ; Augé, de l'hôpital Dominique-Larrey, Versailles ; Junquet, de l'hôpital Bégin, Saint-Mandé.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — Les médecins commandants : Létang, de l'hospice mixte d'Angers ; Feuillié, de l'hospice mixte de Verdun ; Doniol, de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand ; Bornecque, de l'hospice mixte de Saint-Etienne ; Rouquier, de l'hôpital Sédillot, à Nancy ; Vateau, de la légion de gendarmerie de la Seine, Paris affecté à l'hospice mixte de Compiègne ; Godar, de l'hospice mixte de Chartres ; Liébert, de l'hospice mixte de Vannes ; Pauron, de l'hôpital d'Amélie-les Bains ; Coic, de l'hôpital Broussais, à Nantes ; Montel, de l'hôpital Michel-Lévy, à Marseille ; Jourdan, du 19e C. A.

Au grade de médecin commandant. — Les médecins capitaines ; Monot, de l'hôpital Legouest, Metz ; Gleize, du 25e tir. algériens ; Brunel, du 2e bat. de dragons portés ; Cordier, du 19e C. A. ; Sarroste, de l'Ecole d'applic. du Service de santé ; Curie, du 188e d'art. ; Ginestet, de l'hôpital d'instr. Desgenettes, Lyon ; Ambrogi, du dépôt des isolés métropolitains ,Marseille ; Pesme, de l'Ecole d'application du Service de santé ; Daigre, du 37e d'inf. ; Talbot, de l'Ecole du Service de santé, Lyon ; Adisson, du centre de réforme de Limoges ; Chaville, du 5e d'inf. ; Habert, de l'hôpital Sédillot, Nancy ; Vauchez, du 27e d'inf. ; Tisné, du 17e d'art. ; Layet, du 22e tir. algériens ; Villain, du 65e d'inf.

Au grade de médecin capitaine. — Les médecins lieutenants : Delmas, du 12e d'art. ; Fumaroli, du 19e C. A. ; Roumagnou, du 39e d'art. ; Cassignol, du 91e d'inf. ; Cazolas, des troupes du Maroc ; Bertrand, du 3e d'inf. ; Akbouze, des troupes du Maroc ; Augias, du 40e d'art. ; Nègre, du 15e tir. algériens ; Moret, du 19e C. A. ; Meyrueis, du 150e d'inf. ; Baron, du 510e chars ; Prat, du 19e C. A. ; Jeanpierre, des troupes de Tunisie ; Henry, du 55e d'art. ; Rey, du 19e d'art. ; Proust, des troupes du Levant ; Sabatier, du 121e d'inf. ; Pagès, du 17e d'art. ; Cousty, du 32e d'inf. ; Grégoire, du 155e d'inf. ; Rumeau, du 117e d'art. ; Grumbach, du 106e d'inf.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement des ictères infectieux, par le Professeur Noël FIESSINGER. 1 volume grand in-8 de 52 pages : 10 francs. (Collection « Les thérapeutiques nouvelles). Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Les faits décrits dans cet opuscule montrent le changement que doit subir la thérapeutique d'un ictère infectieux. Cette thérapeutique doit s'adapter aux conditions de l'évolution clinique. Il n'y a pas plus de règle absolue dans ce cas que dans toutes les autres circonstances de la thérapeutique. Qui dit thérapeutique, entrevoit application à la clinique. Or, c'est là que réside la difficulté. Le traitement qui convient à un cas ne convient pas à un autre. Au médecin de fixer lui-même les directives de son action. En règle générale, dans l'ictère infectieux, le traitement peut se résumer en trois principes :

1° Traiter l'infection d'une manière utile sans nuire au parenchyme hépatique et pas non plus au parenchyme rénal.

2° Stimuler ou suppléer la fonction hépatique, sans activer l'infection ;

3° Maintenir surtout en bon équilibre l'état général en soutenant le dynamisme cardiaque.

Pour répondre à chacun de ces principes, l'auteur a étudié les différents actes thérapeutiques possibles et utiles. Un juste discernement basé sur l'expérience du fait particulier guidera dans un choix judicieux qui aidera, sans troubler jamais, la réaction de défense de l'organisme et de l'organe.

Applications pratiques de la transfusion sanguine. *Indications et contre-indications, choix des donneurs et détermination du groupe sanguin. Techniques usuelles et techniques d'exception,* par Roger MOLINE. 1 vol. in-8 de 60 pages, 12 figures : 10 francs. (Collection « Les Thérapeutiques nouvelles »). Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Le praticien est fréquemment amené à poser ces indications d'une transfusion sanguine. Peut-il être amené à en réunir les conditions d'exécution ? Peut-il être conduit à la faire lui-même ? Ces éventualités sont admises maintenant par tout le monde. Les points de beaucoup les plus importants pour le praticien se trouvent concentrés autour des faits suivants :

1° Discussion des indications et contre-indications ;
2° Sélection sévère des donneurs ;
3° Emploi d'une technique sûre et commode, telle que la transfusion sanguine entre dans le cadre des interventions que le Professeur Gilbert groupait sous le nom de petite chirurgie médicale domaine qu'il attribuait en propre au praticien. Ce sont ces différents points que l'auteur étudie.

Thérapeutique cardiovasculaire, par le Docteur P. Schrumpf-Pierron. J. Peyronnet et Cie, éditeurs, 7, rue de Valois, Paris (Ier). 1 vol. 30 francs.

Continuant la tradition de Martinet (que le Professeur Schrumpf-Pierron considère comme « l'un des plus grands cliniciens de sa génération »), l'auteur écrit « en praticien pour les praticiens », et il a atteint son but car son livre ne plaira peut-être pas à certains « officiels », mais il aura certainement l'approbation de tous ceux qui souffrent du « nihilisme thérapeutique » de notre médecine actuelle.

Le livre se termine par une « Matière médicale » très complète, comportant en plus des médicaments, des formules en partie homœopathiques (car le Professeur Schrumpf-Pierron est partisan d'une fusion des principes allopathiques et homœopathiques) qui concernent des drogues que ne mentionnent plus nos pharmacies modernes.

Maladies des femmes enceintes, par Henri Vignes. I. *Affections du tube digestif*, avec la collaboration de G. Lauret et P. Olivier-Pallud. Un volume de 318 pages avec 34 figures, 40 francs. II. *Affections du foie, du pancréas, maladies de la nutrition, parois abdominales, péritoine*, avec la collaborateuon de G. Lauret, Jean Olivier et P. Olivier-Pallud. Un volume de 200 pages : 25 francs. Masson et Cie, éditeurs 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre a été écrit pour les *accoucheurs* aussi bien que pour les *praticiens*. Aux uns, il apporte les éléments d'information sur les recherches les plus récentes en ce qui concerne la physiologie pathologique de la grossesse et ses possibilités thérapeutiques ; aux autres, il permet de suivre plus facilement une femme enceinte dans les diverses *particularités pathologiques* qu'elle peut présenter, de mieux saisir les adaptations, les réactions multiples d'un organisme qui se trouve dans des conditions spéciales en face de la maladie.

Le Docteur Vignes dont les travaux sur la physiologie de la femme sont bien connus, et dont l'expérience pratique est considérable étudie dans cet ouvrage les maladies et les malaises qui apparaissent du fait de la grossesse et celles qui ont avec la grossesse de simples rapports de coexistence fortuite.

Il est nécessaire pour saisir l'importance pratique de cet ouvrage, de considérer qu'un petit nombre, seulement, des troubles observés chez la femme enceinte peuvent s'accommoder d'une explication mécanique. Quand il s'agit d'interpréter ce qu'est la physiologie générale de la grossesse et l'influence de la grossesse sur les maladies de la femme enceinte, il faut tenir compte de nombreux facteurs qui interviennent plus ou moins conjointement ou isolément suivant les cas et dont l'importance est souvent difficile à déterminer :

Il en est ainsi d'un métabolisme un peu spécial lié aux spoliations répétées que le fœtus fait subir à sa mère pour assurer son développement et qui déterminent une stimulation des organes et des glandes ;

Il faut tenir compte également des fonctions de cette glande endocrine provisoire qu'est le placenta ;

Il ne faut pas davantage négliger la possibilité d'une sensibilisation par les albumines fœtales à laquelle certains auteurs ont fait jouer un rôle important.

Enfin, s'il faut considérer la grossesse comme une fonction naturelle », si la symbiose est parfaite chez la femme saine, des tares pathologiques diverses peuvent compliquer la tâche de l'organisme chez beaucoup d'autres. Les adaptations nécessaires des glandes endocrines, du système neuro-végétatif, du foie, à ces conditions anormales varient avec l'état antérieur, la constitution, le tempérament. Or la grossesse acentue les différences de réactivité du système nerveux : elle accentue les états de sympathicotonie et de vagotonie, elle accentue les petits états endocrinien et crée, ainsi, des types morbides assez polymorphes.

Le premier volume sur les maladies des femmes enceintes est consacré aux affections du tube digestif. Le deuxième aux affections du foie, du pancréas et de la nutrition.

En ce qui concerne les maladies gravidiques, le Docteur Vignes expose leur clinique et leur thérapeutique tout en expliquant leur pathogénie.

Quant aux maladies banales coexistant avec la grossesse, le problème qu'elles posent étant surtout un problème de pronostic, il précise quels éléments de pronostic comporte le facteur gravidique.

Les conceptions modernes de l'hérédité, par M. Maurice Caullery. Un vol. in-8°. Prix : 15 francs, Ernest Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris.

Ce livre s'adresse à la masse du public cultivé, qu'il s'efforce de familiariser avec un ensemble de faits positifs et de conceptions théoriques constituant une des parties les plus essentielles et les plus vivantes de la science contemporaine.

L'hérédité, restée jusqu'au seuil du xxe siècle une puissance aussi mystérieuse que capricieuse, est entrée, depuis 1900, dans le domaine de la science expérimentale, dont la caractéristique esssentielle est de réaliser rationnellement des prévisions définies. Ainsi s'est constituée, au sein de la biologie, une discipline nouvelle, la génétique. Cette science a eu en France d'éminents précurseurs, mais, dans son vaste développement récent, elle n'y a trouvé que peu d'adeptes ; elle a souffert chez nous d'un véritable ostracisme, d'un scepticisme dénigrant et stérile. C'est contre quoi le présent volume tend à réagir.

L'auteur a cherché à réaliser, dans l'exposition du sujet le maximum de clarté, sans toutefois le déformer. De là l'emploi d'un langage qui peut sembler à première vue un peu trop technique, mais dont tous les termes sont soigneusement définis et expliqués (un index permet de retrouver à chaque instant les définitions).

Tel qu'il est, ce livre est un tableau d'ensemble bien à jour de l'état, présent de nos conceptions sur l'hérédité, et, si l'on réfléchit que les lois de celles-ci dominent à chaque instant notre vue individuelle et familiale

tout homme qui réfléchit doit éprouver impérieusement le besoin de savoir où la science en est de leur déchiffrement.

Le présent ouvrage le lui indiquera d'une façon précise et parfaitement accessible ; sa lecture s'impose donc à tout esprit éclairé.

Le rajeunissement par l'amélioration des fonctions de l'estomac et de l'intestin, par le Docteur Arnold LORAND. 1 vol in-8 de 88 pages : 14 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Tenant compte du résultat des expériences de ces deux dernières années, l'auteur décrit les relations qui existent entre l'insuffisance chlorhydrique de l'estomac suivie de putréfaction intestinale, leur influence sur les états d'hypersensibilité accompagnés de phénomènes cutanés, et leur contribution instructif au sujet qu'il traite.

A propos d'un argus très utile : **Analyse**. — *J'Analyse* va entrer dans sa neuvième année. C'est une publication présentée sous forme *d'argus* citant 140 journaux et revues de langue française. Elle rend de grands sercices au praticien, au médecin et à l'étudiant préparant des concours ainsi qu'au spécialiste, en leur apportant chaque mois des analyses et une bibliographie bien faite, classée par spécialités.

Le coût de l'abonnement est minime : 20 francs. France ; 30 francs. Union postale ; 40 francs, autres pays. Un numéro *spécimen* sera envoyé sur demande adressée au Docteur Crouzat, 84, boulevard Richard-Lenoir, Paris (XIe).

Trois autres images de l'amour suivies d'un autre dialogue, par Etienne BRICON. Un volume in-16 jésus, de VII : 220 pages, 12 francs. Librairie de Paris, Firmin-Didot et Cie, 56, rue Jacob.

Illustration en marge d'un traité de l'amour, l'auteur a réuni ces essais pour une vue d'ensemble, pour un spectacle où se déroulent les émois de l'universelle passion en leur infinie diversité. Pour cette synthèse voici Cléopâtre, de César à Antoine maîtresse de l'Histoire en ses tumultueux désirs. Voici la voluptueuse Héloïse, déchirée par le souvenir d'un Abélard qui n'est plus pour elle. Et avec Monsieur et Madame Denis le continuel rayonnement d'un amour conjugal que rien n'interrompt ni limite. Enfin le dialogue antique, — *Trois hommes et deux femmes*, — violent et lapidaire, où, sous les traits d'Hélène et de Dionysos, l'éternel féminin s'affronte à l'éternel masculin.

Héliodore. LES ÉTHIOPIQUES (THÉAGÈNE ET CHARICLÉE), tome I, texte établi par R.-M. RATTENBURY et Rev. T.-W. LUMB et traduit par J. MAILLON. Exemplaire sur velin 25 francs ; Ex. numéroté sur pur fil Lafuma, 50 francs. Collection des Universités de France publiée sous le patronage de l'Association Guillaume Budé.

Les Ethiopiques sont de tous les romans grecs qui nous sont parvenus, le plus complexe et le plus curieux. L'auteur, personnage mystérieux dont non ne sait s'il vécut au IIIe siècle de notre ère ou plus tard, ni s'il était évêque ou païen, se dit lui-même phénicien. Après avoir promené le lecteur en Egypte et en Grèce, il termine son roman par l'abolition des sacrifices humains en Ethiopie.

Traduit par Amyot, appris par cœur par Racine à Port-Royal, le roman d'Héliodore a vu son succès diminuer au XIXe siècle. Minutieusement établi par MM. Lumb et Rattenbury, le texte que nous donnons a été traduit avec élégance par M. Maillon.

Annales historiques de la Révolution française. — Organe de la Société des Etudes robespierristes. Paraissant six fois par an. Abon. : 40 francs. Mellotée, éditeur, 48, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

Sommaire du n° de novembre-décembre : A. Mathiez : La politique étrangère ; le plan Robespierriste. — M. Eude: Politique économique et sociale de la commune Robespierriste. — G. Aubert : La révolution à Douai ; La Société des Amis de la Constitution.

Documents. — Une opinion sur le jugement de Jourdan coupe-tête (Ed. Vellay). — L'application de la loi du 12 germinal sur les accaparements (H. Calvet).

Glanes. — Le diplôme maçonnique de Marat (G. de Froidcourt). — Barrère et les fonds secrets de Louis-Philippe (A. Chabaud). — Chanson royaliste (A. Troux). — Bois et droits d'usage sous l'Empire (L. Lacrocq). — Un document sur les métayers en l'an II (A. Calvet).

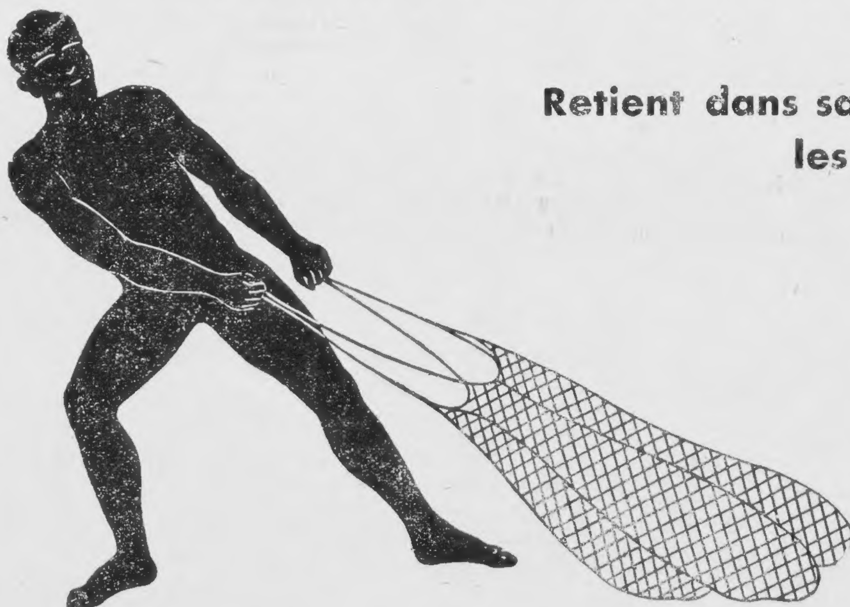
Bibliographie. — Notices. — Revue de la Presse. — Chronique régionale. — Tables.

La Revue des cours et conférences, fondée par Emile FAGUET, en 1892, actuellement dirigée par M. Fortunat Strowski, membre de l'Institut, vient de faire paraître le premier numéro de sa 37e année dans lequel nous signalons parmi d'autres, les articles suivants :

Les caractères originaux du lyrisme romantique français, par Paul Hazard ; *Etudes sur l'histoire des prix*, par Henri Hauser ; *Les relations internationales au temps de la Renaissance*, par G. Zeller; *La phonologie et la langue poétique*, par J. Vendryes ; *Du Lamartine inédit*, par C. Sprietsma.

Rappelons que cette excellente *Revue* publie en littérature, histoire et philosophie, les principaux cours des Universités de Paris et de province et qu'elle groupe ainsi les plus remarquables collaborateurs. Elle a le mérite de fixer définitivement pour ceux trop nombreux qui ne peuvent y assister, les cours faits par les maîtres les plus réputés.

La Direction de la *Revue des cours et conférences* offre l'envoi d'un numéro-specimen et la notice-programme de l'année, à toute personne qui adressera sa carte de visite accompagnée d'un timbre de 0 fr. 50 à Boivin et Cie, 3, rue Palatine, Paris (VIe).



TRAVAUX ORIGINAUX

Le traitement des dystrophies musculaires progressives et plus spécialement des myopathies

Par le Dr J. A. CHAVANY

Médecin de l'Hôpital de Bon-Secours

Dans le grand cadre des dystrophies musculaires progressives, *les myopathies*, par leur fréquence, occupent la place de premier plan.

Quelques remarques d'ordre général touchant *leur clinique, leur anatomie* et *leur physiologie pathologiques* méritent, parce qu'elles sont peu connues ou d'acquisition récente, d'être faites au début de ce travail.

Il est classique de dire qu'on est en présence d'une *affection familiale et héréditaire*. Or dans plus de la moitié des cas, on ne retrouve pas cette notion d'hérédité ; la majorité des cas sont des cas isolés. Mais quand cette maladie se mêle d'être familiale — et l'hérédité est ici *homologue* — elle l'est à un degré extrême. Tous les neurologistes ont observé des faits de ce genre. Celui qui, dans cet ordre d'idées, s'est gravé dans ma mémoire se rapporte à une famille de paysans du Cantal qu'il m'a été donné d'observer avec le Docteur Jabiol (de Condat-en-Féniers) ; sur 8 enfants vivants, 6 étaient myopathiques à des stades de gravité évolutive proportionnés à leur âge : les 2 seuls indemnes devaient vraisemblablement à leur bas âge de ne pas être encore touchés.

Les premiers signes d'un tel mal se manifestent habituellement durant *la seconde enfance ou au début de l'adolescence*, entre 5 et 15 ans. Les cas apparaissant après 20 ans sont l'exception. Toutefois on ne saurait exclure le diagnostic de myopathie sur un début tardif même à un âge avancé. Il est à retenir que ce *début tardif coïncide avec une lenteur manifeste* de l'évolution symptomatique qui contribue toujours à rendre un tel diagnostic très hésitant.

Il n'existe pas de myopathies mais une myopathie. Les formes cliniques décrites ne sont que *les étapes* d'un même mal. En voici les plus souvent observée :

forme pseudo-hypertrophique de Duchenne,
forme de Leyden-Meobius,
forme junévile d'Erb,
forme facio-scapulo-humérale de Landouzy-Dejerine,
forme de Zimmerlin.

Ce qu'il faut retenir, c'est que toutes les myopathies frappent *électivement les muscles périvertébraux et les muscles des ceintures* et qu'au niveau des membres — sauf dans un type distal rarissime identifié par Gowers — la prédominance lésionnelle est manifeste au niveau *des segments proximaux*. La faiblesse des reins se montre dans tous les cas le signe le plus précoce. Il suffit dans la règle d'observer le malade tout nu *cherchant à passer du décubitus horizontal dorsal à la station debout* pour affirmer un diagnostic que l'allure générale du sujet, sa démarche, parfois quelques traits de son facies (grosseur des yeux, forme des lèvres) avaient fait soupçonner à première vue. Le diagnostic de myopathie est un *diagnostic morphologique* (Ch. Foix) que l'on fait en regardant le malade et en se rendant compte par la vue de la distribution topographique spéciale de ses atrophies auxquelles viennent se combiner, surtout au stade initial, des hypertrophies musculaires paradoxales. L'absence quasi-habituelle des contractions fibrillaires si fréquentes dans les atrophies myélopathiques frappe encore l'observateur.

L'examen neurologique systématique objective la diminution puis la disparition des réflexes tendineux troubles qui vont ordinairement de pair avec l'atteinte progressive de la force musculaire et l'accentuation inéluctable de l'atrophie. *L'abolition de l'excitabilité idio-musculaire* est un phénomène précoce dans la myopathie (Babinski) : il précède souvent l'aréflexie tendineuse et même l'atrophie. On n'observe ordinairement dans les myopathies que des *modifications quantitatives de l'excitabilité électrique* (hypoexcitabilité) ; dans les formes débutantes, et cela de façon précoce et transitoire, on peut enregistrer la *contraction galvano-tonique durable* caractéristique des syndromes thomséniens et plus rarement la contraction galvanotonique non durable ; ces *anomalies qualitatives* ne sont mises en évidence que sur un petit nombre de muscles et d'ordinaire même sur des muscles en apparence sains (Huet et Bourguignon). On retrouve jamais cette réaction myotonique (et on peut même observer de la D. R. avec lenteur de la secousse) dans *certaines polynévrites pseudo-myopathiques* identifiées par Bériel et Devic, décrites ensuite par Alajouanine, M. Thomas et M. Gopcevitch et dont je viens d'observer un cas ; l'évolution favorable de pareils cas qui rentrent dans le cadre des névraxites infectieuses confirme un diagnostic qui peut flotter au début.

Les symptômes thomséniens qui n'existent qu'à l'état d'ébauche — et non toujours — dans les myopathies authentiques peuvent se manifester avec plus de précision, de vigueur et de constance dans un groupe nosographique voisin des myopathies les *myotonies atrophiques familiales* constituant un véritabe groupement transitif entre les myopathies et la maladie de Thomsen. Ici la réaction myotonique n'a pas besoin d'être recherchée électriquement, elle est évidente dans l'acte de serrer la main. La contraction idio-musculaire est exagérée alors que les réflexes tendineux sont abolis. La *distribution des amyotrophies est particulière* ; elles prédominent sur la face, d'où un masque spécial avec faux ptosis et chute de la lèvre inférieure ; au niveau des membres la fonte musculaire est plus distale que proximale. Les muscles du tronc sont relativement peu atteints. En dehors du système musculaire on retrouve *d'autres tendances dystrophiques* : calvitie, cataracte précoce, perturbations trophiques de l'appareil génital.

Il est à souligner que si, au cours de l'évolution de la myopathie, les rétractions tendineuses et les troubles trophiques et vaso-moteurs s'observent fréquemment à titre de complications on ne note pour ainsi dire *jamais d'associations endocriniennes*.

L'anatomie pathologique montre un envahissement des muscles par du tissu fibreux ou adipeux. Deux processus distincts se chevauchent, l'un de *lipomatose luxuriante*, l'autre d'*atrophie fibrillaire* avec substitution de tissu conjonctif au tissu noble du muscle. Il existe des lésions concomitantes des vaisseaux avec infiltration péri-vasculaire et parfois thrombose leucocytaire. Curieuses et suggestives à la fois sont les constatations faites en 1924 tant dans le système nerveux central que dans le système sympathique par mon maître Charles Foix et J. Nicolesco (de Bucarest) au cours de l'examen anatomique détaillé de deux cas de myopathie, l'une très évoluée et généralisée, l'autre réalisant le type facio-scapulo-huméral. Ces deux auteurs ont mis en évidence des *altérations cellulaires du type abiotrophique* (les éléments chromatiques étant les derniers à disparaître) portant sur les noyaux ponto-bulbo-médullaires correspondant aux groupes cellulaires des muscles atrophiés. Outre une participation névroglique notable, il existe *des lésions extra-pyramidales et végétatives* qui portent sur le corps strié, le globus pallidus, les groupements cellulaires à pigment noir de l'axe encéphalique ainsi que sur certaines formations infudibulo-hypothalamiques et enfin sur les cellules sympathiques de la moelle. Par contre les voies myéliniques s'avèrent normales. Faisant pendant à ces données anatomiques nouvelles, il faut mentionner les recherches physiologiques de Ken Kuré tendant à établir *l'existence d'un trouble de l'innervation sympathique* des muscles striés des myopathiques. Cette notion est à la base d'un traitement nouveau qui sera exposé plus loin.

De très intéressantes et toutes récentes *découvertes physio-pathologiques* méritent d'être exposées à cette place avec quelques détails. Il existe dans la plupart des dystrophies musculaires progressives et en particulier dans les myopathies *une perturbation du métabolisme de la créatine.* Tous les auteurs s'accordent sur le rôle important joué par cette substance dans la nutrition du muscle au repos et dans le tonus. La musculature ne contient-elle pas en effet la presque totalité de la créatine de l'organisme ? Chez le sujet normal en dehors de quelques conditions physiologiques passagères (période de croissance, grossesse, menstruation) les urines ne contiennent que de la *créatinine* (anhydride de la créatine). Un adulte normal excrète dans les 24 heures 1 gr. 50 à 2 grammes de créatinine, soit 2 à 3 centigrammes par kilo. Ces chiffres s'avèrent légèrement inférieurs chez la femme. Cette créatinine paraît être une substance de déchet provenant de l'utilisation musculaire de la créatine. C'est le muscle lui-même qui élabore sa créatine ; les muscles striés de l'homme en contiennent de 0 gr. 27 à 0 gr. 42 pour 100. Un régime riche ou pauvre en créatine reste sans influence sur le taux de la créatine musculaire et sur celui de la créatinine urinaire. Le muscle utilise toutefois la créatine alimentaire, celle-ci en effet avec un régime normal n'apparaissant pas dans les urines. Cette *tolérance à la créatine* est toutefois limitée à 1 ou 2 grammes ; l'absorption d'une quantité supérieure de créatine aboutit à son élimination en nature. On tend actuellement à admettre que la créatine *est un produit de synthèse formé à partir du glycocolle*, le plus simple des acides aminés (NH^2-CH^2-CO^2H) ; il n'y a en effet que les albumines riches en glycocolle comme la gélatine pour influencer le métabolisme de la créatine. Thomas, Milhorat et Techner (1), Kostakow et Slanck (2) ont bien mis en évidence *ce trouble du métabolisme de la créatine chez les myopathiques*, trouble qui se traduit par une *créatinurie anormale.* De tels sujets éliminent constamment de la créatine dans leurs urines ; le taux de cette dernière varie en fonction de l'apport créatinique alimentaire : A l'instar de la glycosurie alimentaire on peut instituer chez eux une *épreuve de la créatinurie alimentaire* qui constitue un vrai *test d'intolérance.* Suivant l'expression de Collazo et Cruz (3) on est en face « *d'un véritable diabète créatinurique* ». Par contre le *taux d'élimination de la créatinine urinaire diminue.* Le muscle myopathique paraît avoir perdu sa propriété naturelle d'utilisation de la créatine et la laisse passer intacte dans les urines. Mais comme le font remarquer Faure-Beaulieu et Wahl (4) le trouble peut aussi porter sur la synthèse même de la créatine à partir du glycocolle, d'où les besoins plus grands en glycocolle ; il est aussi possible que les petites quantités de glycocolle ingérées au cours d'une alimentation normale soient nettement insuffisantes chez les myopathiques dont les besoins en créatine s'accroissent du fait de sa diminution de sa capacité d'utilisation.

***

Le *traitement des myopathies* paraît être rentré depuis ces toutes dernières années dans une phase de très intéressante activité. De plusieurs côtés nous arrivent un certain nombre de traitements nouveaux que le médecin a le devoir de connaître et d'essayer pour lutter contre une maladie terrible qui abandonnée à elle-même, est fatalement progressive et voue le sujet qui en est porteur à une infirmité certaine et considérable et est susceptible d'abréger considérablement la durée même de sa vie.

Je vais envisager les divers traitements proposés en me basant sur leur ordre chronologique d'apparition qui *me semble être aussi leur ordre d'efficacité croissante.*

Pendant longtemps la thérapeutique resta uniquement *physiothérapique* et *crénothérapique*: bains d'eau salée chaude, massages légers, gymnastique prudente, frictions stimulantes furent utilisés pour pallier à la progressivité des atrophies et des rétractions. Au point de vue électrique, voici ce que j'ai écrit avec mon maître A. Zimmern en 1930 sur ce sujet.

« Le traitement électrique se borne à chercher à s'opposer à l'évolution du processus atrophique par la stimulation de la trophicité musculaire et son excitation fonctionnelle. A la première indication répondent les applications galvaniques locales. Les muscles sont soumis à l'action d'un courant continu permanent de faible intensité, 0.2 milliampère environ par centimètre carré d'électrode, pendant une dizaine de minutes, tous les jours ou trois fois par semaine suivant les cas. Les modifications circulatoires, les échanges ioniques sont recherchés dans ce procédé. L'excitation de la fonction contractile s'effectue comme d'habitude par des secousses de fermeture alternativement positives et négatives. De toute façon on bannira toutes les modalités susceptibles d'entraîner la moindre fatigue pour le muscle ou de risquer pour un résultat minime et aléatoire d'aggraver la situation » (1).

On pourra aussi mettre en œuvre l'*ionisation iodurée trans-cérébro-médullaire* (Bourguignon).

Mais il ne s'agit là que de *méthodes adjuvantes* non négligeables mais qui doivent être employées concurremment avec les procédés étudiés plus loin.

J'en dirai autant du *traitement antisyphilitique.* Certains faits observés par Babonneix et David (myopathie chez le fils d'un paralytique général), par Milian et Lelong et par d'autres auteurs pourraient faire penser à une origine hérédo-spécifique de tels syndromes. Contrairement à l'opinion de Margarot et Zakhajm (2) les faits de cet ordre me paraissent de pures coïncidences. Toutefois lorsqu'on aura des présomptions bien établies en faveur de la syphilis des ascendants, on ne perdra rien à tenter un *traitement d'épreuve* suffisamment énergique et prolongé.

J'arrive maintenant aux méthodes biologiques récentes.

La *phlycténothérapie* est un procédé de biothérapie générale relativement ancien par lui-même mais que Tinel (3) a appliqué au traitement des myopathies et dont il dit avoir obtenu d'appréciables résultats.

En voici la *technique.* On appliquera sur la peau de l'abdomen un vésicatoire cantharidien de 0 m. 05 sur 0 m. 05. Ce vésicatoire pourra être légèrement saupoudré de camphre. Il sera bon de fixer avec deux bandelettes en croix de sparadrap adhésif. On le laissera en place 2 à 3 heures chez les enfants 4 à 5 heures chez les adultes. On activera la constitution de la phlyctène en adjoignant un cataplasme boriqué chaud (Lhopitallier). Mais les chiffres que je viens de fournir ne sont que des approximations et Tinel en particulier admet que la phlyctène n'est formée qu'au bout de 15 à 20 heures en moyenne. On saisit toutes les difficultés pratiques qui peuvent se greffer sur ces différences de temps de mûrissement de la lésion cutanée. Il faut encore bien prendre garde de ne pas déchirer la mince pellicule d'épiderme qui forme la phlyctène au moment où on décolle le vésicatoire. Quoiqu'il en soit de ces difficultés qui sont réelles, on ponctionne au point déclive le contenu séreux qu'on injecte immédiatement à la face externe de la cuisse. On réinjecte ainsi des quantités progressivement croissantes de sérosité allant de *5 cm. 3 à 12 cm. 3.* Les injections seront renouvelées tous *les sept jours ou tous les dix ou quinze jours* suivant les réactions des sujets. D'après Tinel le traitement devrait être poursuivi pendant des mois, un an, dix-huit mois et même deux ans au besoin.

Se basant sur des recherches physiologiques qui concluaient à un trouble de l'innervation autonome dans les myopathies, Ken Kuré a eu l'idée d'*injecter de l'adrénaline* qui augmente-

(1) K. Thomas, A. Milhorat et F. Techner. — *Hoppe Seylers Zeitschrift für physiologische Chemie.* — Vol. CCV, 1932, page 93.

(2) St. Kostakow et A. Slanck. — *Deutsches Archiv. für Klinische Medezin.* — Tome CLXXV, n° 1, 20 février 1933.

(3) J.-A. Collazo et A.-F. Cruz. — *Archivos de Medicina, cirurgia y especialidades* (Madrid), Tome 38, n° 4, 28 février 1935.

(4) M. Faure-Beaulieu et R. Wahl. — *Paris Médical*, 2 décembre 1933, page 118.

(1) A. Zimmern et J.-A. Chavany. — Diagnostic et Thérapeutique électro-radiologiques des maladies du système nerveux. Masson, éditeur, Paris, 1930.

(2) J. Margarot et J. Zakhajm. — Le facteur syphilis héréditaire dans la génèse des myopathies. *Gazette Médicale de France*, 15 août 1931.

(3) J. Tinel. — *Revue Neurologique*, février 1928.

rait la force musculaire, rendrait la marche plus aisée et ferait même réapparaître les reflexes tendineux disparus pour un laps de temps qui dépasserait considérablement la durée de la cure. Ultérieurement Tsuji a montré que la *pilocarpine* a des effets analogues à ceux de l'adrénaline, mais que son action (à l'inverse de celle de l'adrénaline qui est massive) est plus élective sur les muscles malades. Ces constatations physiologiques ont été confirmées par Stscherbak.

La méthode (1) consiste à injecter tous les deux ou trois jours 0 cm. 3,2 ou 0 cm. 3,3 d'une solution d'adrénaline au 1/1.000 et 0 cm. 3,1 ou 0 cm. 3,2 d'une solution de chlorydrate de pilocarpine au 1/100. Le nombre des injections doit être considérable ; les auteurs parlent de séries dépassant 100 piqûres. De telles injections peuvent être suivies de tachycardie, de palpitations modérées, d'une sensation d'étouffement et d'un peu de lassitude. Il est fréquent que les sujets accusent une sensation de tension au niveau des muscles malades.

Chacune de ces *injections combinées* provoque au bout de 2 heures une impression d'augmentation de la force des muscles atteints ; les mouvements deviennent plus faciles et le sujet ressent une euphorie assez remarquable. Ces sensations persistent de 12 heures à un ou deux jours au début puis elles deviennent permanentes entre la quinzième et la trentième piqûre.

Il semble toutefois avéré que les effets de cette thérapeutique s'affaiblissent avec le temps et qu'au bout d'une période variable, cette cure devient inopérante. De l'avis même de ses protagonistes elle ne serait d'ailleurs qu'un *palliatif* ralentissant l'évolution de la maladie.

La *thérapeutique par le glycocolle* a été préconisée il y a maintenant près de quatre ans en Allemagne par Thomas et Milhorat et a fait l'objet outre-Rhin et en Amérique d'un certain nombre de publications intéressantes. Plus discrète est la littérature médicale française où on ne retrouve guère, en dehors du travail de Faure-Beaulieu et Wahl (déjà cité), qu'un article de Schachter (2) et un excellent Mouvement Médical de A. Ravina (3) dans la *Presse Médicale*.

Comment doit-on administrer un tel produit ?

Le malade est soumis d'abord *pendant* cinq *jours à un régime sans créatine* (suppression de la viande, des œufs, du lait et du poisson) à la suite duquel on pratique un dosage de la créatine urinaire (qui ne devrait exister à l'état normal) et un dosage de la créatinine urinaire. Le glycocolle qui est une poudre blanche de saveur légèrement sucrée s'administre de préférence *avant les repas dans un peu d'eau* ou mélangées aux aliments à la dose de 15 *grammes par jour* pour un adulte en trois prises de 5 grammes et à *la dose de* 10 *grammes* pour les enfants en deux prises de 5 grammes. Cette dose de 15 grammes vaut pour un adulte qui travaille peu. Il est d'autre part démontré que 10 grammes sont insuffisants pour un enfant qui joue beaucoup. *La posologie précédente doit donc se nuancer sur l'importance du travail musculaire fourni par le sujet* et peut atteindre en flèches passagères 20 et 25 grammes par jour. L'adjonction d'un traitement au phosphate de Ca paraît renforcer l'activité du glycocolle.

Quelle doit être la durée de la cure ou tout au moins du premier fragment de la cure ? Ce point tirait son importance de la cherté du médicament. Il a moins d'importance aujourd'hui ou le prix du produit a considérablement baissé. Avant de fixer un chiffre de durée d'ailleurs incertain, il convient de voir d'abord ce qui se passe.

On va se guider sur les résultats des dosages urinaires de la créatine et de la créatinine. D'une manière très précoce, du deuxième au septième jour et suivant un rythme progressif et rapide à la fois, on *voit le taux de la créatine augmenter dans l'urine* pour atteindre à la fin de la première semaine parfois le double ou le triple de ce qu'il était au début. C'est là un

(1) KEN KURÉ et SHIGEO OKINAKA. — *Klinische Wochenschrift*, T. IX, n° 25, 21 juin 1930.
(2) M. SCHACHTER. — *Gazette des Hôpitaux*, 27 décembre 1933, page 1385.
(3) A. RAVINA. — *La Presse Médicale*, 24 mars 1934, n° 24.

indice favorable pour l'efficacité du traitement (1). Cette hypercréatinurie persiste durant une à trois semaines puis baisse progressivement et retombe au chiffre initial entre le début de la cinquième et la septième semaine. On assiste en même temps, quoique moins constamment et plus tardivement, à une *augmentation du taux de la créatinine*. Reinhold n'a pas toutefois observé cette inversion progressive du taux de la créatinine par rapport à celui de la créatine. Mais fait important à signaler et qui met en évidence la modification durable apportée au métabolisme de la créatine, c'est que la *créatinurie alimentaire a considérablement baissé* ; la tolérance à cette substance s'est accrue de par le traitement : il n'est plus éliminé par les urines que 65 à 37 % de ce produit alors qu'avant la médication acido-aminée toute la créatine ingérée passait dans les urines.

Si on s'en tient au critère biologique, c'est vers la huitième semaine, lorsque le taux de la créatinurie s'est à nouveau stabilisé, qu'on est en droit de cesser *provisoirement* le traitement. Si on agit de la sorte il convient de surveiller les urines comme je le dirai plus loin.

L'expérience clinique est un peu différente et *plaide en faveur d'une continuation plus longue de la cure..., pendant des mois*. Kostakow estime que la dose de glycocolle à laquelle il faut arriver pour commencer à obtenir des résultats intéressants est de 2 *kilos*, 400 *environ*.

En regard en effet de cette amélioration biologique certaine qui conserve toute sa valeur et qui doit inciter les chercheurs à poursuivre les travaux dans cette voie, que se passe-t-il au point de vue clinique ? Les auteurs allemands ont relaté une série de faits qui sont :

les uns d'ordre subjectif : fourmillements, sensations de tension parfois désagréable au niveau des muscles, sensations de récupération de la force musculaire, d'une vigueur accrue, d'une plus grande aisance dans la marche et en particulier dans la montée des escaliers ;

les autres d'ordre objectif : apparition de contractions fibrillaires, de contractions myo-œdémateuses spontanées, de mouvements involontaires dans les groupes musculaires en voie de régénération.

Je suis d'accord avec eux sur les points précédents et j'ai pu observer des faits analogues ou s'en rapprochant chez trois myopathiques que j'ai traités par le glycocolle. *Mais ces auteurs annoncent une série de résultats que je n'ai pas observés* peut-être parce que la médication n'a pas été suffisamment prolongée (eux ont traité des cas pendant des mois sans arrêt) : augmentation nette du volume des muscles en voie d'atrophie, diminution de volume d'autres muscles pathologiquement hypertrophiés, se chiffrant à la mensuration par des différences de plusieurs centimètres en quelques semaines, récupération de la force musculaire vérifiables au dynonamètre, possibilité de reprendre des occupations actives, de monter à bicyclette, etc...

Si on interrompt le traitement au bout de deux mois la situation métabolique va plus ou moins rapidement se modifier et on va assister à une *baisse de la créatinine urinaire, véritable rechute biologique*. Cette rechute qui commande la reprise du glycocolle sera d'ailleurs amendée comme la première fois par ce médicament. A cette rechute biologique correspond une *rechute clinique*. Dans la règle l'amélioration dure plusieurs semaines, parfois plusieurs mois après la cessation du médicament et ce n'est qu'au bout de ce laps de temps qu'on voit poindre à nouveau la reprise symptomatique. L'auto-observation d'un médecin allemand publiée dans la *Munchener medizinische Wochenschrift* (24 novembre 1933) et rapportée en détail dans le travail de Ravina est tout à fait suggestive à cet égard et met en lumière la nécessité de reprendre la cure glycocollée à des intervalles plus ou moins rapprochés, même dans les cas qui sont le plus favorablement influencés.

(1) C. TRIPOLI, W. MACCORD et H. BEARD. — *The Journal of the American Medical Association*, t. 103, n° 21, 24 novembre 1934.

Certains auteurs et en particulier Reinhold (1) et un certain nombre de ses collaborateurs ont proposé de *suivre les progrès du traitement à l'aide de la biopsie*. Ce serait pour eux le *guide le plus fidèle* pour la directive thérapeutique générale, incitant, suivant les constatations histologiques ou chimiques faites, à continuer la cure voire même à l'intensifier. Ces auteurs ont relevé dans les cas favorables des modifications nettes des lésions habituelles de la myopathies parrallèles aux modifications cliniques et plus précises que les tests urinaires : diminution de la graisse, calibre des fibres musculaires égalisé, diminution du nombre des noyaux, affinités colorantes augmentées, visibilité plus nette des striations et des fibres longitudinales, augmentation du taux de la myohémoglobine.

Il convient de mettre en œuvre ce traitement glycocollé le *plus près possible du début apparent de la maladie*. La question d'âge intervient aussi comme un élément favorable ; mais c'est moins *les cas des jeunes que les cas jeunes* qui fournissent les plus encourageants résultats. D'après les travaux des Linneweh (2) il paraît s'agir d'une *thérapeutique de substitution* plutôt que d'une thérapeutique de stimulation.

L'opinion de la majorité des auteurs est que les *atrophies musculaires systématiques secondaires à des lésions médullaires ou à des lésions articulaires ne sont pas influencées par le glycocolle*. Certains admettent même que la méthode peut aider au diagnostic différentiel entre les myopathies primitives et les amyotrophies secondaires. Ce n'est pas l'avis de Brandt et Harris qui ont obtenu des succès dans tous les cas ou tout au moins des améliorations intéressantes. Des essais — et je suis en train d'en faire — méritent d'être tentés dans ce sens, du côté de la syringomyélie, de la sclérose latérale amyotrophique et surtout des séquelles atrophiques si nombreuses de la poliomyélite aiguë de l'enfance et de l'adulte.

Il faut bien se garder d'un optimisme outrancier et de l'avis même des promoteurs de la méthode on ne peut se flatter actuellement d'obtenir des guérisons ; il n'y a pas *restitutio ad integrum* des muscles malades mais les résultats encourageants obtenus jusqu'à présent plaident en faveur de son essai.

Comme médication adjuvante du glycocolle, j'ai parlé plus haut du *phosphate de chaux*.

On a conseillé en outre :

1° un *régime riche en protéines*, une alimentation riche en œufs et en gélatine. Dans les périodes sans glycocolle je prescris 30 à 40 grammes *pro die* de gelée de charcutier (fabriquée avec des couennes de lard et des pieds de porc).

2° des injections concomitantes *d'extrait hépatique* et *d'extrait testiculaire*,

3° l'éphédrine, à la dose de 2 à 4 centigrammes *pro die*,

4° Reese, Burns et Carpol emploient indifféremment soit le glycocolle, soit l'acide glucamique (prix un peu plus élevé que celui du glycocolle), ce dernier à la dose de 10 grammes par 24 heures.

Nous avons essayé ces trois méthodes : *phlycténothérapie, injections combinées d'adrénaline* et de *pilocarpine, ingestion de glycocolle*. Nos *préférences vont à la dernière* d'autant que l'abaissement du prix du glycocolle rend actuellement ce traitement beaucoup plus abordable qu'il y a trois ou quatre ans. On pourra prolonger la cure suffisamment longtemps pour être bien sûr qu'on n'a pas laissé perdre une seule chance au malade qui se confie à nous et qui jusqu'à ces dernières années était voué à une déchéance musculaire inéluctable, voire même à une mort prématurée du fait même de sa myo-dystrophie.

(1) J.-C. Reinhold, J.-H. Clark, C.-R. Kingsley ; R.-P. Kuster et J.-W. Mc. Connel. — *The Journal of the American Medical Association*, 27 janvier 1934, page 259.

(2) W. Linneweh et Fr. Linneweh. — *Deutsches Archiv. für Klinische Medezin*, t. CLXXVI, n° 5, 9 juillet 1934.

❋ ❋

L'eczéma infantile

Par J. SÉDILLOT

L'eczéma est une de ces questions qui passionnent constamment le monde des médecins et, périodiquement, les Congrès. Le Congrès de dermatologie de Copenhague (1930) fut presque entièrement consacré à cette affection et il en a été encore beaucoup parlé à celui tout récent de Budapest septembre 1935.)

A l'issue des deux leçons que j'ai à vous faire, vous aurez à choisir entre deux doctrines, deux opinions complètement opposées.

— **L'une, fort ancienne,** rappelée, seulement pour mémoire, par M. Darier, à l'occasion du Congrès de Copenhague « nos prédécesseurs ont eu dans l'esprit l'idée ancienne que l'éruption résultait de l'élimination par la peau de certains poisons ou *humeurs peccantes* qui sortent en bouillonnant ».

Eczéma vient en effet de la racine grecque ἐκζειν qui veut dire bouillonner. Vous connaissez tous le vieux dicton populaire suivant lequel l'eczéma est une *soupape de sûreté* (souvent à respecter) pour l'organisme.

— **L'autre, très moderne,** qui fut le succès du Congrès de Copenhague :

Professeur Bruno Bloch, de Zurich : « L'eczéma, la spongiose qui le caractérise résulte du *choc antigène-anticorps* survenant au-dessous de certaines régions de la peau ».

Tzanck : « L'eczéma ne peut plus être considéré comme une lésion toxique mais comme une *lésion d'intolérance* de la peau ; la tâche qui se présente n'est plus de combattre une intoxication par un de ces régimes dont on a abusé ».

J'essaierai, aussi impartialement que possible, de vous donner les arguments qui militent pour et contre chacune de ces deux doctrines opposées. Alors vous pourrez faire votre choix.

L'eczéma infantile est-il différent de celui de l'adulte ? Cliniquement, oui.

Essentiellement, non ; et pour arriver à comprendre ce que représente l'eczéma du nourrisson, il nous faudra parler à chaque instant, non seulement de l'eczéma de l'adulte, mais encore de ces affections, comme l'asthme que nous voyons si souvent faire *métastase* avec l'eczéma et qui sont des *équivalences* de cette affection.

Il y a dans l'eczéma, d'une part, ce que nous voyons, l'*éruption*, d'autre part, ce que le nourrisson ressent, et nous essaierons de deviner, d'interpréter : *le prurit*.

Pour la description clinique et pour le diagnostic différentiel, j'emprunterai beaucoup (je lirai souvent textuellement) aux récents et remarquables travaux de Woringer (de Strasbourg) et de Pehu (de Lyon).

L'eczéma vrai, naguère encore dénommé constitutionnel, arthritique, actuellement appelé allergique, représente une affection bien définie dont le début, les caractères extérieurs et l'évolution sont caractéristiques.

Les premières manifestations apparaissent du deuxième au cinquième mois. Elles débutent aux pommettes. C'est d'abord une rougeur plus ou moins accusée, puis une fine vésiculation qui se transforme plus ou moins vite en une plaque d'abord suintante puis croûteuse.

L'eczéma du nourrisson est-il bien prurigineux ? Il l'est certes, et nous voyons toujours l'enfant essayer de se gratter ; mais si nous pensons à ce qui se passe chez l'adulte, nous devons conclure que l'eczéma infantile,

parce qu'il est très suintant, n'est pas très prurigineux. Chez l'adulte, et surtout chez le vieillard, l'eczéma est d'autant plus prurigineux, qu'il est plus sec. A Copenhague, un très fin observateur, M. Milian, étudiant spécialement le prurit, disait : « Le prurit précède l'apparition des vésicules, disparaît à la phase aiguë de vésiculation, reparaît avec l'atténuation de l'état inflammatoire de la plaque de l'eczéma » Retenons donc que *chez le nourrisson eczémateux, le prurit, probablement peu intense, est un signe extrêmement important à retenir* et dont j'aurai à vous reparler à propos du diagnostic différentiel.

La tendance à l'*extension* de l'éruption se fait vers le front, le menton, les régions pré-auriculaires, le cuir chevelu. Sont toujours respectés : le nez et la lèvre supérieure. Peuvent être épargnées : le tronc, les membres, les plis articulaires, la région fessière. Dans les cas purs la maladie demeure cantonnée à la partie céphalique du corps.

L'évolution se fait *par poussées*. Des périodes de suintement intense, de rougeur accentuée et de prurit alternant avec des phases d'accalmie où la peau est rouge pâle, peu infiltrée, plutôt rugueuse et desquamante. Sur le tronc et les membres les plaques se développent surtout là où l'enfant *se gratte* : face antérieure des cuisses, dos des mains, avant-bras, face antérieure du thorax. La presque totalité du corps peut être envahie. Parfois l'aspect peut être modifié par des infections surajoutées, impétigo, pyodermites.

Vers le douzième mois (personnellement je dirais plutôt vers le dix-huitième mois), les lésions *régressent* spontanément et *disparaissent*, ou bien *se transforment* au cours de la deuxième enfance en plaques indurées, prurigineuses siégeant aux creux poplités, aux plis du coude, à la face dorsale du poignet. C'est la *lichenification de l'eczéma*, sa *transformation en prurigo*. Souvent aussi l'eczéma est suivi dans la deuxième enfance d'ASTHME BRONCHIQUE. L'asthme remplace l'eczéma, lui fait suite, ou bien les deux affections alterneront. Nous avons là le premier exemple d'une métastase de l'eczéma, ces métastases qui nous seront si précieuses plus tard pour déchiffrer l'énigme de la pathogénie de l'affection.

Je tiens, parce que c'est l'usage, à vous faire rapidement le **diagnostic différentiel** des affections que l'on pourrait confondre avec l'eczéma, mais avant de faire encore, pour cela, de larges emprunts aux travaux de Woringer et Pehu, je tiens à vous faire observer que les affections dont je vais vous parler *peuvent s'eczématiser secondairement et que le signe précieux qui permet de soupçonner l'eczéma sans un impétigo, sans une pyodermite*, C'EST LE PRURIT.

Quand la mère d'un enfant couvert d'impétigo vous dira qu'il se gratte, qu'il fait saigner ses croûtes, méfiez-vous : tous les traitements locaux de l'impétigo, même le meilleur, le bleu de méthylène, échoueront, si parallèlement, par un traitement général, vous ne modifiez pas le terrain qui a fait naître l'eczéma sous le masque de l'impétigo.

La dermite séborrhéique, improprement appelée eczéma séborrhéique est à distinguer de l'eczéma. Elle commence dès les premiers jours de la vie par des dépôts de matières grasses sur le cuir chevelu qui est rouge. Il y a un érythème fessier étendu. Du cuir chevelu l'affection envahit le front, les régions sourcilières, auriculaires, les plis des coudes, des aisselles, des aines ; les fesses, les cuisses, les mol- lets, les faces plantaires, le tronc. Si elle se généralise, c'est l'*érythrodermie desquamative type Lenier-Moussons*. Il n'y a pas d'alternatives de poussées et d'accalmies. Souvent la diarrhée accompagne. Dès que l'affection régresse, elle guérit rapidement. Elle n'est jamais suivie d'asthme ou de dermatose persistant pendant la deuxième enfance.

Voici donc une première affection qui paraît absolument distincte de l'eczéma ? Et cependant Woringer et Pehu, avec raison ont ajouté : « Certains nourrissons atteints peu après leur naissance par la dermite séborrhéique peuvent, au cours de la première année, présenter de l'eczéma vrai céphalique ».

La neurodermite généralisée ou disséminée n'est en réalité qu'un eczéma généralisé avec prurit intense, aggravé par le grattage et les frottements.

Toutes les infections cutanées du nourrisson (impétigo, staphylo, streptodermites, pyodermites, mycoses), peuvent secondairement, s'eczématiser. Sur ces infections surtout sur l'impétigo, peut se greffer l'eczéma vrai.

Woringer et Pehu : « Seul le résultat du traitement montre si derrière l'infection se cache un eczéma vrai ».

Personnellement je vous répète : toutes les fois que l'enfant se gratte, pensez à l'eczéma. Là est la clé du diagnostic.

Quand, au cours de la deuxième leçon, je vous parlerai de l'eczéma, mis à sa place parmi les autres manifestations de l'arthritisme, il me sera facile de vous montrer que le prurit est le symptôme majeur qui caractérise les idiosyncrasies ecto et entodermiques de la diathèse : prurit de l'eczéma, prurit de l'urticaire, prurit du prurigo ; prurit des muqueuses du nez qui provoque l'éternuement dans le coryza spasmodique (asthme nasal), prurit des muqueuses du larynx dans la trachéo-bronchite spasmodique (asthme laryngé) et qui provoque des quintes de toux exténuantes ; chatouillement des muqueuses traché-bronchiques et qui est cause de la toux au cours de la crise d'asthme banale, etc. etc...

Mais revenons à l'eczéma.

Qu'est-ce donc que l'eczéma ?

Ici nous abordons un problème de la plus grande difficulté, ou plus exactement un problème que l'on a rendu, à plaisir, difficile à résoudre.

Vous entendrez dire partout, à l'heure actuelle, que l'eczéma est une *manifestation de l'allergie*.

L'allergie, c'est, reprise sous un nom nouveau, l'anaphylaxie.

Depuis vingt ans, depuis dix ans surtout, on a voulu tout faire rentrer dans le cadre de l'anaphylaxie.

Au début, la belle découverte de Richet et Portier, m'avait, comme tous ceux de ma génération, vivement intéressé. Mais, un beau jour, quand j'ai vu l'abus que l'on voulait faire de cette idée, j'ai dit : non, excusez une expression très triviale, « je ne marche plus. »

Dans ses débuts également je me suis intéressé à la question de la radiesthésie. J'ai été sur le terrain, la baguette de coudrier en main. J'étais devenu l'ami de radiesthésistes convaincus. Mais le jour où ceux-ci m'ont annoncé qu'ils pouvaient faire leurs recherches non plus seulement sur le terrain mais sur un plan, sur une carte, alors j'ai dit « je ne marche plus » et les amitiés naissantes sont devenues du jour au lendemain de solides inimitiés.

Messieurs, c'est dans le passé de la médecine, que nous devons aller chercher des leçons de prudence.

Aujourd'hui, sévit la doctrine de l'allergie et il faut que l'examen « y passe » lui aussi, il faut qu'il soit allergique.

Vers 1885 la médecine venait d'être bouleversée par les premières découvertes de Pasteur et à cette époque il a fallu que l'eczéma fût lui aussi une affaire infectieuse. Unna (de Hambourg) décrivit alors vingt-trois formes d'eczéma infectieux, isola un microbe spécifique de l'eczéma : le MOROCOQUE. Ce microbe fut isolé, cultivé. On fit avec lui expérimentalement de l'eczéma ! Comme aujourd'hui pour l'allergie, le monde entier suivit Unna dans ses divagations.

Mais à l'inverse d'aujourd'hui, un seul pays « ne marcha pas », un seul, le pays même de Pasteur, le nôtre. Besnier, chef de l'école française de dermatologie, fut le seul alors à soutenir, contre l'école allemande, que « l'*eczéma n'est qu'une des manifestations de l'arthritisme* ».

Après l'urticaire, où l'anaphylaxie est presque toujours

◆◆

présente, après l'asthme où l'anaphylaxie joue un rôle mais beaucoup plus rarement, il faut à l'heure présente que la goutte (Congrès de Vittel), la maladie de Bouillaud, l'eczéma passent aussi dans le domaine de l'allergie. (Or, l'anaphylaxie n'a certainement rien à réclamer dans ces trois dernières affections). Agir ainsi c'est vouloir courir les risques d'une aventure aussi ridicule que celle de Unna, sans courir les chances d'aucun profit d'ailleurs, car, *que l'on nous dise donc quelles déductions pratiques intéressantes restent aujourd'hui pour le traitement de l'asthme et de l'urticaire, de la doctrine de l'anaphylaxie qui joue cependant un rôle indiscutable dans ces deux affections ?*

A l'heure présente l'école française qui se trouve à l'extrême avant-garde de « l'affaire de l'allergie « pourrait méditer avec fruit sur la mésaventure qui survint, il y a un demi-siècle, à l'école allemande avec Unna et son morocaque !

Au lendemain du Congrès de Copenhague, M. Darier qui avait été un des principaux représentant de l'école française, a résumé dans la *Presse Médicale* ses impressions au Congrès. Je ne puis mieux faire que de vous lire textuellement plusieurs passages de son travail :

« *L'eczéma* n'ayant pas une cause unique et définie *n'est pas une maladie*. Cela est si évident que pas un des congressistes, bien que quelques-uns aient employé l'expression « la maladie eczéma » n'a soutenu l'idée qu'elle implique.

« Dans toutes les affections qui ont des prétentions à figurer dans le cadre de l'eczéma se rencontre une lésion spéciale et caractéristique : *la spongiose du corps muqueux de Malpighi*.

« Le mot eczéma n'a qu'un sens morphologique : *c'est une épidermo-dermite caractérisée par la spongiose*. Quand on examine cette spongiose, on a l'impression que c'est à ce niveau que se passe quelque chose, qui conditionne *l'exosérose* et *l'exocytose* et les autres modifications propres au processus eczémateux.

« Les causes multiples qui produisent ces lésions de spongiose ne les produisent que chez quelques-uns. On admet que ceux qui réagissent par de l'eczéma ont une prédisposition, une sensibilité anormale.

« Cette prédisposition n'avait pas échappé à nos prédécesseurs qui en ont cherché l'explication dans l'hérédité pathologique dans les intoxications chroniques endogènes, *et cela les avait amenés à la conception de leurs trop fameuses diathèses. Nos prédécesseurs ont eu dans l'esprit l'idée ancienne que l'éruption résultait de l'élimination par la peau de certains poisons ou humeurs peccantes qui sortent en bouillonnant.*

« Il n'a jamais pu être prouvé que l'eczéma dépendît directement de la goutte, du diabète ou d'une de ses diathèses que l'on appelait arthritisme, herpétisme, et qu'on a considérées comme constituant la base de certaines maladies et comme expliquant leurs corrélations. Tout cela est-il périmé comme le soutient le Professeur Bruno Bloch ?

« *La question de savoir si l'eczéma est la conséquence locale d'un choc antigène-anticorps.* Bruno Bloch a soutenu que c'est ce choc qui expliquerait les lésions des cellules malpighiennes : la spongiose. Contre cette généralisation on peut soulever *bien des objections* : la chaleur, la lumière, le traumatisme qui peuvent occasionner des eczémas de cause physique ou mécanique ne sauraient être considérés comme des antigènes, et il reste là un domaine assez mystérieux...... les produits de désassimilation des tissus du sujet lui-même, lésés par ces agents physiques jouent peut-être le rôle d'antigènes.

« Un parasite de la peau, levure, bactérie, peut par action locale de ses toxines faire naître une éruption : ces parasites allergisent leurs porteurs (Pelges ; et, à distance, peuvent apparaître des éruptions semblables ne renfermant pas l'agent causal dans leur épiderme.

« Des eczémas de cause inconnue pourraient être dus à des foyers infectieux chroniques (carie dentaire, foyers amygdaliens) et l'ablation de ces foyers guérirait ces eczémas.

On voit combien nos idées modernes s'écartent de la conception ancienne selon laquelle l'eczéma était dû à des produits du métabolisme normal retenus en surabondance ou à des substances anormales élaborées du fait d'un fonctionnement vicié de nos viscères, ET EN QUOI ELLES ARRIVENT PARFOIS A LES REJOINDRE INDIRECTEMENT.

« *Si suggestive que soit la doctrine de l'allergie, il n'apparaît pas qu'elle soit capable d'apporter à elle seule la clé du problème de l'eczéma.* »

Comme vous le voyez, M. Darier, retour du Congrès, a voulu s'en tenir à une *opinion éclectique* ; ne rejetant pas formellement le passé, n'accueillant qu'avec les plus grandes réserves les idées nouvelles.

J'ai tenu à vous lire de longs passages de son travail pour que vous sentiez bien toutes ses hésitations : il n'est pas sûr qu'il puisse exister un antigène dans un eczéma de cause mécanique. Alors *si l'antigène manque que devient le choc antigène-anticorps ?*

Je suis beaucoup plus catégorique que M. Darier, et je vous dis : si, depuis longtemps, à propos de l'asthme, je n'avais pas rompu complètement avec les protagonistes de la doctrine anaphylactique, la thèse nouvelle de Bruno Bloch au sujet de l'eczéma m'eût été en 1930 une occasion formelle de rompre. *Là où la logique perd ses droits, vous ne me verrez jamais suivre les doctrinaires, quels que soient leurs titres.* Prenons le cas le plus simple d'une sensibilisation anaphylactique : la sensibilisation à l'ovalbumine. Les anticorps sont d'avance dans le sang. Pourquoi voudriez-vous que, lorsque l'antigène-ovalbumine pénètre, ou dans le sang à la faveur d'une érosion de la muqueuse intestinale par exemple, pourquoi voudriez-vous, dis-je, que le choc ne se produisît pas tout de suite, brutalement dans le sang des veines mésentériques, ou tout au moins dans le sang de la veine sus-hépatique, si le foie a été impuissant à détruire ou fixer l'antigène.

Pouvez-vous imaginer, sans sourire, anticorps et antigène, cheminant de concert dans le sang, à la recherche d'un terrain propice pour leur combat, tout comme des duellistes accompagnés de leurs témoins ?

Je n'admets donc pas la doctrine de Bruno Bloch, parce que je la juge illogique, absurde, mais je n'ai pas la prétention de vous imposer ma conviction. Ce sont d'autres que moi qui peut être vous amèneront à cette conviction.

Je vous disais en débutant que l'étude de l'eczéma infantile ne peut pas être séparé de l'étude de l'eczéma de l'adulte ; en d'autres termes que la doctrine pathogénique valable pour l'eczéma de l'enfant devra être également valable pour l'eczéma de l'adulte. Il y a un instant nous voyions M. Darier douter qu'il existât un antigène dans certains eczémas de l'adulte. Les deux éminents pédiatres Woringer et Pehu, à qui j'ai déjà tant emprunté pour cette leçon, vont vous dire maintenant, que chez l'enfant eczémateux, au cours de la première année, *il ne peut pas exister d'antigène* ; que par conséquent le choc antigène-anticorps est impossible à admettre, et qu'il faut autre chose.

Woringer et Pehu (Résumé) :

« L'eczéma du nourrisson est lié à une sensibilité congénitale pour des substances alimentaires : c'est la *biophallergie*. Les tests cutanés sont positifs dans 50 à 80 % des cas. Ces mêmes réactions sont constamment négatives chez les non-eczémateux. Donc l'eczéma du nourrisson est une manifestation constante des biophallergies.

« Comme substances sensibilisantes : le blanc d'œuf dans trois quarts des cas.

Viennent ensuite le lait, les farines, le poisson.

« *Quelle est l'origine de la biophallergie ?*

« Il faut discuter trois hypothèses à ce sujet.

« *Origine post-natale ?* Soit par les aliments, soit par le lait de la nourrice. Mais au cours de sa première année,

BIBLIOGRAPHIE

Traité de chirurgie d'urgence, par Félix LEJARS. Neuvième édition entièrement refondue par Pierre BROCQ, avec la collaboration de Robert CHABRUT. Un volume de 1.286 pages avec 1.250 figures. Cartonné toile : 190 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 120, boulevard Saint-Germain.

Le « Traité de chirurgie d'urgence » de Lejars reparaît. On n'analyse pas une œuvre magistrale dont huit éditions se sont succédé et dont plusieurs milliers d'exemplaires ont été répandus dans le monde.

Mais comme cette neuvième édition a été entièrement rajeunie, refondue, parfois récrite, on lira avec intérêt les passages suivants de la nouvelle préface de l'ouvrage dans lesquels l'auteur de ces transformations en précise lui-même la nature. Elles n'ont modifié ni l'esprit ni la forme d'un livre qui apportera dans la pratique courante au médecin et au chirurgien, une aide aussi efficace que par le passé.

« La « Chirurgie d'urgence » reste l'œuvre maîtresse de Félix Lejars. Dans ce livre, d'une si vibrante personnalité, Félix Lejars a mis toute sa vie de chirurgien. Il l'a conçu avec son cerveau lucide, et animé de sa langue élégante et colorée. On y sent, dans l'exposé de situations réelles et souvent tragiques, le souffle d'une conviction profonde, qui veut s'imposer au lecteur. »

« C'est avec la volonté de « servir » malades et praticiens que Lejars a écrit les huit éditions de ce traité. Dans les derniers efforts d'une vie de labeur il avait envisagé de publier une neuvième édition. La fatigue d'abord, la maladie ensuite ne lui ayant pas permis de réaliser son plus cher désir, il nous a fait l'honneur de nous confier la mission de continuer son œuvre. »

« Il n'est pas superflu, dès le seuil de ce livre, de nous expliquer d'abord et sommairement sur son titre même. Il ne faudrait pas confondre « chirurgie d'urgence » avec petite chirurgie, ni avec chirurgie des accidents ; il ne faudrait pas supposer que nous ayons voulu réduire cet ouvrage au domaine des interventions strictement et nécessairement précoces. »

« Est urgent pour une même lésion ou une même série de lésions, tel cas d'une façon absolue, tel autre d'une manière moins pressante. En outre, le traitement des premières heures doit être suivi parfois, à plus ou moins brève échéance, d'opérations secondaires, qu'on ne peut guère dissocier des actes immédiats. »

« Aussi avons-nous adopté la délimitation vécue qu'a donnée Lejars, en la complétant, et en la précisant avec lui, à mesure qu'évoluaient les conditions de l'urgence et s'en étendaient les indications. »

« L'éducation du médecin, appelé le premier auprès du malade « aigu » ou du blessé, a été constamment le premier souci de Lejars. Les élèves du maître continuent à s'adresser au praticien. Le praticien n'a-t-il pas le rôle capital dans l'amélioration des résultats pour lesquels l'heure est le facteur dominant ? N'est-ce pas lui qui hâtera la solution chirurgicale et en assurera le succès, s'il connaît, s'il veut, s'il impose l'opération immédiate ? Pour y parvenir, il importe qu'il possède les notions indispensables pour faire le diagnostic à la période utile et qu'il se familiarise avec les possibilités opératoires. Aussi est-ce pour le médecin qu'un aperçu des moyens cliniques, propres au dépistage précoce des lésions, précède l'exposé des indications et de la technique. C'est pour lui que, fidèles à l'enseignement de Lejars, nous avons continué à multiplier les exemples vécus, parce que, mieux que de longs et fastidieux chapitres de pathologie, ils inscrivent les symptômes essentiels dans le cadre réel de la vie chirurgicale. »

La « chirurgie d'urgence » s'adresse également au jeune chirurgien ; il y cherchera un rappel illustré de ses nuits de garde à l'hôpital ; il pourra aussi y puiser, dans les situations complexes, des directives thérapeutiques et techniques ; il y trouvera enfin, pour traiter les affections rares, qu'il n'aura pas eu l'occasion d'observer dans ses années d'études, l'exposé des opérations appropriées. C'est pour le jeune chirurgien que nous avons, dans cette nouvelle édition, développé la partie technique. L'illustration a été largement augmentée et modifiée. Un grand nombre de figures nouvelles ont été exécutées d'après des opérations sur le cadavre et le vivant. »

« Au total la « Chirurgie d'urgence », telle que nous avons essayé de la « refondre », comporte un ensemble de moyens de diagnostic, d'indications opératoires, de techniques, ensemble que nous avons voulu, à la manière de Lejars, vivant et à la mesure des drames humains ou des simples accidents. »

Le traitement de la méningite cérébro-spinale, par Ch. DOPTER, 1 volume grand in-8 de 140 pages : 20 francs. (Collection « Les Thérapeutiques nouvelles). J.-B. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

La thérapeutique de la méningite cérébro-spinale s'est modifiée du tout au tout le jour où, grâce à la notion de spécificité du méningocoque découvert par Weishselbaum on a commencé à employer un sérum destiné à vaincre le pouvoir pathogène de ce genre.

La période actuelle semble favorable à une mise au point sérieuse et impartiale, dont le but essentiel consistera à mettre en évidence les insuccès auxquels ont été appelés à se heurter, leurs causes et la possibilité d'y remédier. C'est principalement à cette tâche que l'auteur a consacré son livre, comprenant l'exposé de la conduite à tenir en face des atteintes classiques de cérébro-spinale, comme aussi des formes anatomo-cliniques spéciales qui peuvent se présenter dans la pratique courante.

l'enfant au biberon n'a jamais encore ingéré de blanc d'œuf. Donc cette première hypothèse est à rejeter.

« *Origine intra-utérine ? pendant la vie fœtale ?* — C'est la doctrine actuelle des Américains. On a pu la réaliser expérimentalement chez l'animal. Cette origine n'est pas vraisemblable chez l'homme : certains enfants se sont montrés sensibles à des substances qui n'avaient jamais été ingérées par la mère pendant la grossesse.

« *Origine héréditaire ?* — C'est la plus vraisemblable. L'allergie se rencontre souvent chez les ascendants du nourrisson, mais c'est parfois, non chez les parents, mais chez les grands-parents.

« Les enfants d'un même couple ne sont pas tous sursensibles.

« La transmission par les gamètes de la biophallergie du nourrisson est aujourd'hui bien établie. Tous les faits cliniques sont expliqués par elle.

« *Quels sont les facteurs qui déterminent les lésions certaines ?* Dans la conception classique, c'est le contact de la peau avec l'allergie spécifique, qui provoque la lésion chez le sujet sensibilisé, *mais chez le nourrisson, il est impossible de mettre en évidence une rencontre des cellules épidermiques avec la substance sensibilisante.* Le nourrisson allergique au blanc d'œuf présente de l'eczéma sans que l'ovalbumine ait été au contact de sa peau ou ingérée par lui. *Force est donc d'admettre que le nourrisson allergique n'a pas besoin du contact avec la substance sensibilisante pour faire de l'eczéma.*

Si expérimentalement on fait le contact ; ce contact peut produire de l'urticaire, mais non pas de l'eczéma. Si on introduit dans l'organisme un peu de la substance sensibilisante on a, non pas une augmentation, mais une diminution passagère de l'eczéma.

Si le FACTEUR SPÉCIFIQUE *est incapable de provoquer l'eczéma du nourrisson, il n'en est pas ainsi de nombreux* FACTEURS NON-SPÉCIFIQUES.

« L'action des FACTEURS NON SPÉCIFIQUES est indiscutable et la térébenthine connue depuis longtemps. Peuvent donner une exacerbation de l'eczéma : les frottements et grattages, les frictions, les cataplasmes, la macération par l'urine ou les selles, les infections cutanées, l'impétigo, la cantharidine, etc...

« *Tout ce qui sur une peau normale provoque un afflux de sang détermine sur une peau allergique une manifestation eczémateuse,* ainsi le froid, la lumière, le vent.

« Les régimes eutrophiques qui, comme l'allaitement au sein ou l'allaitement artificiel bien réglé, rendent l'enfant eutrophique souvent augmentent l'eczéma. Au contraire les régimes entravant la croissance et rendant l'enfant dystrophique souvent atténuent l'eczéma.

« Tous ces faits montrent que contrairement à ce qui se passe pour les autres manifestations allergiques, comme l'asthme et l'urticaire, LES MANIFESTATIONS DE L'ECZÉMA NE SONT PAS DUES A LA RENCONTRE DE L'ALLERGINE ET DE L'ANTICORPS *On a soutenu que la présence du seul anticorps suffirait à modifier l'épiderme* : L'ANTICORPS CIRCULANT DANS LE SANG SERAIT FIXÉ PAR L'ÉPIDERME ET PROVOQUERAIT LA SPONGIOSE QUI CONSTITUE LA LÉSION FONDAMENTALE DE L'ECZÉMA. Cette hypothèse explique la prédilection de l'eczéma, pour les territoires fortement irrigués. »

Ainsi donc, comme je vous l'avais annoncé, Woringer et Pehu, dans un travail très récent viennent de prouver que la thèse de Bruno Bloch, prétendue valable pour l'eczéma de l'adulte, n'est certainement pas valable pour l'eczéma infantile. Comme j'ai à vous parler de l'eczéma infantile, nous retiendrons donc la doctrine de ces deux auteurs comme étant la formule la plus moderne, la plus récente, « le dernier cri » des partisans de l'eczéma : manifestation d'allergie.

Qui dit *anticorps* dit défense de l'organisme. En matière de maladie infectieuses anticorps = immunité. En matière de maladies diathésiques, le mot anticorps a le même sens = protection de l'organisme.

En nous quittant au terme de cette première leçon, je veux laisser à ceux d'entre vous qui s'intéressent à la question de l'eczéma, un sujet de méditation jusqu'à la deuxième leçon en janvier.

Les anticorps sont en quelque sorte les *gardes mobiles* préposés à la défense de l'organisme. Or, Woringer et Pehu viennent de nous dire que ces anticorps sont fixés par l'épiderme.

Les gardes mobiles ne sont donc plus mobiles, ils sont fixés, ils sont en prison. Non seulement ils sont en prison, mais, comble d'infortune eux qui devaient être les défenseurs de l'organisme sont cause directe d'une affection, d'une maladie de l'organisme : la spongiose, l'eczéma. Je vous dis d'avance que cette idée ne me satisfait pas. Il faudra qu'ensemble nous essayions la prochaine fois de trouver autre chose.

Dans la prochaine leçon, en janvier, je vous montrerai d'abord ce qu'est au point de vue anatomo-pathologique, la spongiose, qui, si elle n'est pas pathognomonique de l'eczéma (on la trouve aussi dans les mycoses et les infections cutanées) est du moins constante dans tous les cas d'eczéma sans exceptions.

Au lieu de supposer, sans un seul commencement de preuves, ce qui se passe au-dessous de l'épiderme, au-dessous de la spongiose, nous étudierons ce que l'on trouve au dessus de la spongiose, dans la vésicule de l'eczéma : l'exosérose et l'exocytose, SURTOUT L'EXOCYTOSE. Rappelant alors les propriétés fondamentales bien connues des monocytes étudiant d'autre part et interprétant l'éosinophilie mononucléaire de l'expectoration de l'asthme, qui est la métastase la plus fréquente de l'eczéma, il sera facile de mettre debout une doctrine pathogénique de l'eczéma : LA DÉFENSE LEUCOCYTAIRE ANTIFLOCULATS qui ne laisse sans réponse aucune des nombreuses questions que nous pose l'histoire clinique non seulement de l'eczéma mais encore de l'asthme, de l'urticaire, de la goutte et du rhumatisme.

C'est entre cette doctrine de la défense leucocytaire antifloculats et la thèse de Woringer et Pehu : la fixation des anticorps par l'épiderme, créant la spongiose, que vous aurez à choisir.

PRATIQUE SYPHILIGRAPHIQUE

A propos du diagnostic de la syphilis congénitale

En dehors des cas où, chez un nouveau-né, le diagnostic de syphilis congénitale s'impose, il en est d'autre où le médecin voudrait bien être fixé sur la présence ou l'absence de syphilis chez l'enfant de parents connus pour tels.

Le Wassermann est à peu près sans valeurs (1).

On a fondé des espoirs sur la recherche des tréponèmes dans le bout fœtal du cordon.

C'est cet intéressant problème que NORMAN R. INGRAHAM vient d'étudier récemment (2).

Le cordon ombilical, par lequel les spirochètes maternels gagnent le fœtus, lui apparaît comme fort précieux pour déceler la syphilis chez le nouveau-né.

L'auteur cite, à ce propos, les travaux de Manouélian. On

(1) Voir H. VIGNES et B. JEAN. — La réaction de Wassermann en pratique obstétricale. In *L'Année obstétricale* (travaux de 1925), 1927, pp 129 à 158

(2) INGRAHAM (Norman). — Congénital syphilis : Diagnosis by means of dark-field examination of scrapings from the umbilical vein. Syphilis congénitale : diagnostic par l'examen à l'ultra-microscope de fragments de la veine ombilicale (*Journal of the Amer. Med. Ass.*, 24 août 1935, n° 8, p 560.

sait que les spirochètes se trouvent plus fréquemment dans les parois des vaisseaux ombilicaux que dans le sang qu'ils charrient. Plus rapide que l'imprégnation à l'argent est l'examen à l'ultra-microscope de fragments frais de la paroi de la veine du cordon, prélevés aussitôt après l'accouchement. A cette fin, on en coupe, aussi près que possible de l'extrémité fœtale, un tronçon de 7 à 8 centimètres, que l'on dispose dans un flacon humide, et qui doit être examiné aussitôt que possible ; car, au bout de huit heures, la pullulation des bactéries rend fort difficile d'obtenir un résultat positif. Au moment de l'examen, on sectionne les deux extrémités de la pièce et on en conserve 2,5 centimètres de sa partie centrale. Sans grande difficulté, l'examen de l'artère et de la veine permet de différencier l'une de l'autre. On fend sur une sonde, passée dans son canal, la veine dans toute sa longueur ; on libère sa paroi interne des caillots adhérents et on détache des fragments au bistouri ; on les plonge dans une goutte ou deux de sérum physiologique, on les place sur une flamelle et on les examine à l'ultramicroscope.

Les spirochètes, bien que l'auteur ait pu en compter jusqu'à une douzaine environ par champ, ne sont jamais nombreux et il arrive qu'avant d'en rencontrer un seul, on ait à examiner plusieurs champs. L'examen est dit positif si l'on a constaté deux spirochètes mobiles ; il est dit négatif si, après examen de deux préparations, la présence de spirochètes n'est pas démontrée.

Du 31 mai 1934 au 1er avril 1935, sur 95 accouchements de mères syphilitiques, le procédé a montré des spirochètes dans vingt-cinq cas : six fois sur des morts nés et dix-neuf fois sur des fœtus vivants. Aucun de ces derniers ne présentait, au moment de sa naissance, de symptômes spécifiques ; ils furent suivis assez longtemps pour confirmer le diagnostic par moyens cliniques, sérologiques, radiographiques.

Le traitement hâtif et judicieux, qui abaisse la mortalité et la morbidité enfantiles, est facilité par un diagnostic hâtif. Or il est reconnu que, dans la première enfance, le Wassermann ne constitue pas un critère fidèle. Cette réaction fut positive seulement chez trois enfants sur dix-neuf vivants, chez lesquels l'examen en champ obscur avait été positif. Les données fournies par la radiographie des os longs dans soixante-deux cas, comparativement à l'examen microscopique sur champ obscur, ont donné neuf fois une preuve certaine alors que l'examen de la veine ombilicale était négatif. Par contre, douze fois, le spirochète fut trouvé dans le cordon d'enfants infectés depuis un temps trop court pour qu'aient pu se produire des lésions osseuses et chez lesquels le diagnostic n'aurait pu être fait, dans la première semaine de leur vie, par aucune autre méthode. Dix-huit nouveau-nés dont l'examen à l'ultramicroscope fut négatif, présentèrent par la suite des accidents syphilitiques.

L'examen de la veine d'un nouveau-né (n° 10 du tableau 2) fut nettement positif et, suivi longtemps, il n'offrit de signes cliniques de spécificité. Il était né d'une femme blanche, en syphilis latente dont la sérologie était nettement positive, qui reçut seulement deux injections de néoarsphénamine avant son accouchement et dont le dernier enfant présentait des signes évidents d'infection à l'âge de 7 mois.

A 4 mois, ce nouveau-né était atteint d'adénopathie généralisée ; mais il était sain par ailleurs. A six jours, les examens du sang et radiographiques étaient négatifs ainsi qu'à quatre mois. Il est encore possible que chez le plus jeune des deux enfants, la syphilis puisse se développer. L'enfant n° 5, suivi durant neuf mois, n'a présenté aucune réaction positive du sang, bien que sans traitement. Il est le troisième fils d'une syphilitique latente, à réaction sanguine fortement positive, qui a reçu seulement une injection avant son accouchement et dont la précédente gravidité se termina par un avortement. La radio des os longs de l'enfant à 6 jours comme à 2 mois montra des perturbations ostéo-cartilagineuses typiques. A la naissance, il pesait 2.820 grammes et 5 kilos seulement à 9 mois ; il était pâle, souffrait d'obstruction nasale, foie et rate gros.

A noter que la présence de spirochètes fut décelée par l'examen à l'ultra-microscope, dans deux seuls cas où le traitement avait été institué deux mois avant l'accouchement, vingt-trois résultats furent positifs (soit 92 %) quand peu on pas du traitement avait été fait.

Le procédé atteint sa valeur maxima lorsque l'accouchement a lieu au moment où l'invasion par le spirochète est à son acmé.

***

Dans le même numéro du *Journal of the Amer. Med. Ass.* Parmelee et Halpern (1) étudient aussi le diagnostic de la syphilis congénitale du nouveau-né. Comme à beaucoup d'auteurs allemands et américains, l'examen radiologique des os du nouveau-né leur semble le procédé susceptible de donner le diagnostic le plus précoce et le plus sûr de la syphilis congénitale. Leur travail a pour fin de montrer sa supériorité sur les signes cliniques fournis par la rate, la peau, les muqueuses, etc., ainsi que sur les renseignements sérologiques. Il repose sur l'histoire de 104 nouveau-nés de mères nettement spécifiques. Le Wassermann, l'épreuve de Kahn, la radiographie furent mis en œuvre d'abord durant les premiers jours de leur existence, puis à six semaines, à trois mois, à six mois et à un an. Quatre tableaux statistiques résument ces recherches soit en tracés graphiques, soit en pourcentages numériques.

Les enfants nouvellement nés de femmes syphilitiques ne présentent pas tous des marques de la spécificité dans leur première année. L'époque de contamination de la mère est probablement en rapport avec l'apparition des premiers accidents chez eux ; et, de même, des précisions sur les traitements, auxquels elle a été soumise, contribueraient peut-être à expliquer le plus ou moins de gravité de l'infection de l'enfant.

Or, il est souvent impossible de fixer, de façon satisfaisante l'époque de la syphilisation ni d'obtenir des renseignements, certains sur la thérapeutique appliquée.

Quoi qu'il en soit, chez 83,7 % des 104 nouveau-nés, à un quelconque moment de leur première année, des signes certains, ou à peu près, d'infection apparurent. Soixante-sept (64,4 %) étaient nettement syphilitiques : la radiographie décela des lésions osseuses chez 95 % d'entre eux, tandis que la sérologie fournit seulement 29 % de preuves positives.

Il y eut de grandes différences dans les résultats des épreuves sérologiques : alors que, chez les mêmes sujets, la réaction de Kahn était positive et celle de Wassermann négative à un certain moment, elles étaient inverses à un autre moment.

La série des faits relatés dans ce travail confirme qu'une trop grande confiance dans les réactions sériques du nouveau-né peut conduire à des erreurs de diagnostic.

Henri Vignes.

(3) Parmelee (A.-H.) et Halpern (L.-J.). — The diagnosis of the congenital syphilis. (Diagnotic de la syphilis congénitale). *Journ. of the Amer. Med. Ass.*, vol. 105, n° 9, 24 août 1935, p. 563.

« Il ne faut pas se le dissimuler : l'indépendance du praticien est plus que jamais mise en péril. La floraison d'œuvres d'établissements divers publics ou privés, le développement et le fonctionnement sans cesse croissants d'une médecine sociale administrative et rigide, la pullulation des Uniprix de la médecine, sous forme d'hôpitaux admettant, pour le même prix, tous ceux qui se présentent à leur porte, les centres de diagnostic, les dispensaires de tous ordres : tout concourt à faire disparaître non seulement le médecin de famille d'antan, mais même le praticien libre et indépendant......

Que nous réserve demain ? C'est une sensation d'angoisse qui ressort de l'étude que nous venons de faire, car le Corps médical doit énergiquement lutter pour son indépendance et contre un salariat qui le menace de toutes parts. » Dr Paul Boudin. Le mouvement syndicaliste en 1935. *Le Concours Médical*, 13 novembre 1935.)

En éteignant la sensibilité chez l'homme bienfaisant, en lui enlevant le sentiment de sa dignité, on l'accoutume à préférer l'or à son devoir. (Baraillon, Discours aux Cinq-Cents, an V.)


des doses très réduites ...
THÉO ROGER
HUILE DE
Vitamine A 2000 unites
Vitamine D 500 unites
SOCIETE PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
-SPECIA-
PARIS

REVUE DE PHARMACOLOGIE

La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1934-1935

(2e semestre 1934 - 1er semestre 1935)

(Suite)

Par

Paul BOYER et **Lucien DUTHEIL**
Médecin du Dispensaire de Saint-Lazare — Interne de Saint-Lazare

Médicaments antirachitiques

LECOQ et Mlle BARBAN (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVII, 671 et 999) constatent que les glycophosphates de soude et de Mg ont une activité antirachitique très comparable. Le glycophosphate de Ca, quelquefois un peu moins actif, reste encore un bon calcifiant ; toutefois il ne semble pas qu'il y ait avantage, du point de vue antirachitique, à utiliser les glycophosphates de préférence aux méthylphosphates correspondants ; lesquels assurent une calcification égale pour une quantité de phosphore moindre.

PIERRON (*Paris méd.*, 4 août 1934, n° 31, 107) signale que pour obtenir une bonne calcification dentaire il est nécessaire d'adjoindre à l'ergostérine irradiée une ration suffisamment riche en phosphore.

Vermifuges

LAVERGNE (*Soc. Path. exot.*, 12 juin 1935) préconise la méthode italienne au chloroforme-huile de ricin dans le traitement de l'ankylostomiase. Cette méthode consiste à faire absorber au malade 6 à 8 gr. de chloroforme anesthésique mêlé à 30 gr. d'huile de ricin.

FILLION et MILLISCHER (*Soc. Path. exot.*, 13 févr. 1935) ont obtenu de bons résultats dans le traitement de la lambliase avec la résine du *Schinus terebenthifolius*.

Aurothérapie

LUMIÈRE et Mlle SONNERY (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVII, 443) montrent que les propriétés anticoagulantes des dérivés thioaureux n'appartiennent pas à la série des oses, c'est-à-dire des sucres. RAPONSKY (*Gaz. Hôp.*, 1934, CVII, 1071) étudie également l'incoagulabilité sanguine *in vitro* par les sels d'or.

GRASSET (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 1220) montre que le solganal présente une action détoxicante ménagée permettant d'obtenir avec les toxines diphtériques et tétaniques des dérivés atoxiques ayant conservé une proportion considérable des propriétés antigéniques des toxines originales.

PASTEUR-VALLERY-RADOT, GILBRIN et Mlle GAUTHIER-VILLARS (*Ann. de Méd.*, 1935, XXXVII, 145) expérimentant à l'aide de la crisalbine ou de l'allocrysine sur le lapin jeune non tuberculeux constatent que l'élimination des sels d'or par le rein n'est pas fortuite : la localisation des granulations dépend du moment où ont été injectés les sels d'or. Les lapins sacrifiés moins de vingt-quatre heures après une injection de crisalbine présentent uniquement des granulations punctiformes sur la membrane basale des tubes contournés. Les lapins ayant reçu plusieurs injections pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines, présentent de grosses granulations intracellulaires avec cylindres auriques. Les reins des lapins, ayant subi une longue intoxication, contiennent, en plus, des particules d'or dans l'intérieur des cellules conjonctives. En opposition avec les lésions tubulaires, les glomérules ne contiennent pas de métal. Concordance très nette entre les lésions tubulaires et la localisation de l'or. Les cellules des tubes contournés sont normales quand les particules métalliques occupent seulement la basale. Au contraire il existe des lésions tubulaires quand l'or a pénétré dans l'intérieur des cellules. Les glomérules ne contiennent pas d'or et sont indemnes. Les intoxications prolongées s'accompagnent de sclérose, en même temps que d'infiltration aurique dans le tissu interstitiel. Il semble donc bien que la surcharge métallique conditionne les lésions histologiques.

Signalons deux importantes revues générales sur les sels d'or, pharmacologie, physiologie, posologie, formules et accidents de MOLLARD (*J. Méd. Fr.*, janv. 1935, n° 1, 4) et de FORESTIER et CERTONCIN (*Paris méd.*, 22 juin 1935, n° 25, 577).

Les travaux cliniques sur les sels d'or en tuberculose pulmonaire sont également nombreux cette année comme les années précédentes. Nous ne pouvons les analyser tous et nous sommes obligés de les citer seulement :

BLECHMANN (*Bull. méd.*, 1934, XLVIII, 532), BOURGEOIS et THIEL (*Soc. Et. Sc. sur la Tub.*, 12 janv. 1935), BURNAND (*Soc. Et. Sc. sur la Tub.*, 12 janv. 1935), CAPUANI (*Presse méd.*, 2 janv. 1935), CHABAUD (*Soc. Et. Sc. sur la Tub.*, 12 janv. 1935), CHAUVEAU et BOISSONET (*Soc. Et. Sc. sur la Tub.*, 15 juin 1935), CARITEAU (*Thèse Méd. Montpellier*, 1935), DAMAS (*Thèse Méd. Lille*, 1935), EDHEM (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 15 févr. 1935), JULLIEN (*Paris méd.*, 18 août 1935, n° 33, 127), MATTEI, RAYNAUD et TRAMONT (*Soc. Méd. Marseille*, 11 juillet 1934), MAYER (*Rev. de Méd.*, nov. 1934, n° 9, 505), MINET, WAREMBOURG et DAMAS (*Echo méd. du Nord*, 5 févr. 1935, n° 5, 177), SKALAK et LACINA (*J. Méd. Bordeaux*, 20 févr. 1935, n° 5, 126). Un grand nombre d'auteurs reste toujours formellement partisan de l'aurothérapie, mais cette année néanmoins une réaction nette apparaît tendant à mettre en garde à juste titre contre une thérapeutique exclusive et abusive de la tuberculose par l'or. A ce propos pour exprimer l'opinion de nombre d'auteurs autorisés nous ne pouvons faire mieux que de citer l'opinion de BOURGEOIS, THIEL et LEVERNIEUX (*Presse Méd.*, 6 avril 1935, n° 28, 548) qui d'un important travail concluent que « *les sels d'or peuvent être utiles.* La chrysothérapie à objectif limité pour reprendre l'heureuse expression de Burnand peut faire bénéficier quelques malades de ces améliorations qui, pour être transitoires, n'en sont pas moins réelles. Le relèvement de l'état général, l'amélioration radiologique des lésions peuvent permettre par exemple de tenter une intervention collapsothérapique qui, sans elle, aurait été impraticable. Mais cette chrysothérapie ne doit jamais gêner ni retarder les autres procédés, plus efficaces de traitement antituberculeux. Médication de deuxième zone, elle doit se limiter à un rôle modeste. La chrysothérapie ne doit pas être un prétexte à perdre du temps, elle ne doit jamais retarder d'un seul jour l'envoi d'un malade en sanatorium ou l'institution d'un pneumothorax. Ces interventions différées, ces occasions manquées, constituent, bien plus que les urticaires ou les albuminuries les véritables accidents ou mieux les désastres dont la chrysothérapie est responsable. Enfin dès qu'apparaît un accident thérapeutique les auteurs sont formellement partisans d'interrompre définitivement le traitement : on n'a pas le droit d'exposer le malade à des accidents parfois sérieux pour un bénéfice trop souvent illusoire ».

CLAUDE et DUBLINEAU (*Soc. méd. Psychol.*, 25 mars 1935) sur trente-quatre cas d'états dits démence précoce traités par la pyrétothérapie soufrée associée aux sels d'or ont noté treize rémissions, sept rémissions transitoires ou imparfaites et quatorze échecs. Les formes à début récent ou à manifestations aiguës, ou survenant chez des sujets jeunes, ou en rapport avec une tuberculose antérieure sont celles qui fournissent le plus de rémissions. Dans les formes suivies d'échecs, la tuberculose avait été soit tardive et intense, soit accompagnée de syphilis, soit parentérale éloignée.

DUBLINEAU et DOLERIEUX (*Soc. méd. Psychol.*, 25 mars 1935) présentent trois observations d'états schizophréniques traités par l'association des sels d'or à la pyrétothérapie, les formes démentielles sont plus rebelles que les formes confusionnelles. NYSERT, STOERR et COHN (*Soc. méd. Psychol.*, 25 mars 1935) sont d'avis que la chrysotherapie chez les déments précoces peut donner des résultats appréciables.

MARCONSIN (*Thèse Méd. Paris*, 1935) étudie le traitement de l'asthme par les sels d'or.

NEECH (*Thèse Méd. Paris*, 1935), aurait eu d'excellents résultats dans le traitement du lichen plan par les sels d'or.

GOUGEROT et BURNIER (*Soc. Fr. Derm. et Syph.*, 6 juin 1935) ont revu après trois ans une femme atteinte de lupus érythémateux de la face et traitée par dix injections de 1 cgr. de crisalbine sous la lésion. Résultat très satisfaisant, on ne constate plus qu'une tache blanchâtre, légèrement atrophique.

GOUGEROT et BURNIER (*Soc. Fr. Derm. et Syph.*, 8 nov. 1935) présentent un jeune homme atteint de parapsoriasis en gouttes des parties latérales du thorax et de l'abdomen. Les injections de crisalbine amenèrent la disparition des lésions au bout de vingt piqûres.

TISSEUIL (*Soc. Path. exot.*, 8 mai 1935) a constaté après une réactivation des lésions tuberculoïdes dans la lèpre de très bons résultats par la crisalbine chez un malade que l'hyrganol n'avait point amélioré.

Au sujet des accidents de la chrysothérapie signalons le très important travail de WEISSENBACH, FRANÇON et PERLES (*J. Méd. fr.*, janv. 1935, no 1, 12), sur les accidents rénaux, les travaux de BOURGEOIS, Mlle DE JESENSKY et LEVERNIEUX (*Soc. Méd. Hôp.*, 30 nov. 1934), de COSTE, GAUTHIER-VILLARS et KREIS (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 14 déc. 1934) et de OLMER et SARRADON (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 14 déc. 1934), sur les accidents nerveux, les travaux de BOURGEOIS, THIEL et BROUTMAN (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 11 janv. 1935), de BOURRAT (*Soc. Nat. Méd. et Sc. Méd. Lyon*, 29 mai 1935), de DEVIC et BOUQUIN (*Soc. méd. Hôp. Lyon*, 9 avril 1935) et de ROGER, ALLIEZ et JOUVE (*Arch. Méd. gén. et colon.*, 1935, IV, 145), sur les accidents cutanés, les travaux de GOUGEROT et STEWART (*Soc. Fr. Derm. et Syph.*, 14 févr. 1935, lichen plan postaurique), DAVID et LEMELLART (*J. Sc. méd. Lille*, 1934, LII, 55, lichen plan postaurique) et de GOUGEROT et STEWART (*Soc. Fr. Derm. et Syph.*, 11 avril 1935, érythrodermie aurique) sur les accidents sanguins, le travail de DEMASSON d'AUTUME (*Thèse Bordeaux*, 1934) et l'étude de RATHERY, DEROT, DOUBROW et Mlle JAMMET (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 6 juillet 1934) sur la chrysopexie et la chrysocyanose.

Traitements divers de la tuberculose

VIGNATI et SKALAK (*J. de Méd. de Bordeaux*, 20 févr. 1935, no 5, 124) conseillent dans la tuberculose pulmonaire l'hypo sulfite double d'argent et de sodium.

PERIOT et LOMBARD (*Arch. Méd. gén. et colon.*, 1935, IV, no 5) placent la thérapeutique par le bleu de méthylène à côté de la thérapeutique par les sels d'or dans la tuberculose pulmonaire. Ce traitement est d'une innocuité absolue, mais inopérant dans les formes aiguës et granuliques.

COSTES (*Gaz. méd. de France*, 15 sept. 1934, no 15, 787) insiste sur les bons résultats donnés par les injections sous-cutanées d'oxygène dans les hémoptysies.

BRINCOURT (*L'Hôpital*, oct. 1934 A, no 368, 583) emploie la transfusion dans les grandes hémoptysies et l'oxygène sous-cutané dans les hémoptysies moyennes avec de très bons résultats ; ces deux méthodes ne s'opposent pas. Bons résultats, obtenus également avec l'oxygène sous-cutané dans les hémoptysies par STYVES, MÉNARD (*Concours méd.*, 26 mai 1935, no 21 1596) et par VAJA (*Bull. méd.*, 4 mai 1935, no 18, 313).

BAILLIART (*Soc. Opht.*, févr. 1935) préconise toujours l'éther benzylcinnamique dans le traitement des cicatrices cornéennes.

Alcool intraveineux

HETRON (*Thèse Med. Paris*, 1935) étudie les injections intraveineuses d'alcool éthylique pur dans le sérum glucosé à 50 % dans les pneumopathies aiguës ou chroniques, les septicémies et les intoxications barbituriques aiguës. CRUCHET, MAUPETIT et SARIC (*J. Med. Bordeaux*, 30 juillet 1934, no 21, 585) préfèrent utiliser une solution moins concentrée que les solutions classiques pour éviter la sclérose des veines. Ils ont obtenu avec l'alcool intraveineux des résultats intéressants mais qu'ils jugent encore trop peu nombreux pour en tirer une conclusion.

DOPET et GARFINKEL (*La Médecine*, sept. 1934, no 13, 735) ont constaté que les injections intraveineuses d'alcool accroissent les oxydations de l'organisme au repos par action sur le système réticulo-endothélial.

Taurocholate de soude

LEFÈVRE et CATEL-BEGUIN (*Echo méd. du Nord*, 22 juillet 1934, no 29, 70) préconisent l'injection intrapleurale de taurocholate de soude après ponction évacuatrice dans les pleurésies purulentes à pneumocoque.

Créosote

MOLINEUX (*Concours Méd.*, 2 déc. 1912, no 48, 3397) présente une étude clinique et pharmacologique de la créosote dans les affections pulmonaires.

(*A suivre.*)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

Un cas de lipodystrophie progressive est rapporté par Barraquer-Ferré, de Barcelone. L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que, dans la famille de la malade, on note trois générations atteintes de la même maladie : grand'mère, mère et fille.

Sous le nom de «lipodystrophie», maladie de Barraquer-Simonds, on décrit un syndrome caractérisé par une répartition inégale du tissu adipeux. En opposition avec l'amaigrissement de la moitié supérieure du corps, on note la normalité, ou, plus fréquemment, l'augmentation disproportionnée du volume des hanches, des cuisses et des jambes qui, chez les fillettes atteintes, communiquent une apparence plus âgée et, chez les adultes, un contraste caricaturesque.

Cette affection paraît plus fréquente dans le sexe féminin que dans le sexe masculin et chez les sujets d'origine juive.

Elle ne comporte aucune souffrance et ne provoque pas la mort. Toutes les fonctions s'accomplissent normalement. Tout au plus, chez quelques malades, observe-t-on des signes d'asthénie très relative. L'excitation électrique occasionne des réactions normales, parfois légèrement plus vives, ceci s'expliquant par la disparition du pannicule adipeux.

Le diagnostic différentiel entre l'hémiatrophie faciale et la lipodystrophie est toujours facile ; tandis que, dans la lipodystrophie, le processus atrophique apparaît sur toute la figure et sur la moitié supérieure du corps, dans l'hémiatrophie faciale, il apparaît uniquement sur la moitié du visage, et jamais il n'envahit d'autres régions.

L'intégrité motrice des muscles faciaux la différencie aisément de la myopathie de type facio-scapulo-huméral de Landouzy-Dejerine.

Cliniquement, la maladie de Simonds se distingue par la cachexie due à une dénutrition généralisée et globale de tous les tissus et non par la seule fonte adipeuse de la moitié supérieure du corps, comme dans la lipodystrophie.

De plus, dans l'endocrinopathie cachectisante de Simonds, il existe une atrophie sexuelle gérodermique et microsplanchnique.

Jusqu'à ce jour aucun essai thérapeutique n'a donné de résultat heureux. On a employé l'opothérapie sous beaucoup de formes, l'iode, l'arsenic, la crénothérapie, la physiothérapie.

« Nous basant sur la probabilité de l'existence d'un centre neuro-végétatif situé dans le voisinage de l'infundibulum du 3e ventricule nous soignons ces malades en appliquant la rœntgenthérapie sur la dite région. Nous employons aussi des préparations opothérapiques préhypophysaires. »

(L. Barraquer Ferré. Lipodystrophie progressive. Syndrome de Barraquer-Simonds. *La Presse Médicale*, 26 octobre 1935).

Dermatologie

Dans la plaque peladique, la fonction pigmentaire n'est pas touchée dans son ensemble, contrairement aux opinions de Sabouraud. L'épiderme reste normal et le trouble pigmentaire ne se constate qu'au niveau des follicules, tant histologiquement, lorsqu'on examine les bulbes, que cliniquement lorsqu'il y a repousse achromique.

Il semblerait donc que le processus peladique, à tous les stades de son évolution, n'a aucune affinité pour l'épiderme et qu'il s'attaque primitivement et exclusivement à la région des bulbes pileux.

La pelade apparaît donc avant tout, sinon une maladie des cheveux, du moins une affection localisée au derme et au tissu cellulaire sous-dermique dans le voisinage immédiat des bulbes.

S'agit-il d'une affection du pigment ? Il apparaît plutôt que les troubles pigmentaires sont un simple témoin de l'atteinte peladique, témoin qui localise le centre d'attaque du processus peladique aux tissus péri-bulbaires.

(Fr. Woringer et R. Thée. Etude de la pigmentation dans les aires peladiques. *La Presse Médicale*, 23 octobre 1935.)

VARIÉTÉS

Conte de Noël (1)

Le Neël d'un vieux ménage médical

Le Docteur Bonart était un médecin de campagne sexagénaire; il avait exercé consciencieusement sa profession ; aussi n'était-il pas devenu riche et n'était dans l'aisance que parce qu'il avait eu la prudence d'adhérer à la Caisse des pensions de retraite. Il s'était marié jeune avec une jeune fille sans dot, mais qui l'avait rendu heureux, gouvernant sa maison avec économie et l'aidant de son mieux dans la tâche difficile de satisfaire tous ses clients en ne lui laissant pas oublier les rendez-vous pris et en lui facilitant la rédaction des fiches individuelles. Ils avaient eu un fils qui mourut pour la France et dont la veuve ne survécut guère, laissant à ses beaux parents deux orphelins une petite fille de quatre ans Colette et un garçon de cinq, Jean que ceux-ci élevaient de leur mieux. On était à la veille de Noël et pour la première fois les grands-parents avaient décidé de conduire les petits à la messe de minuit, et se promettaient pour le lendemain matin la joie de placer l'arbre de Noël devant la grande cheminée avec les jouets qu'aurait apporté le Père Noël.

Or voici qu'après le souper on vient réclamer d'urgence la visite du docteur pour une pauvre veuve de guerre. Marie Vinchon, qu'il savait albuminurique et dont l'état s'était si subitement aggravé par suite d'un refroidissement, qu'on venait de lui administrer l'extrême-onction ; elle habitait seule avec un petit garçon Pierre une chaumière d'un village assez éloigné. Le médecin ne pourra être de retour assez tôt pour la messe et renonce à partager la joie de l'étonnement de ses petits-enfants. Il monte dans sa vieille petite auto. La pauvre femme près de laquelle il a été appelé est mourante d'œdème (œdème aigu des poumons). A son chevet se trouvent deux vieilles voisines charitables et un petit garçon de cinq ans tout en larmes. Le vieux médecin donne ses soins à la mourante et comprend qu'il ne peut s'éloigner avant la fin de l'agonie qui ne se terminera qu'après minuit.

La mourante a pu embrasser son petit avant de rendre le dernier soupir. L'enfant épuisé par l'émotion et la fatigue s'est endormi. Les deux bonnes voisines veilleront près de la morte. Alors l'idée vient au médecin d'éviter à l'enfant la douleur du réveil près du cadavre. Il enveloppe le petit dans une couverture et le place dans l'auto encore endormi.

Quand il rentre chez lui, sa femme a couché les deux petits enfants tout émerveillés de la messe à laquelle ils ont assisté et qui dorment à poings fermés. La bonne dame est naturellement bien surprise de la présence de ce troisième enfant, mais accoutumée, à trouver bon tout ce que fait son vieux compagnon, elle se hâte pour arranger une couchette sur un canapé et au milieu de la nuit tout le monde dort dans la maison.

A son réveil le Docteur Bonart, enveloppé de sa robe de chambre et les pieds dans les pantoufles de tapisserie faites par sa femme, entra dans la salle à manger et fut étonné de n'y point voir celle-ci. Les trois enfants s'y trouvaient avec la servante qui cherchait à leur faire nouer connaissance. Sur les visages de Jean et de Colette se lisaient tour à tour l'étonnement et la curiosité ; sur celui de Pierre Vinchon l'embarras et la tristesse, deux grosses larmes coulaient sur ses joues. Mais les trois enfants tournaient surtout leurs regards vers un drap blanc tendu devant la haute cheminée, à droite et à gauche de laquelle se trou-

(1) L'insertion de ce conte a été différée par suite d'un retard postal dans le retour des épreuves corrigées.

vaient deux portes, l'une communiquant avec le cabinet du docteur, l'autre avec le vestibule de la maison.

Mais deux coups furent frappés à la première, qui aussitôt s'entr'ouvrit pour livrer passage à une singulière apparition. C'était, autant qu'on pouvait en juger, une petite vieille femme, enveloppée dans une mante brune, dont le capuchon cachait presque entièrement sa figure ; elle s'avançait à petits pas, les deux mains appuyées sur une canne blanche et on entendit une voix cassée et chevrotante dire : « C'est bien ici la maison du Docteur Bonart. Je suis la fée aux Joujoux ; c'est moi qui remplace le père Noël quand il est trop occupé et je suis surtout chargée de visiter les petits enfants sages, qui n'ont plus ni papa, ni maman. Je viens du Ciel leur en apporter des nouvelles et les récompenser. Jean et Colette sont bien gâtés par leurs grands-parents. Mon pauvre petit Pierre ta chère maman est aussi maintenant au Ciel, où elle a rejoint ton papa, mais tous deux sont bien contents de te savoir chez le Docteur Bonart où tu seras bien soigné par sa femme et aimé par leurs petits-enfants.

A peine la petite vieille eut-elle fini de parler que du bout de sa canne elle fit tomber le drap qui voilait la cheminée et un spectacle si attrayant apparut que les yeux écarquillés des trois enfants ne s'en détachèrent plus. On voyait dans l'âtre une de ces crèches magnifiques qui derrière les vitres des grands magasins de jouets des grandes villes font crier d'admiration les petits en excitant leur convoitise.

On voyait au milieu de petites bougies roses allumées, la vierge Marie en robe d'azur, tenant sur ses genoux un beau petit Jésus ; la mère et l'enfant nimbés d'or ; auprès d'eux saint Joseph en extase. Et il ne manquait au tableau ni le bœuf, ni l'âne, les pieds sur de la paille, tendant leurs têtes à travers les barreaux de leur étable. Et de même que la campagne qui à travers les fenêtres de la salle à manger apparaissait couverte d'un manteau de neige, devant l'âtre s'étalait une blanche couche d'acide borique. Sur elle se dressait un petit sapin aux branches duquel pendaient attachés par des rubans roses les jouets préférés : la poupée vêtue en paysanne, Polichinelle bossu et bariolé, de beaux soldats et même une petite automobile et un avion !

Pendant que les yeux des enfants se repaissaient de cette vue la petite vieille avait disparu comme par enchantement ; mais aux cris de joie avait répondu la voix de Madame Bonart, qui entra par la porte du vestibule dans sa robe des dimanches, embrassa les trois petits et le bon docteur souriant dans sa barbe d'un air tendre et approbateur. Alors se fit le dépouillement de l'arbre enrubanné et quand chaque enfant eut entre les mains son cadeau de Noël et que sur la table ronde la servante Annette eut apporté cinq tasses d'un chocolat parfumé, le vieux médecin dit d'une voix grave et tremblante ! « Embrassez-vous, mes chers enfants, aimez-vous tous les trois et remerciez Dieu qui vous a envoyé un nouveau frère ; à ma chère femme et à moi un troisième petit enfant ! »

Et sur tous les visages se lisaient tour à tour les plus belles émotions humaines...

Paul Le Gendre

« On raconte que Lord Kelvin à la fin de sa carrière, voulant sans doute donner une leçon aux règlements universitaires de la retraite, se fit inscrire comme *research student* ». (Dr Toulouse. — Le problème de la vieillesse. *Bulletin de la Société de Biotypologie*, mars 1934.)

P. L. M. — Des compartiments sont réservés aux skieurs qui désirent ne pas se séparer de leurs skis

Pendant la période des sports d'hiver, du 14 décembre 1935 au 9 mars 1936, les voyageurs partant de Paris à 20 h. 10 pour Saint-Gervais et Evian, à 19 h. 30 pour Saint-Gervais et Bourg-Saint-Maurice et prenant au retour le train arrivant à Paris d'Evian et Saint-Gervais à 7 h. 15, de Bourg-Saint-Maurice et Saint-Gervais-les-Bains à 6 h. 40, peuvent garder leurs skis avec eux dans leurs compartiments.

Par ailleurs, dans la plupart des autres trains rapides et express de grand parcours à destination des stations de sports d'hiver des Alpes et du Jura, des compartiments de toutes classes seront réservés aux skieurs qui désirent ne pas se séparer de leurs skis.

Veuillez demander la liste de ces trains aux gares ou bureaux de renseignements P. L. M.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

L'externat à travers les âges. — *Sous ce titre, un article de M. R. Fouilloy, interne des hôpitaux, dans le* JEUNE MÉDECIN :

Et tout d'abord, à quelle époque remonte la création de l'externat ? Il n'a pas à proprement parler, de date de naissance bien déterminée et que nous ayons pu retrouver dans les archives de l'A. P. Son extrême début disparaît dans la nuit des temps et il semble que, jusqu'au commencement du XIXe siècle, c'est à l'Hôtel-Dieu que furent tentés les premiers essais d'organisation des services hospitaliers. Ces essais, à la suite de modifications successives, ont peu à peu abouti au régime actuel.

A cette époque, à côté du « chirurgien en chef » — le « patron » de jadis — que certaines gravures du temps nous représentent opérant avec ses manchettes ou en train de faire sa visite en redingote et le haut de forme à la main, il y avait un assistant, dit « gagnant maîtrise », dont les fonctions devaient être, toutes proportions gardées, à peu près les mêmes que celles du chef de clinique actuel.

Un grade au-dessous et nous trouvons des « compagnons » ou « garçons chirurgiens », et des « commissionnés », choisis après examen préalable parmi « les élèves externes ». Ceux-ci, dont le nombre était illimité, suivaient les visites du « chef » ou du « gagnant maîtrise », vêtus de leur habit civil, protégés tout au plus par un simple tablier (précaution justifiée sans doute par la fréquence avec laquelle on pratiquait la saignée). Car l'A. P. ne les avait pas encore dotés de ces blouses et tabliers aux froissures soigneusement repassées et transformées en plissé fin par les cylindres.

Ces externes subissaient, eux aussi, un examen qui ne devait pas être bien difficile : l'essentiel consistait, en effet, à présenter un mémoire contenant les noms et prénoms du candidat, l'indication de son pays d'origine, son âge (dix-huit ans accomplis), son extrait de baptême ainsi qu'un certificat de bonne vie et mœurs, délivré par le curé de sa paroisse.

Quelque temps plus tard, un « Règlement sur le Service de Santé dans les Hospices de Paris », en date du 4 Ventôse an X (10 février 1802), qui établissait les différentes classes d'officiers de santé, mentionne dans son article 5 qu' « Il y aura des élèves « pour le service de la médecine et pour celui de la chirurgie ; « les uns et les autres seront distingués en internes et externes. »

Il y avait à cette époque deux concours pour les places d'externe : l'un dans la dernière décade de Ventôse (11 au 20 mars), l'autre à la fin de Fructidor (deuxième semaine de septembre).

Les limites d'âge en vue de l'admission à ce concours étaient de dix-huit ans au moins et de vingt-quatre au plus. Les externes n'étaient admis à concourir pour les places d'internes qu'après une année de service.

Dans les concours pour les places d'externe, dit le Règlement de 1802, « les candidats seront interrogés sur les préliminaires « de l'art de guérir, sur les généralités de l'anatomie, de la « médecine et de la chirurgie. On leur présentera, à chaque con- « cours, une question et la matière de quelques formules aux- « quelles ils seront tenus de répondre par écrit. Les externes « seront nommés pour trois ans. »

Ce régime dura jusqu'en 1836, où l'on exigea une souscription et où la limite d'âge fut ramenée à vingt-trois ans, puis supprimée en 1839. A cette époque, le concours comprenait une composition écrite, portant sur l'anatomie et une épreuve verbale traitant d'un sujet de médecine.

Il n'y eut guère de modifications importantes jusqu'en 1868 où fut institué le régime de l'oral, qui devait demeurer en application pendant cinquante-six ans. Certains de nos lecteurs ont pu entendre parler de ce mode de concours : on exigeait du candidat externe quatre inscriptions comme aujourd'hui, et le concours se composait de deux épreuves : l'une d'anatomie des-

criptive, l'autre de pathologie ou de petite chirurgie, pour chacune desquelles il était accordé cinq minutes d'exposé oral après cinq minutes de réflexion.

Pendant les cinquante-six ans que dura ce régime, un seul fait est à signaler : le concours qui, jusque-là, avait toujours été réservé aux candidats masculins, est ouvert aux femmes en 1882... Loué soit le lointain prédécesseur de M. Belbis qui suggéra peut-être cette mesure au grand maître de l'A. P. de l'époque, et auquel nous devons de compter aujourd'hui parmi nos camarades de si charmantes collègues !

Enfin, en 1924, le concours oral fut remplacé par le concours écrit actuel que vous allez bientôt connaître... à moins qu'un hasard malheureux ne vous en ait, à votre grand dam, fait déjà subir les rigueurs l'an passé.

Les droits d'inscription en Hongrie. — *De M. Alexandre Blazso dans* LA PRESSE MÉDICALE (31 juillet 1935) : L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL ET LA SITUATION DES MÉDECINS EN HONGRIE.

Les taxes d'inscription atteignent 156 Pengö par semestre. Pour donner une idée de ce que cette somme peut représenter en Hongrie, il suffit de dire qu'elle dépasse le salaire d'un mois d'un fonctionnaire diplômé de l'Etat. Cependant, dès le début de la première année, on accorde des diminutions à tout étudiant ayant produit un certificat d'indigence. A la fin de chaque semestre, il y a, en dehors des examens proprement dits, des interrogations (*colloquium*) sur la matière des cours de l'année. Les interrogations ne sont pas obligatoires. Toutefois, pour obtenir une réduction de frais, on exige des étudiants de passer à défaut d'examen obligatoire, du moins deux interrogations, avec mention « bien ». Nombre d'étudiants passent ces interrogations d'ailleurs assez difficiles.

De quoi est mort le Maréchal Pilsudski. — *Du Docteur M. Boigey dans l'*ŒUVRE :

Grâce à la *Polska Gazeta Lekarska*, nous avons maintenant des précisions sur la maladie et la mort du maréchal Joseph Pilsudski.

Celui-ci avait eu pendant une grande partie de sa vie des bronchites, de l'emphysème pulmonaire et des pleurésies. Il y a trois ans une broncho-pneumonie particulièrement grave avait failli l'emporter. La convalescence fut très longue et, depuis ce dernier épisode, le malade ne pouvait dormir qu'en position assise.

A l'exception de la fonction pulmonaire, tous les organes du maréchal paraissaient être en bon état. Sa constitution était vigoureuse. Si l'on eût voulu être logique, c'est du côté respiratoire qu'il fallait craindre des complications. Le cœur était bon, bien que la tension artérielle fût un peu augmentée.

Ce n'est qu'au début de janvier 1935 qu'apparurent les premiers signes de la maladie qui devait l'emporter. Vers cette époque, le maréchal perdit sa sœur, pour laquelle il éprouvait un grand attachement. Ses familiers attribuèrent au chagrin provoqué par cette disparition son changement de teint et son amaigrissement. Son régime alimentaire n'était pas parfait. Sa dentition était déplorable. Il buvait de 6 à 8 grands verres de thé par jour et donnait à la viande la prédominance dans la composition de ses menus.

Vers la mi-janvier apparurent des vomissements succédant à des digestions lentes. Un léger gonflement des chevilles se montra. Il était fugace, ne durait que quelques heures, était indolore et ne paraissait pas être en rapport avec une déficience des fonctions rénales. Celles-ci se faisaient parfaitement.

Cependant, le foie augmentait légèrement de volume. Malgré ce changement aucune douleur n'était ressentie de ce côté. L'idée d'un examen complet ou d'une consultation répugnait vivement au maréchal. Au Docteur Woyczynski, son médecin habituel, qui ne constatait pas sans crainte le développement anormal du foie, et qui lui laissait entendre qu'il fallait soigner une maladie du foie dès ses débuts, l'auguste malade répondait avec une pointe d'ironie :

— Il est naturel qu'un médecin atteint d'une affection hépatique comme vous soit enclin à attribuer des maladies de foie à ses clients.

Peu à peu les souffrances apparurent. Elles devinrent rapidement très vives et le maréchal qui s'était d'abord efforcé de les dissimuler et qui, selon son habitude, fixait chaque jour le menu qui devait paraître sur sa table, se mit tantôt à diminuer, tantôt même à supprimer l'un de ses deux principaux repas. En mars, il accepta de faire une cure de fruits prolongée pendant quinze jours. Mais il ne sembla pas que ce changement dans ses habitudes ait amené d'amélioration.

Cependant le foie augmentait toujours de volume. Les craintes du Docteur Woyczynski devenaient plus grandes et malgré l'absence de toute preuve biologique qu'eussent seuls pu fournir des analyses et des examens spéciaux auxquels le maréchal refusait obstinément de se soumettre, l'idée d'un cancer du foie à marche rapide se précisait dans son esprit.

Peu à peu, le malade s'alimentant de moins en moins, s'installa un état de cachexie et d'amaigrissement progressif. Les extrémités se décharnaient, le visage était terreux, tandis que le ventre augmentait de volume.

C'est alors que commencèrent à se produire des hémorragies intermittentes par l'intestin. L'absorption des liquides nutritifs devenait de plus en plus difficile. Fréquemment survenaient des vomissements par lesquels le malade rejetait tout ce qu'on lui faisait absorber.

Dans les derniers jours, le Professeur K.-F. Wenckebach, de Vienne, prescrivit l'administration de sérum antihémorragique (hémoplastine) pour tenter d'arrêter les hémorragies répétées qui affaiblissaient progressivement le malade.

La veille de la mort, se produisit un vomissement de sang pur et de caillots extrêmement abondant. Ce fut comme le coup de grâce. Les forces du malade déclinèrent rapidement.

La tension du sang baissa considérablement. Le médecin général Ruppert, les Professeurs Mozolowski, Cianciara et Tukanowicz préconisèrent une injection intraveineuse de coramine qui ne fut que d'un secours momentané. Une hémorragie intestinale continue emporta enfin le maréchal.

L'autopsie fut faite. Elle démontra l'existence d'un cancer primitif du foie que le Professeur Kalicinski, appelé à examiner au microscope des fragments de la tumeur, qualifia de « Carcinoma hepatis biliparum », cancer du foie à point de départ biliaire.

La nature et l'étendue des lésions étaient telles qu'elles intéressaient le foie et l'estomac et avaient provoqué une altération générale des gros vaisseaux veineux de l'abdomen. L'évolution de la tumeur était inexorable et aucune intervention chirurgicale ne pouvait sauver le malade : elle n'eût fait que précipiter sa fin.

L'optimisme par le soleil. — *De M. Henry Noëll dans* Réagir (décembre 1935) :

..... Dans les temps modernes, d'un positivisme surtout scientifique, on ne paraît pas avoir accordé toute l'importance souhaitable à ce que j'appellerai l'influence morale du soleil. Alors que ses effets bienfaisants sur les corps, sur notre santé physique, sont plus que jamais reconnus et recherchés, alors que l'héliothérapie progresse et se perfectionne d'année en année, au point même d'être involontairement responsable de quelques-uns des excès ou des ridicules du nudisme, il semble qu'on tende trop souvent à ne tenir qu'un très faible compte de l'action morale du soleil. Tout au plus paraît-on admettre celle qui résulte, par incidence, du mieux être physique, de l'équilibre nerveux, de la bonne circulation sanguine dus à l'efficacité de ses rayons. Certes, cette action indirecte a son intérêt et il n'est pas niable ; mais, vue sous cet angle, la question demeure surtout d'ordre médical, et elle a été maintes fois traitée avec la compétence technique qui convient. Je voudrais, au contraire, laissant de côté toute considération d'ordre physiologique, dégager, du point de vue purement psychologique, la part considérable qui revient à l'intervention directe du soleil dans les états d'âme de l'homme et dans son activité intellectuelle.

Cette action se manifeste de triple façon : sur l'intelligence, sur le cœur, sur le caractère. Dans les trois cas, elle est de nature et de résultats nettement optimistes.

Sur l'intelligence ou, plus exactement peut-être, sur l'esprit de l'homme, l'action solaire se traduit par le triomphe de la netteté et de la clarté, par le goût des lignes et des idées droites et précises, par la recherche incessante d'une perfection de forme qui seule peut supporter la pleine lumière.

Ne suffit-il pas, pour s'en convaincre, d'évoquer les civilisations grecque et latine, ces deux filles du soleil, et de se rappeler leurs caractéristiques essentielles ?

L'heureuse influence solaire se traduit aussi par un accroissement très sensible de l'activité intellectuelle. Dans les pays ensoleillés — exception faite, bien entendu de ceux où un climat excessif réduit ou paralyse les facultés humaines (mais c'est alors à la chaleur humide et malsaine des tropiques et non à l'action normale du soleil qu'il faut s'en prendre) — dans les pays habituellement ensoleillés, chaque classe sociale est une pépinière d'artistes, de poètes et de penseurs. Et il y a là assurément une appréciable compensation au léger fléchissement de l'activité physique que l'on attribue parfois à la permanence d'une atmosphère trop douce et d'un ciel trop bleu.

Dans le domaine du cœur, de la sensibilité altruiste et de l'enthousiasme, même heureuse et bienfaisante influence du dieu soleil. Faut-il rappeler la bonhomie, toute la cordiale et touchante émotivité de personnages tels que ceux présentés par Marcel Pagnol dans ses pièces de théâtre, ayant pour cadre les quais ensoleillés de Marseille ?

Faut-il rappeler que, dans les régions favorisées par le soleil, les idées sociales les plus hardies prennent, en général, des formes plus généreuses que combattives, que les enthousiasmes y dominent assez aisément les haines, que le besoin de sympathies, d'amicales intimités y est plus impérieux qu'ailleurs ?

Enfin — et c'est surtout ici qu'apparaît l'essence optimiste de l'influence morale du soleil — cette influence s'exerce sur le caractère de la façon la plus efficace et la plus heureuse. Pour beaucoup d'entre nous, à l'heure matinale où s'ouvrent les fenêtres, le flot de soleil qui brusquement inonde notre chambre ou au contraire la brume humide qui obstrue l'horizon laisse une empreinte que de longues heures parviendront à peine à dissiper. Notre caractère s'épanouit beaucoup mieux, souple égal et gai, dans la caresse quotidienne et chaude de rayons dorés que sous la froide et maussade tombée d'averses striant un ciel bas et nuageux. Avec cette intuition profonde des réalités qu'ont parfois les poètes, Fernand Gregh a pu écrire, un jour de soleil : « Toute ma chambre est baignée d'un éblouissement jaune ; derrière les feuillages transparents au soleil qui encadrent la fenêtre, elle semble une grotte d'or. Et, à travers les inquiétudes de l'heure et les soucis quotidiens, le ruissellement de la clarté d'après-midi dans ma maison me met, me jette dans un profond état de bonheur... D'où vient aujourd'hui cette sensation étrange ?... Pourquoi ce jaune m'est-il si profondément sensible ?... Y a-t-il entre cette couleur et les profondeurs de notre être une harmonie préétablie, non pas métaphorique, mais véritable ? La vie reconnaît-elle sa source dans cet or solaire en fusion et se réjouit-elle en nous de son origine retrouvée ? »

L'homme qui chaque jour respire et marche dans le soleil, est incité à voir la vie sous l'angle de la sérénité et de la joie. Sa volonté se développe, s'affermit, et cet « atout » lui assure, dans le jeu de l'existence quotidienne, des gains qui justifient l'optimisme de son esprit.

La conclusion de cet article, qui ne la devinerait ? A tous ceux auxquels s'impose la nécessité de lutter et de réagir contre les difficultés ou les tristesses, contre les épreuves passagères ou les mélancolies persistantes, nous disons : Ouvrez toutes grandes vos fenêtres à l'ami bienfaisant et fidèle qu'est le soleil ; prenez de préférence des appartements exposés au midi ; levez-vous assez tôt pour jouir largement des heures de lumière solaire ; vivez, si possible, quelques mois ou au moins quelques semaines chaque année dans un cadre que baigne et embellit la divine clarté. Faites-le à la fois pour la santé de votre corps et pour celle de votre esprit. Faites-le pour que votre pensée soit plus lucide et plus féconde ; faites-le pour être meilleur ; faites-le pour vivre dans la quiétude et travailler dans la joie.

Le Gérant : A. ROUZAUD CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 2 LE NUMÉRO : 50 Centimes 11 JANVIER 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Travaux originaux

L. CORNIL, R. DE VERNEJOUL, H. LLUCIA et J.-E. PAILLAS : La leucémie aiguë monoblastique. Ses rapports avec l'infection 49

M.-H. PAILLARD : Pneumothorax suffocant. Empyème de nécessité. Pleurésie pulsatile 54

Revue de Presse parisienne 63

Revue de Presse étrangère par J. Lafont 67

Sociétés savantes

Académie de Médecine 71

Société de Médecine de Paris 72

Notes cliniques et thérapeutiques ... 72

Nouvelles 43

Echos et Glanures 46 60 75



NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Questions d'actualité anatomo-pathologiques.* Le cours du Professeur Roussy recommencera le samedi 11 janvier, à 16 heures.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GRANDE CHANCELLERIE. — *Au grade d'officier.* — M. le Docteur Loiseau, chef de service à l'Institut Pasteur, médecin des maisons d'éducation de la Légion d'honneur.

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Docteurs Barozzi (de Bordeaux), Branère (de Pontonx-sur-Adour).

GUERRE. — *Au grade de commandeur.* M. le Docteur Frizac, ancien médecin lieutenant-colonel.

(Réserve). *Au grade de commandeur.* — M. le médecin colonel Nobécourt.

COLONIES. — *Au grade d'officier.* — MM. les Docteurs Lalung-Bonnaire, médecin inspecteur de l'assistance médicale, en retraite ; Martin (de Saint-Paul, Réunion).

Au grade de chevalier. — M. le Docteur Poirrier (A. O. F.).

Concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 10 février 1936, à 9 heures du matin, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de santé), de 11 à 17 heures, du lundi 13 au mercredi 22 janvier 1936 inclusivement.

Concours pour la nomination à deux places d'électro-radiologiste des hôpitaux. — Ce concours sera ouvert le lundi 16 mars 1936, à 16 heures, à la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui désireront prendre part à ce concours, devront se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration, (3, avenue Victoria), tous les jours (les dimanches et jours de fêtes exceptés) de 11 à 17 heures, du lundi 17 au mercredi 26 février 1936 inclusivement.

Conférences du dimanche. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1935-1936, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, au grand Amphithéâtre de l'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris, 26, boulevard Brune. (Autobus : PC, 87, AN, Q, AF, SK). Ces conférences sont publiques et gratuites.

PROGRAMME POUR LE SECOND TRIMESTRE 1935-1936. — 12 janvier. M. Etienne BERNARD : Indications de la thérapeutique chirurgicale dans la tuberculose pulmonaire. — 19 janvier. M. LE LORIER : L'opium et l'hypophyse en obstétrique. — 26 janvier. M. MOULONGUET : Traitement et surveillance des otites aiguës. — 2 février. M. AMEUILLE : L'avenir de la phtisiologie (*projections*). — 9 février. M. ROUHIER : Classification, diagnostic et traitement des infections pelviennes d'origine génitale chez la femme. — 16 février. M. SOULIÉ : La conception actuelle de la circulation coronarienne. — 23 février. M. BABONNEIX : L'hémiplégie infantile (*projections*). — 1er mars. M. SAINTON : Les obésités prépubérales. — 8 mars. M. DESMAREST : Importance de la notion de terrain en chirurgie. — 15 mars. M. J. HUBER : Immunité et prévention contre les maladies infectieuses chez le nourrisson. — 22 mars. M. PIERRE-BOURGEOIS : Poussées menstruelles chez les tuberculeuses. — 29 mars. M. CAROLI : Données nouvelles sur le traitement médico-chirurgical des ictères.

Société de radiologie médicale de France. — *Bureau de la Société pour* 1936. — Président : M. le Docteur Paul Barbois ; vice-président : pour Paris, M. le Docteur Mahar ; pour la province, M. le Docteur Dupeyrac (Marseille) ; secrétaire général : M. le Docteur A. Dariaux ; trésorier : M. le Docteur Nadal ; secrétaires des séances : MM. les Docteurs Serrand et Morel-Kahn ; membres du Conseil : MM. les Docteurs Aime, Guénaux et Bourguignon.

Vacance de poste de directeur du bureau d'hygiène de Bordeaux. — La vacance du poste de directeur du Bureau municipal d'hygiène de Bordeaux est déclarée ouverte.

Aux termes du décret du 30 octobre 1935, les directeurs des Bureaux municipaux d'hygiène doivent être nommés par le ministre de la Santé publique et de l'Education physique sur proposition du maire et parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Par application de cette disposition et de la Circulaire ministérielle du 23 mars 1906, les candidats à ce poste ont un délai de vingt jours, à partir du 24 décembre 1935, jour de la publication au *Journal officiel*, pour adresser au ministère de la Santé publique et de l'Education physique (Direction de l'Hygiène et de l'Assistance, 6e bureau), leur demande accompagnée de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou fonctions antérieures.

Ils devront justifier de la qualité de Français et produire une copie certifiée conforme de leurs diplômes, en particulier du diplôme d'Etat de docteur en médecine, leur acte de naissance ainsi qu'un extrait de leur casier judiciaire.

Le traitement annuel est fixé de 30.000 à 39.000 francs avec des échelons de 3.000 francs tous les trois ans.

La limite d'âge est fixée à quarante-cinq ans, maximum, compte tenu du temps passé aux Armées.

Le directeur du Bureau d'hygiène n'est pas autorisé à faire de la clientèle.

XVIe Salon des médecins et du Corps médical. — Le XVIe Salon des médecins, dentistes, pharmaciens et vétérinaires aura lieu du 2 au 9 février, à la Galerie Bernheim Jeune, 83, faubourg Saint-Honoré, Paris.

Les exposants ont pu apprécier l'année dernière tout le succès recueilli par cette manifestation et juger de l'intérêt que lui ont porté Presse et visiteurs, après un vernissage présidé par le mi-

nistre de la Santé publique, le ministre d'Etat et les maîtres de l'Académie.

Nous rappelons que les sections peinture, sculpture, art décoratif et photographique seront présentées dans l'une des toutes premières galeries d'art de Paris. D'autre part, une Section nouvelle sera ouverte à l'*Art dans la littérature médicale*. Les journaux et revues médicales dont l'esprit est empreint d'une note artistique auront leur place dans ce groupe.

Aussi, à l'effort fourni par les organisateurs, faut-il que tous les confrères qui ont participé irrégulièrement aux expositions antérieures, répondent cette année par leur adhésion.

La clôture des inscriptions est fixée au 10 janvier 1936.

Pour tous renseignements, écrire au secrétaire général : Pierre-Bernard Malet, 46, rue Lecourbe, Paris (XVe).

Le nouveau statut des médecins dans le Troisième Reich. — La Chambre des médecins du Reich est définitivement organisée : son caractère est essentiellement corporatif et son chef sera nommé par le « Führer », chef de tout le système corporatif allemand. Le médecin est considéré, même s'il exerce librement, comme « investi d'une mission publique ».

L'obligation du secret professionnel peut être levée dans l'intérêt général. Les honoraires sont fixés d'après un tarif maximum et un tarif minimum par le ministre de l'Intérieur du Reich. Le maximum ne pourra, même avec le consentement du malade, être dépassé, qu'avec l'assentiment de la Chambre des médecins.

Le principe de l'éloignement des non-aryens sera appliqué, mais comportera des exceptions justifiées par la valeur professionnelle et morale.

Les médecins « marrons » seront éliminés sans pitié. (*Radio.*)

Umfia ou Union médicale latine. — Le dîner annuel de l'Umfia sera, cette année, offert en l'honneur de la science médicale et des médecins espagnols.

Ce dîner est fixé au lundi 3 février 1936, au Palais d'Orsay, à 20 heures très précises, sous la présidence de Son Excellence de Cardenas y Rodriguez de Rivas, ambassadeur d'Espagne à Paris, assisté de MM. les Professeurs Maranon, de Madrid, et Portmann, sénateur de la Gironde.

Prière d'envoyer les inscriptions au siège social de l'Umfia ou Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris (XVIe) en y joignant chèque ou mandat-carte représentant le prix du dîner, soit 50 francs par personne (service compris).

Société française de gynécologie (95, rue du Cherche-Midi, Paris, VIe). — Ve *Congrès français de gynécologie.* — Le Ve Congrès organisé par la Société française de gynécologie aura lieu à Paris du 18 au 21 mai 1936.

La question à l'ordre du jour est « *La stérilité féminine* ».

Cinq rapports seront présentés : 1° Considérations générales sur la stérilité féminine, Indications de la lutte contre la stérilité, par M. André Binet (Nancy). — 2° La physiologie de la fécondation et de la nidation par M. Champy (Paris). — 3° Etude clinique et étiologique de la stérilité féminine, par M. Jean Séguy (Paris). — 4° Le traitement médical et chirurgical de la stérilité féminine, par M. André Chalier (Lyon). — 5° Les traitements physiothérapiques et thermaux, par M. Favreau (Lille).

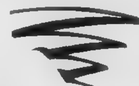
Des séances opératoires, des visites de services hospitaliers et de laboratoires, des excursions, fêtes et réceptions compléteront le programme de ce Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Docteur Maurice Fabre, secrétaire général, 6, rue du Conservatoire, à Paris (IXe).

Médaille du Docteur F. Jayle. — Les amis, collègues et élèves du Docteur F. Jayle, désireux de rendre hommage à sa grande activité scientifique en même temps qu'à son dévouement aux Œuvres de défense ou de solidarité professionnelles, ont décidé de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au sculpteur de Hérain.

Une souscription a été ouverte à cet effet. Tout souscripteur d'une somme du minimum de 100 francs aura droit à un exemplaire de la médaille.

Prière d'envoyer les souscriptions par chèque, chèque postal (Paris 599), ou mandat, au Trésorier de M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).



Echos et Glanures

Le cinéma et la chirurgie. — *De M. René Jeanne dans la* REVUE DES DEUX MONDES (15 déc. 1935) : QUARANTE ANS DE CINÉMA :

... Ce n'est pas seulement pour les sciences physiques et naturelles que le cinéma est un précieux collaborateur, la médecine et la chirurgie lui doivent, elles aussi, beaucoup. C'est le Docteur Doyen qui, bien avant la guerre, eut le premier l'idée d'utiliser le cinéma à des fins médicales et chirurgicales. La guerre ne fit qu'élargir ce nouveau champ ouvert à l'appareil de prise de vues cinématographiques et les opérateurs de la section photographique et cinématographique de l'armée campèrent leurs appareils dans les salles d'opérations et filmèrent les opérations les plus délicates. Aujourd'hui, M. Jean Benoit-Lévy s'est fait une réputation bien méritée en réalisant toute une série de films sur les opérations les plus délicates pratiquées par les plus célèbres chirurgiens. Ces films projetés devant les étudiants sont des démonstrations, beaucoup plus précises, beaucoup plus probantes que les opérations elles-mêmes, et il n'est pas rare de voir un chirurgien améliorer sa technique après avoir assisté à la projection — répétée autant de fois qu'il est nécessaire — d'un film reproduisant une de ses interventions.

Enfin, il convient de citer ici M. Jean Painlevé qui a réalisé des films microcinématographiques des plus intéressants et qui a réussi à donner à ces films un attrait spectaculaire assez vif pour qu'ils puissent prendre place dans les programmes des établissements publics de projection cinématographique. Son film sur les hippocampes est, à cet égard, une sorte de petit chef-d'œuvre. Grâce à un appareil qu'il a inventé, M. Jean Painlevé peut se promener au fond de l'eau et y « tourner » des films à peu près aussi facilement que sur la terre ferme.

Un mari a-t-il le droit d'ouvrir les lettres de sa femme lorsque celle-ci est docteur en médecine ? — *Lu dans le* MIROIR DU MONDE :

Le cas vient d'être jugé à Toulouse et, ma foi, le divorce fut accordé à la demanderesse. Mme X..., médecin, avait interdit à son mari non médecin, lui, de violer le secret de sa correspondance. Mais le mari passa outre à cette injonction. Le Tribunal a conclu :

« Que la personnalité d'une femme exerçant le métier de médecin devait être respectée et que nul n'a le droit, pas même son mari, de pénétrer dans le domaine exclusif de la médecine ».

Tout n'est pas drôle dans la situation de mari d'une disciple d'Esculape, on le voit. Il est vrai que l'on a la ressource d'être bien soigné. Du moins on le présume !

TRAVAUX ORIGINAUX

La leucémie aiguë monoblastique. Ses rapports avec l'infection

Par

L. CORNIL
Professeur à la Faculté

R. DE VERNEJOUL
Chirurgien des Hôpitaux

H. LLUCIA, J.-E. PAILLAS
Internes des Hôpitaux
(Marseille)

L'existence des leucémies monocytaires, qui n'offrait après les publications initiales, qu'un intérêt de curiosité, pose, à la suite des récents travaux sur le système réticulo-endothélial, un problème complexe qui, par son intérêt doctrinal, se place au premier rang des multiples aspects de l'hématologie contemporaine. S'il est habituel de reconnaître à Reschbad et Schilling la paternité de la première observation (1913), il est infiniment probable qu'avant eux furent entrevus des faits comparables qui n'avaient pas été situés dans leur véritable cadre.

C'est à Merklen et Wolf que revient le mérite d'avoir, en 1928 colligé les diverses publications éparses dans la littérature. Les confrontant ensuite avec leurs observations personnelles, ils édifièrent d'emblée le chapitre des leucémies à monocytes, leur décrivant une expression clinique, un substratum anatomique, une image hématologique.

Dès lors, les travaux français et étrangers relatifs à cette question nouvelle, se multiplient, et le nombre de cas publiés dépasse actuellement la trentaine. Nous ne les rappellerons pas ici, nous réservant dans le cours de ce travail de citer les auteurs dont les observations permettent d'adjoindre quelques commentaires à celle que nous avons étudié.

Dès l'abord, il importe de bien délimiter les frontières de la leucémie à monocyte. Suivant Merklen et Wolf cette affection présente « l'*aspect clinique* habituel des leucémies et participe à leur évolution progressive et fatale, entrecoupée parfois de rémissions spontanées ou provoquées. Elle se spécifie *hématologiquement* par un pourcentage leucocytaire élevé, prédominant ou exclusif, de monocytes avec formes embryonnaires ou peu évoluées. Elle se caractérise *anatomiquement* par une prolifération du système réticulo-endothélial, isolée ou associée à la prolifération d'autres centres hématopoïétiques ».

Il semblait donc, en raison de la netteté et de la rigueur de la définition initiale, qu'on ne pouvait appliquer le terme de leucémie à monocytes, qu'à des faits particulièrement démonstratifs. En réalité, des auteurs suivants s'égarèrent en intégrant dans ce cadre cependant étroit, des observations disparates qui n'avaient comme lien d'union entre elles que la présence dans le sang circulant de monocytes, mais non pas en quantité telle qu'ils soient, suivant la condition expresse formulée par Merklen et Wolf « prédominants ou exclusifs ». Aussi bien la réaction contre l'extension trop grande donnée au terme original se fit-elle rapidement sentir, de façon si intense même, qu'elle dépasse bientôt son but et que Naegeli en arrive à dénier l'existence même de la leucémie à monocytes. Il semble bien cependant que l'existence, rare à la vérité, des leucémies monocytaires, ne puisse être mise en doute, si l'on en croit l'analyse objective de cas comparables à celui que nous apportons ici.

Par ailleurs suivant la conception initiale de Merklen et Wolf, qui a été confirmée par des publications ultérieures, il y a lieu de distinguer deux types de leucémies à monocytes, différents par leur évolution clinique et leur substratum histo-hématologique.

Tout d'abord *la leucémie chronique* dont l'existence même a donné lieu à des critiques bien exposées dans le récent mémoire d'Oberling et Guérin, et dont J. Marchal avec ses collaborateurs ont cependant rapporté une douzaine d'observations. Elle se caractérise par une évolution lente avec possibilité d'une très longue rémission, par l'hyperplasie réticulo-endothéliale des organes hématopoïétiques et par de la leucocytose avec monocytose prédominante. La différence essentielle avec la forme aiguë, réside en dehors de la rapidité de l'évolution, dans l'image histo-hématologique.

Dans la leucémie chronique, le sang circulant contient un nombre considérable de grandes cellules dont le diamètre varie de 10 à 20 μ., dont le noyau rond, ovale ou légèrement échancré, le plus souvent excentrique, de teinte pâle, contient un fin réseau chromatinien. Le protoplasma est large, bien étalé, faiblement basophile ; il renferme parfois des granulations azurophiles en paillettes : ce sont des *monocytes*.

Au contraire dans la *forme aiguë*, les cellules de dimensions à peu près comparables, présentent un volumineux noyau très pâle, d'allure spongieuse, grillagée, qui contient un à deux nucléoles très réfringents, rarement davantage. Les contours en sont parfois réniformes, mais parfois aussi plus irréguliers, polyédriques, presque bourgeonnants, échappant même à toute description. Le protoplasma, large, bien étalé, d'allure endothélioïde, à contours polycycliques est excessivement mince ; il se replie parfois sur lui-même « en feuille de papier à cigarette ». Il est nuageux, de teinte grisaille et renferme plus rarement des granulations. Ce sont des éléments jeunes, presque embryonnaires ; des *monocystoblastes* ou mieux encore des *monoblastes*.

Dans les deux types de leucémie, il existe une hyperplasie réticulo-endothéliale considérable.

Mais alors que dans la forme chronique la réaction tissulaire aboutit à la prolifération réticulocytaire et endothéliale avec mobilisation des histiocytes et élaboration de monocytes, la forme aiguë se traduit par une hypergénèse cellulaire avec polymorphisme considérable aboutissant à la libération des différents éléments figurés du sang, alors qu'ils sont encore à un stade embryonnaire, éléments parmi lesquels prédominent les monoblastes. Il semble donc, que l'on doive envisager la leucémie monocytaire aiguë, comme une réticulo-endothéliose diffuse et qu'on puisse établir un parallèle rigoureux avec les autres variétés de leucémies aiguës à lymphoblastes et à myéloblastes. De même que dans les deux derniers cas le processus leucémique ressortissait à une reviviscence embryonnaire du système hémopoïétique primitivement différencié en lymphoblastes et myéloblastes, ici nous assistons à une véritable homoplasie regressive du système réticulaire. Celui-ci auquel est départi en effet le potentiel hématopoïétique, donne naissance à la suite de la reviviscence embryonnaire aux diverses lignées sanguines, mais surtout à celle dont il constitue habituellement le moule formateur : la lignée monocytaire. Aussi bien nous paraît-il plus judicieux de dénommer la leucémie monocytaire aiguë *leucémie monoblastique*, assignant ainsi à cette maladie une place à côté de formes myéloblastiques et lymphoblastiques, dans le code général de la leucémie aiguë.

Cette pathogénie de la leucémie monoblastique pourrait paraître s'appuyer sur une pétition de principe à savoir l'origine histiocytaire des monocytes, si nous n'avions en faveur de cette conception de l'hématopoïèse, outre les beaux travaux de Dominici d'Aschoff, de Pappenheim, les images histologiques du cas que nous rapportons ici, images

sur lesquelles il nous a été donné de suivre pas à pas, comme sur un véritable « film », la tranformation progressive des histiocytes en monocytes et en monocytoblastes.

OBSERVATION. — Ménal..., âgé de 36 ans, sujet Italien, est hospitalisé à l'Hôtel-Dieu, salle Moulaud, le 16 novembre 1933. Ses antécédents ne présentent rien de particulièrement notable. Marié, sa femme est en bonne santé, il n'a pas d'enfants. Luimême a contracté une bronchite un an auparavant, rapidement guérie ; il ne se connaît pas de maladie vénérienne, il nie tout éthylisme.

Vers le 15 octobre 1933, c'est-à-dire un mois avant l'entrée à l'hôpital, des furoncles apparaissent sur les deux membres inférieurs, et se compliquent d'adénites inguinales qui suppurent et se fistulisent du côté gauche. Quelque temps après, une adénopathie sous-maxillaire droite se transforme en un adénophlegmon qui nécessite l'hospitalisation.

L'examen du 16 novembre nous met en présence d'un malade remarquable par sa pâleur. Un volumineux adéno-phlegmon sous-maxillaire, de consistance ligneuse, s'étend sous la branche horizontale droite du maxillaire et franchissant la ligne médiane, déborde sur le côté gauche. Les dents sont toutes saines, sans carie apparente. Au niveau des membres inférieurs, on constate la présence des cicatrices des furoncles antérieurs. Il n'y a pas d'adénopathie inguinale droite, mais à gauche, il existe une fistule ganglionnaire. Les autres territoires lymphatiques sont indemnes.

Le 17 et le 19 novembre, on pratique une injection de « propidon » qui ne s'accompagne pas de réaction fébrile. La température se maintient à 39°.

Le 30 novembre, l'abcès s'étant fistulisé durant la nuit, on fait sous anesthésie, au chlorure d'éthyle, une longue incision sous-mentonnière qui permet l'issue de un quart de litre de pus franc bien lié.

Le 21 novembre, la température est en baisse (37°6) mais le 22, elle remonte à 38° et le 23, on fait une nouvelle injection de propidon.

Le 24 novembre, l'état général est stationnaire, la température est à 38°8. De chaque côté du cou, on perçoit à la palpation, de volumineux ganglions durs et douloureux, sans péri-adénite, siégeant le long des chaînes carotidiennes.

Le 25 novembre, une radiographie du maxillaire inférieur ne révèle pas de lésions osseuses.

Le 26 novembre, un ganglion rétro-maxillaire gauche est en voie de ramollissement.

Le 27 novembre, un examen de sang (Docteur Antoniotti) donne les résultats suivants :

G. R.	2.139.000
G. B.	40.300

Fourmule leucocytaire :

Poly-neutro	9
Myélo-neutro	2
Lymphocytes	24
Formes de transition	8
Monocytes	18
Monoblastes	31
Cellules indifférenciées	8

Hématies nuclées 4 %. Anisocytose et poïkilocytose marquée. Légère chromatophilie.

Le 28 novembre, adénites de la région inguinale droite avec périadénite. Dans la profondeur de la fosse illiaque gauche, on perçoit une masse volumineuse dure et douloureuse. Les champs axillaires et jugulaires sont le siège de poly-adénopathies ; il existe également une hypertrophie modérée des ganglions occipitaux. Une radiographie thoracique précise l'existence d'ombres hilaires et l'obscurcissement de l'espace rétro-cardio-aortique. La rate est percutable sans être palpable.

Il semble que les hypertrophies ganglionnaires se produisent par poussées successives ; la température n'est qu'à 38° 1 ce jour-là.

Le 2 décembre, toutes les chaînes ganglionnaires accessibles à l'exploration clinique sont envahies. Les ganglions sont d'abord gros, durs, douloureux ; ils évoluent ensuite vers la suppuration. Le ganglion rétro-maxillaire gauche est nettement fluctuant. Par *ponction aseptique*, on retire 4 centimètres cubes de pus bien lié, couleur purée de pois, dans lequel l'examen direct met en évidence, des *polynucléaires intacts* et de *nombreux staphylocoques*. La culture du pus confirme également l'existence de ces germes. Par contre, l'hémoculture est négative.

Le 4 décembre, les masses inguinales droites et rétro-maxillaires gauches se fistulisent.

Sous anesthésie locale à la syncaïne, on pratique une biopsie ganglionnaire au niveau de la chaîne thoracique externe gauche à la hauteur du mamelon et à quatre travers de doigts en dehors de lui. On en lira les résultats ci-après.

Ce même jour, on constate une stomatite avec pyorrhée alvéolo-dentaire.

Le soir du 4 décembre, le décès survient dans l'adynamie.

Pendant les deux dernières semaines, de cette évolution, la température s'est progressivement abaissée, de telle sorte que la température préterminale était seulement de 37° 2. La nécropsie a été impossible par suite de l'opposition de la famille.

Examen histologique

La coupe intéresse la totalité du ganglion. L'ordination folliculaire et sinusale est très modifiée, en ce sens que le ganglion n'est plus constitué que par une plage cellulaire homogène. Cependant, on peut reconnaître en certains points de la corticale des ébauches de follicules dans lesquels le centre clair a subi un développement considérable ; la zone lymphoïde est réduite à une mince couronne.

Le centre germinatif est constitué par des images cellulaires extrêmement polymorphes : grandes cellules à noyau clair dont la chromatine est finement granuleuse, et qui renferme un à deux nucléoles réfringents, à protoplasma basophile granuleux; myélocytes à chromatine hypercolorable et condensée en granulations épaisses, lymphoblastes clairs et volumineux, lymphocytes et polynucléaires, mais surtout, grands réticulocytes, pâles, à prolongements rameux, fins et anasmotiques, dont les noyaux monstrueux sont multilobés et parfois en mitose. Il existe également quelques lacunes sinusales qui renferment des globules rouges, dont le pigment se retrouve parfois à distance au milieu des plages de réticulose. La trame réticulaire est excessivement fine et délicate.

La couronne périphérique des follicules clos est constituée par des cellules plus évoluées de type agranuleux monoblastes, à protoplasma relativement abondant ; le noyau moins chromophile que dans les lymphocytes, est plus ou moins lobé.

La partie médullaire du ganglion possède également une image histologique extrêmement polymorphe. Mais ici la réticulose prédomine. Sur une trame fibrillaire ténue se disposent des histiocytes peu évolués, à noyau bourgeonnant et pâle à protoplasme étendu, dont les limites sont diffuses.

Il existe un grand nombre de cellules endothéliales proliférantes, qui circonscrivent des lacunes vasculaires néoformées. Les éléments giganto-cellulaires sont extrêmement nombreux, qu'ils soient formés aux dépens des réticulocytes ou aux dépens des cellules endothéliales. Leurs limites sont en général imprécises, et leurs noyaux bourgeonnants. Surajoutées à cette hyperplasie réticulo-endothéliale, qui forme le fond de la préparation, se disposent quelques cellules de la lignée lymphoblastique ou myéloblastique en moins grande abondance que dans les centres clairs des follicules clos.

En résumé, le tableau histologique des ganglions examinés est constitué essentiellement par une réticulo-endothéliose aiguë, sans travées scléreuses,

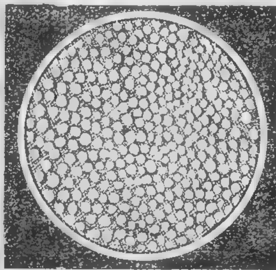
Cette observation se résume donc ainsi :

Un homme âgé de 37 ans, est atteint de furonculose rapidement compliquée de suppuration ganglionnaire régionale. Puis, apparait un volumineux adénophlegmon sous-maxillaire, auquel fait suite une hypertrophie généralisée du système lymphatique. Au fur et à mesure de leur apparition, les adénopathies évoluent vers la suppuration. Le décès survient dans l'adynamie huit semaines après le début apparent. Entre temps, l'examen du sang avait montré qu'il s'agissait d'une leucémie aiguë monoblastique, et l'examen aseptique du pus d'un ganglion avait mis en évidence du staphylocoque.

***

LORAGA

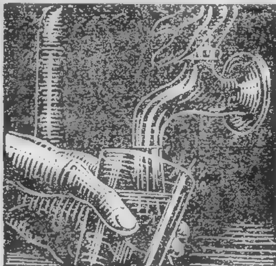
Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine



Goutte de Loraga dans laquelle on se rend compte de la ténuité et de la régularité des globules d'huile de paraffine, constituant une véritable émulsion très homogène

Régulateur physiologique de l'intestin

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.



Pour les malades aimant absorber leur médicament dans de l'eau : une cuillerée à soupe de Loraga dans un verre, ajouter de l'eau et boire le tout.

INDICATIONS : Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.



Pour les enfants qui répugnent, par principe, à prendre des médicaments : une ou deux cuillerées à café dans du lait.

TOLÉRANCE PARFAITE - AUCUNE ACTION SECONDAIRE
PAS D'ACCOUTUMANCE NI DE SUINTEMENT HUILEUX

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS



"Une émulsion doit couler aisément" dit le bon pharmacien. Le Loraga satisfait à cette exigence sous tous les climats.

LABORATOIRES SUBSTANTIA
M. GUÉROULT, Pharmacien
13, Rue Pagès
SURESNES (Seine)





Nous fondant sur l'observation précédente, ainsi que sur les travaux antérieurs, notamment, ceux d'Ewald (4), Ewald Frehse et Hennig (5), Merklen et Wolf (2), Farrar et Cameron (6), Andréoli et Fourest (7), Grenet, Levent et Isaac Georges (8), Weissenbach, Bourdillon, Martineau et David (9), M. Labbé, Boulin et Balmus (10), G. Marchal, Mlle Brun et Grupper (11), il nous est permis d'esquisser l'*étude clinique et anatomique* de la leucémie monoblastique.

L'affection débute parfois à la suite de circonstances étiologiques spéciales, infectieuses en particulier, dont nous ferons état plus loin. Il ne paraît pas exister une prédominance suivant le sexe, non plus que suivant l'âge. Cependant si nous connaissons des cas survenus chez l'enfant (Grenet, Levent et Isaac Georges) (8) nous n'en avons pas relevé chez des malades âgés.

Les premières manifestations peuvent s'installer de façon brusque et rapide, marquées par des signes hémorragiques (purpura, épistaxis, gingivorragies), par des ulcérations buccopharyngées à type d'angine nécrotique, d'abcès dentaire et de gingivite ulcéro-nécrotique. Dans d'autres cas le début est plus insidieux marqué par des signes généraux, fatigue, inappétence, pâleur des téguments, des muqueuses, tous signes qui peuvent en imposer pour une anémie pernicieuse.

Dès ce stade, la fièvre est constante, plus ou moins accusée. Son intensité est sans doute en relation avec l'étiologie de la leucémie, mais aussi avec les infections secondaires locales surajoutées (stomatites, gingivites).

La période d'état coïncide avec la constitution d'un syndrome constitué par trois termes essentiels : signes d'ordre infectieux, symptômes hémorragiques, signes tirés de l'examen du système hématopoïétiques et des éléments figurés du sang.

Les manifestations liées à l'infection sont communes à toutes les grandes pyrexies (fièvre, abattement adynamie, tachycardie...) à toutes les septicémies ; elles n'ont pas de caractères bien particuliers, mais elles servent à situer la maladie dans son allure clinique.

Le processus hémorragique se traduit par l'existence d'épistaxis, de gingivorragies, de métrorragies chez les femmes, de purpura, de pétéchies. Le signe du lacet est positif, le temps de saignement et de coagulation prolongés, le caillot plasmatique est irrétractile. Bien souvent d'ailleurs, le syndrome hémorragique n'est pas aussi manifeste et les tests sanguins demandent à être précisés.

Le système hémo-lymphopoïétique traduit son atteinte par l'hypertrophie généralisée et progressive des ganglions lymphatiques, par la splénomégalie. Cette hypertrophie cependant n'est pas aussi considérable que celle qu'on retrouve dans les leucémies chroniques, lymphoïdes, myéloïdes ou monocytaires. La rate est moyennement hypertrophiée mais assez rarement palpable. Il n'y a pas de périadénite, à moins que les ganglions ne suppurent, comme le fait s'est produit dans notre observation personnelle.

L'examen hématologique montre de façon constante une anémie grave : de 1 à 3 millions de globules rouges.

Le chiffre des plaquettes est généralement abaissé autour de 100.000.

Le nombre de globules blancs enfin, s'il est habituellement élevé, ne dépasse que rarement 50.000 par millimètre cube. Cependant dans l'observation de Forkner (12), il s'est élevé à 364.000. La formule leucocytaire est caractéristique, car elle montre la présence « de façon exclusive ou prédominante » de monocytes jeunes dans le sang circulant. C'est ainsi que Farrar et Cameron (6) ont rapporté un cas qui évolua en trois poussées successives : Au début il existait 40.000 monocytes par millimètre cube ; sur la fin qui survint 27 semaines après le début, on pouvait compter 180.000 monoblastes. Dans l'observation d'Andréoli et Fourest (7), il y avait 89 % de monocytes et monoblastes.

Le chiffre de monocytes et monoblastes réunis fut considérable dans le cas de Weissenbach, Bourdillon, Martineau et David (9), puisque la veille de la mort, il s'élevait à 98 %.

Parfois il existe un équilibre relatif entre les monocytes adultes (18 % dans notre observation) et les monoblastes (36 %), d'autres fois les monocytes cèdent la place aux formes jeunes, parallèlement à l'aggravation évolutive de la maladie. Il en était ainsi dans les observations de M. Labbé, R. Boulin et G. Bolmus (10), de G. Marchal, Mlle Brun et M. Grupper (11), de Sydenstricker et Phinizy (13).

On peut noter enfin la présence d'autres éléments anormaux dans le sang, en particulier des hématies nucléées [6.000 par millimètre cube dans un cas de G. Marchal] (11) et surtout de cellules souches, de cellules indifférenciées [8 % dans notre observation, 47 % dans le cas de Marchal] (11).

L'évolution vers la mort de cette affection est très rapide ; elle se fait en quatre à six semaines, du jour où la leucémie à monoblastes est constituée. Il faut signaler en effet, certaines observations, celle de M. Labbé, R. Boulin et G. Balmus en particulier, où la durée paraît plus longue, car la leucemie aiguë à monoblastes, se greffe sur une forme à monocytes antécédente.

L'examen histologique soit des organes prélevés à l'autopsie, soit uniquement d'un ganglion biopsié, fournit des images à peu près identiques dans le fond, bien qu'elles paraissent au premier abord assez variables. Le substratum essentiel est en effet une hyperplasie réticulo-endothéliale généralisée. Celle-ci se traduit par une prolifération réticulaire importante, justifiant le terme de *réticulose*, et la mobilisation de grandes cellules endothéliales. Les sinus des organes hématopoïétiques, sont encombrés de cellules ayant tous les caractères décrits aux monocytoblastes du sang circulant. Il est souvent permis de suivre ainsi l'élaboration des cellules de la lignée monocytaire aux dépens du système histiocytaire. A côté de cette réticulo-endothéliose aiguë, dont la constatation histologique est pour nous primordiale et capitale dans le diagnostic de la leucémie à monocytoblastes, on relève souvent d'autres lésions qui traduisent l'incitation des autres lignées hématopoïétiques, myélopoïèse ou lymphopoïèse. Il est permis de supposer que ces deux dernières sont les témoins de la différenciation dans l'hyperplasie réticulaire suivant l'un des multiples sens que lui permet son potentiel hématopoïétique total.

De par sa richesse diagnostique et doctrinale, l'examen histologique des organes sanguiformateurs au cours de la leucémie à monoblastes, justifie l'importance que nous accordons à la biopsie ganglionnaire dans le cas particulier. Car s'il peut être souvent assez difficile de reconnaître sur un étalement de sang les monoblastes, il n'en est pas moins vrai que la constatation d'une réticulo-endothéliose à prédominance monoblastique emporte la conviction.

L'étiologie de la leucémie à monoblastes est encore très mal précisée, comme d'ailleurs celle des autres leucémies aiguës. Cependant l'existence dans notre observation personnelle, d'un facteur infectieux spécial ayant entraîné la suppuration des divers champs ganglionnaires atteints, nous incite à émettre quelques considérations pathogéniques à ce sujet.

De notre observation, rapprochons tout d'abord quelques rares données comparables. Donath (14) a signalé un cas d'infection staphylococcique terminé par une leucémie aiguë ; Jungbluth (15) a observé un malade atteint de leucémie lymphatique chez lequel une endocardite streptococcique fut trouvée à l'autopsie. Bacaloglu et Enachesco (15) ont rapporté le cas d'un jeune homme de 20 ans, mort de leucémie lymphoblastique : une hémoculture pratiquée avec du sang obtenu *post-mortem* par ponction cardiaque, met en évidence des streptocoques virulents. Des coupes histologiques permirent de retrouver ce streptocoque dans la plupart des tissus, mais une critique peut être opposée dans ce cas, en raison de la valeur relative d'un examen bactériologique *post-mortem*.

Flandin et Lenègre (17) incriminent une infection locale dentaire streptococcique à l'origine d'une leucémie aiguë. Dans le cas de Brulé, Hillemand, Cottet et Séguier (18) la leucémie aiguë observée paraît consécutive à l'évolution d'un panaris.

C'est surtout à l'observation de M. Labbé, R. Boulin et

G. Balmus (10) que s'apparente le plus celle que nous venons de présenter : il s'agit, en effet, d'une leucémie aiguë à monocytes, associée à une anémie pernicieuse aiguë, et compliquée secondairement de pyodermite généralisée. Le pus des éléments de folliculite contenait du staphylocoque doré : ce même germe fut retrouvé une fois dans le sang, quoique deux autres hémocultures aient été négatives. Cette hémoculture positive conserve toute sa valeur, les causes d'erreur fréquentes par souillure secondaire acquise notamment au passage de l'aiguille dans le tégument porteur de la folliculite devant être ici éliminées.

Enfin tout récemment G. Marchal, Mlle C. Brun et M. Grupper (11) ont rapporté l'observation d'une leucémie monocytaire aiguë dont l'évolution fut consécutive à un phlegmon bilatéral de l'amygdale et qui s'accompagnait d'une hypertrophie thymique, toutes réserves étant faites sur la fréquence des lésions amygdaliennes au début ou au cours des processus leucémiques aigus.

Le débat s'élève si l'on considère *les rapports de la leucémie aiguë et de l'infection en général*. Sans nous arrêter *a priori* à l'argument classique dont la valeur positive est toute relative : « la leucémie aiguë, sent à plein nez l'infection » il nous faut bien rappeler cependant les recherches bactériologiques antérieures.

Sternberg isole du sang de trois leucémiques un streptocoque, qui, inoculé au lapin, provoque une réaction du type leucémique. J.-A. Sicard, H. Roger et L. Kindberg avaient cru devoir admettre comme pathogène, le spirochète isolé par eux dans un cas de leucémie aiguë. Lichley interprétait de même l'association d'une leucémie aiguë à une malaria tandis qu'Obroszow signalait la possibilité de foyers familiaux et même de cas de contagion.

Dans le domaine expérimental, Rist et Ribadeau-Dumas ont montré que la spirillose des poules s'accompagne d'une réaction à cellules embryonnaires. Dominici signale également que les lésions de la leucémie aiguë se rapprochent étrangement de celles que l'on obtient chez l'animal par des infections expérimentales atténuées. Enfin, faut-il voir dans l'action favorable des sels de quinine sur la leucémie transmissible des poules (Oberling et Guérin) un argument en faveur de la nature infectieuse des leucémies ? Quoi qu'il en soit, le facteur infectieux dans le déterminisme de certaines leucémies aiguës ne paraît plus, à l'heure actuelle, devoir être mis en doute. Il semble, en effet, que ces dernières constituent le mode réactionnel hématopoïétique de l'organisme placé dans certaines conditions, devant une atteinte toxique ou infectieuse.

Il en faudrait donc déduire que la leucémie aiguë n'est ni spécifique, ni autonome. Ce que nous connaissons aujourd'hui de la physiologie du système réticulo-endothélial, de ses réactions aiguës, et le fait que l'image histologique du ganglion de notre observation est celle d'une réticulo-endothéliose aiguë sans spécificité particulière, plaident en faveur de cette conception.

Toutefois, les rapports de l'infection staphylococcique et de la leucémie sont, peut-être, plus étroits encore qu'ils ne le paraissent au premier abord.

Il nous suffira, en effet, de faire remarquer que la staphylococcie s'est présentée dans notre cas avec un tropisme particulier pour les ganglions lymphatiques tandis que la réaction monoblastique et même embryonnaire s'observait dans le ganglion biopsié.

Cette notion d'*affinité réticulo-endothéliotropique* se traduisant par une hypergenèse cellulaire qui déborde le cadre numérique habituel, et dont le facteur morphologique exprime aussi la modification qualitative, s'impose à l'esprit comme une interprétation coordonnée.

A défaut d'une valeur démonstrative absolue, cette observation anatomo-clinique, nous a paru en légitimer l'exposé critique.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

1. Merklen et Wolf. — *Revue de Médecine*, t. XLV, p. 153, 1928.
2. Noegeli. — Blutkrakheit und Blutdiagnostic, 5e édition, 1931.
3. Oberling et Guérin. — Les réticuloses et les réticulo-endothélioses. *Le Sang*, 1934, n° 8.
4. Ewald. — *Deutsch. Arch. G. Klin. Med.*, 1923, p. 222.
5. Ewald, Frehse et Henning. — *Deutch. Arch. G. Klin. Med.*, 1923, p. 353.
6. Farrar et Cameron. — *Amer. J. Méd. Sciences*, 1932, p. 763-770.
7. Andréoli et Fourest. — Soc. de Pédiatrie, 11 juillet 1933.
8. Grenet, Levent et Isaac-Georges. — Soc. méd. des Hôp. de Paris, 17 nov. 1933.
9. Weissenbach, Bourdillon, Martineau et David. — *Le Sang*, 1933, p. 370.
10. M. Labbé, R. Boulin et G. Balmus. — Soc. méd. des Hôp., 1er juin 1934.
11. G. Marchal, Mlle Brun et Grupper. — Soc. méd. des Hôp. de Paris, 14 déc. 1934.
12. Forkner. — *Arc. of intern. Med.*, t. 53, p. 1, 1934.
13. Sydenstricker et Phinizy. — *Am. J. Med. Sciences*, 184, p. 770-777, 1932.
14. Donath. — *Wien Kl. Woch.*, n° 46, 1930, p. 1470.
15. Jungbluth. — *Le Sang*, 1931, p. 101.
16. Bacaloglu et Lenègre. — *Le Sang*, 1932, n° 3, p. 233.
17. Flandin et Lenègre. — Soc. méd. des Hôp., 16 février 1934.
18. Brulé, Hillemand, Cottet et Séguier. — Soc. méd. des Hôp., 23 fév. 1934.

Pneumothorax suffocant. Empyème de nécessité. Pleurésie pulsatile

Par **Madeleine H. PAILLARD**,
Interne des Hôpitaux de Clermont-Ferrand
Assistante de Laboratoire à l'Ecole de Médecine

Nous avons observé de 1933 à 1935 un malade âgé de 38 ans qui a présenté la succession des accidents suivants :

1° Pneumothorax tuberculeux, avec forte tension gazeuse et évolution bacillaire sévère ;

2° Pyo-pneumothorax ; persistance prolongée d'une fistule pulmonaire ;

3° Longue sédation ;

4° Accidents terminaux caractérisés par des troubles de suffocation, l'infection secondaire streptococcique du pus, un empyème de nécessité accompagné de pulsatilité (1).

Le début des accidents a eu lieu en octobre 1933. Le malade qui exerçait une profession très active, mais qui se sentait souffrant depuis quelques semaines, a fait brusquement un point de côté gauche violent, une dyspnée intense, et le médecin, immédiatement appelé, a constaté les signes indiscutables d'un pneumothorax total à gauche avec, déjà, refoulement du cœur et du médiastin à droite. Fièvre oscillant entre 39 et 40. Etat général grave. Présence d'abondant bacilles tuberculeux dans les crachats.

Foie congestionné et insuffisant (éthylisme).

Après avoir été vu en consultation par le Professeur Henri Paillard, le malade est transporté sur son conseil, au sanatorium de Durtol où il est soumis aux soins éclairés du Docteur P. Labesse.

La température s'est abaissée peu à peu, mais a mis trois mois avant de retomber à la normale. Le pneumo-

(1) Nous remercions MM. P. Labesse, P. Piollet et H. Paillard qui ont bien voulu nous confier tous les documents utiles à cette étude.

thorax a été naturellement entretenu pour combattre les lésions pulmonaires gauches : il s'est accompagné rapidement d'un épanchement pleural qui a été presque d'emblée purulent ; d'une façon constante, on a eu l'impression de la persistance de la fistule bronchique, le gaz n'ayant aucune tendance à se résorber et la pression étant constamment supérieure à l'unité, même loin des périodes d'insufflation.

D'emblée ou presque, le cœur a été refoulé et le médiastin dévié ainsi qu'on l'observe sur la figure 1. Le poumon gauche est réduit à un moignon insignifiant et masqué par la colonne vertébrale et l'ombre cardio-aortique ; la trachée est fortement déviée vers la droite et on aperçoit son double contour oblique, en bas et à droite, tout à fait en dehors de la colonne vertébrale. Le poumon droit présente simplement quelques ombres hilaires.

Le malade s'est indiscutablement amélioré, malgré la reproduction incessante du liquide qui nécessitait des ponctions tous les quinze jours, ou tous les mois ; la température est tombée ; le poids a augmenté de 4 kgr. ; la dyspnée s'est atténuée et tout permettait de penser qu'une amélioration décisive pourrait être obtenue. Au bout de huit mois, l'apparition de pressions négatives dans la plèvre et la nécessité de réinsufflation permettaient même de penser que la fistule broncho-pleurale était fermée.

Malheureusement, au bout d'un an d'amélioration, c'est-à-dire fin 1934, début 1935, les phénomènes s'aggravèrent à nouveau, la fièvre remonta, la dyspnée s'accrut ; l'évacuation du liquide pleural ne suffit plus pour calmer la dyspnée et on eut l'impression que le pneumothorax devenait réellement suffocant ; c'est après les quintes de toux que la suffocation était maxima, comme si chaque secousse de toux avait introduit dans la plèvre une gorgée d'air supplémentaire ; on comprend véritablement, en voyant ce qui se passait chez ce malade, le terme de pneumothorax à soupape, l'air entrant dans un sens et ne pouvant ressortir dans l'autre.

La radiographie donne l'aspect représenté sur la figure 2 avec le liquide abondant, emplissant en largeur les 2/3 du thorax, avec le refoulement du cœur, la déviation de la trachée et des ombres pulmonaires droites, décelant malheureusement la bilatéralisation des lésions.

Les accidents devaient poursuivre leur marche inexorable ; la température montait, le pus pleural était profondément infecté par le streptocoque ; la dyspnée devenait de plus en plus suffocante ; nous avons vu apparaître de plus l'empyème de nécessité et la pulsatilité.

L'empyème de nécessité s'est fait en avant, entre la 2e et la 4e côte et a donné une masse du volume du poing environ, d'abord non pulsatile, puis manifestement pulsatile.

La pulsatilité a été vue à l'examen radioscopique avant d'être constatée cliniquement ; la surface supérieure du liquide était animée d'ondulations systoliques, et dans l'appareil de Kuss le manomètre subissait des oscillations évidentes du même ordre.

La pulsatilité endopleurale était déjà constatée depuis une quinzaine de jours, lorsqu'elle est apparue à l'extérieur au niveau de l'empyème de nécessité : à ce moment, elle formait à ce niveau une véritable poche anévrysmale extrêmement impressionnante et cependant bien distante du cœur et de l'aorte, car le cœur, comme le montre l'examen radiologique, est situé entièrement à droite de la colonne vertébrale.

Au début, on a soulagé le malade par des ponctions liquides, puis il a fallu le décomprimer par des ponctions gazeuses, lors desquelles le gaz sortait en sifflant. Ces ponctions devaient être renouvelées plusieurs fois dans une même journée. Nous avons, à maintes reprises, mesuré la pression du gaz avec l'appareil de Kuss, nous trouvions : + 28 + 30 + 32 ; au moment des secousses de toux le liquide était projeté hors du manomètre. A un moment donné, nous avons envisagé l'opportunité d'une pleurotomie large, pour éviter les dangers de la surpression ; d'un commun accord, P. Piollet, P. Labesse et H. Paillard l'ont écartée en espérant qu'une amélioration surviendrait tout de même, et en évitant cette porte d'entrée d'infection secondaire qui eût été presque certainement une condamnation à mort.

Pendant ce temps, d'ailleurs, la tuberculose droite continuait à évoluer et le malade a succombé aux progrès de ses lésions tuberculeuses droites, en même temps qu'à son pyo-pneumothorax.

Pendant plus d'une semaine, le malade a conservé un trocart de Kuss au niveau de son empyème de nécessité, pour ne pas être obligé de répéter indéfiniment les ponctions de décompression.

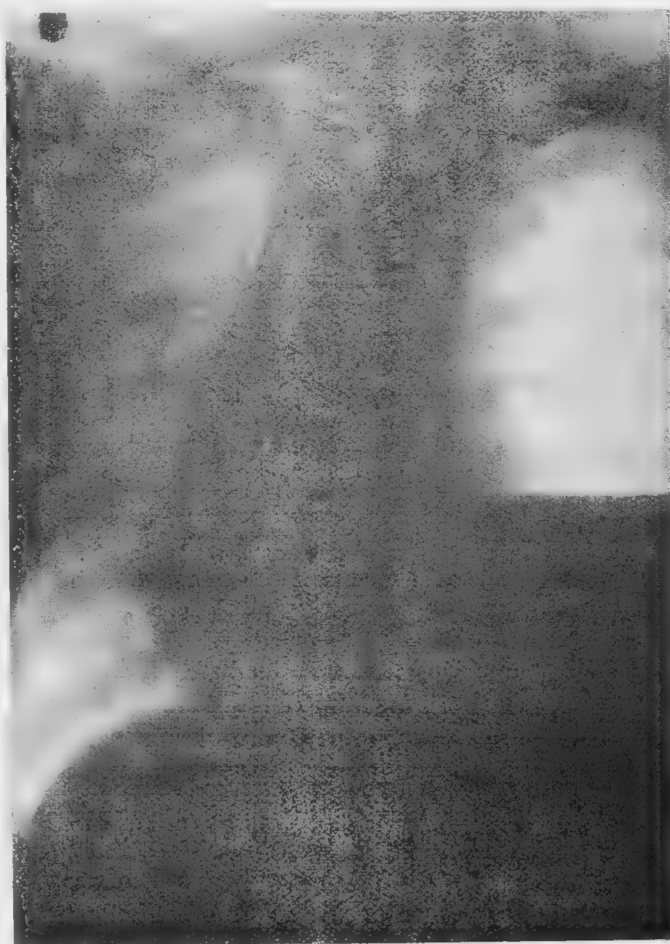


FIG. 1. — Enorme épanchement liquide et gazeux du côté gauche ; refoulement total à droite du cœur, de la trachée et du médiastin.

***

Cette observation appelle plusieurs commentaires, en ce qui concerne la déviation de trachée particulièrement nette ici, le caractère suffocant du pneumothorax, la pulsatilité.

Ce sont ces trois points que nous voudrions passer en revue.

1° Les déviations de la trachée

Elles ont été fréquemment observées au cours de la tuberculose pulmonaire et ont fait l'objet de divers travaux énumérés ci-dessous (1).

(1) WEBB, FORSTER et GILBERT. — Trachea position. *Journal of the Amer. Med. Assoc.*, T. LXV, 1915, p. 1017.

P. ARMAND-DELILLE, P. HILLEMAND, C. LESTOCQUOIS et L. MALLET. — Les déviations de la trachée dans la tuberculose pulmonaire chroni-

Il peut s'agir de *déviations de refoulement* comme dans le cas que nous rapportons ici, ou de *déviation de rétraction* comme Armand-Delille, Rist, Laubry en ont rapporté des faits.

Ces images doivent évidemment être connues des radiologistes et des cliniciens.

2° Le pneumothorax suffocant

Ce sujet a été longuement étudié, mais il n'est pas d'étude plus pénétrante que celle faite par M. Antoine Béclère (1) dont nous suivrons pas à pas la description.

Après avoir rappelé qu'il peut s'agir d'une soupape vraie ou d'un petit pertuis dont les bords s'accolent facilement, A. Béclère poursuit :

« L'une ou l'autre des diverses dispositions anatomiques que je viens de rappeler est nécessaire au développement du pneumothorax à soupape ; aucune d'elles cependant ne suffit à la manifestation clinique de cette variété de pneumothorax. Cliniquement, le pneumothorax à soupape existe seulement lorsque l'air contenu dans la cavité pleurale y est accumulé à une tension plus grande que la pression atmosphérique.

Pour que cette accumulation se réalise, il est en outre indispensable que le malade tousse, et plus exactement qu'il tousse avec effort. Comme l'a montré M. Bouveret, c'est seulement pendant l'effort, spécialement pendant les efforts de toux, que la pression intrabronchique sur passe la pression atmosphérique au point de permettre l'introduction d'une nouvelle quantité d'air dans une cavité pleurale où déjà la pression est supérieure, tout au moins égale à celle de l'atmosphère. Si le malade ne fait pas d'efforts de toux, en dépit de la disposition en soupape de la perforation pulmonaire, l'air des bronches passe dans la cavité pleurale mais il ne peut s'y accumuler à une tension plus grande que la pression atmosphérique. Sans efforts de toux, on peut dire qu'il n'existe pas cliniquement de pneumothorax à soupape.

Ainsi le développement du pneumothorax à soupape dépend essentiellement de deux conditions, la première d'ordre anatomique que nous sommes incapables de modifier, la seconde d'ordre fonctionnel qu'il est au pouvoir de la thérapeutique d'atténuer, sinon de supprimer. »

La persistance de la fistule pleuro-pulmonaire ne donne pas toujours lieu à des accidents de suffocation ; au cours de ces dernières années, on a essayé de mettre en évidence les fistules peu apparentes et, cela, spécialement au cours du pneumothorax thérapeutique ; il ne s'agit plus ici de pneumothorax suffocant, mais de physiopathologie des fistules bronchopleurales ; nous ne sortons donc pas de notre sujet.

Burnand (2), le regretté Professeur Bard (3), F. Tobé et J. Terrasse (1), le regretté Professeur Léon Bernard et ses collaborateurs F. Coste et J. Valtis (2), ont publié sur cette question d'intéressants travaux, tendant à mettre en évidence les petites fistules broncho-pulmonaires.

Dumarest (d'Hauteville), complétant des travaux antérieurs de Bard, a montré qu'un des meilleurs signes d'une fistule latente était le suivant : on soustrait au pneumothorax quelques centaines de centimètres cubes de gaz avec l'appareil de Küss (servant ici d'aspirateur au lieu de servir d'insufflateur) ; la pression pleurale baisse à la suite de cette soustraction ; mais elle remonte rapidement s'il y a fistule broncho-pulmonaire, même minime.

***

Au temps où A. Béclère étudiait le pneumothorax à soupape, on ne possédait pas d'appareil permettant de prendre, avec précision, la pression intrapleurale comme le fait le manomètre de Küss par exemple. Mais Béclère

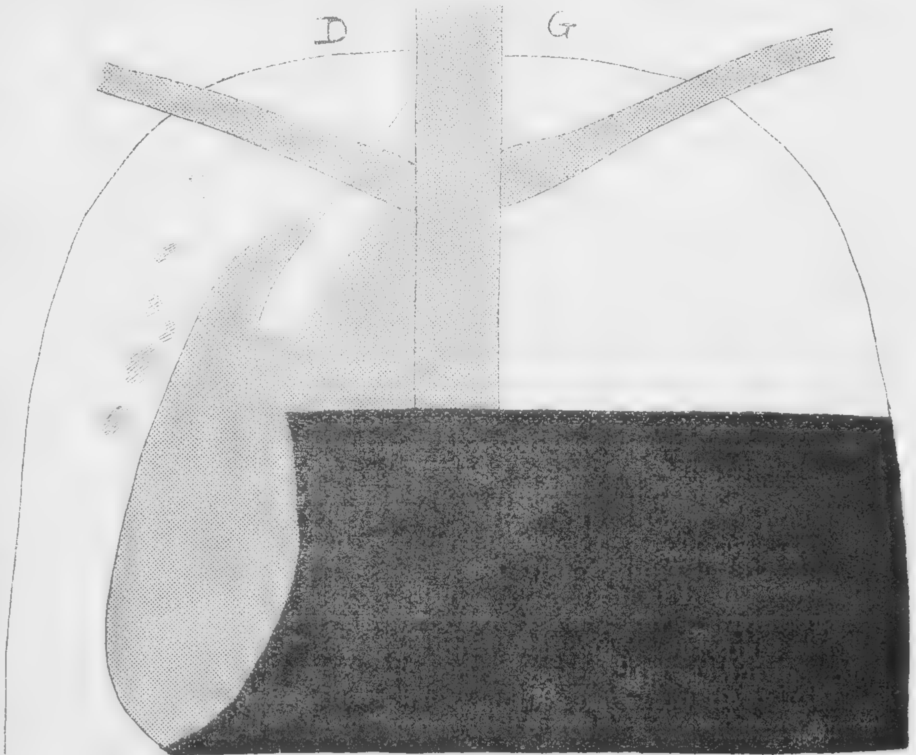


Fig. 2. — Calque de la radiographie un mois avant la mort ; on voit l'énorme épanchement pleural gauche avec le refoulement extrême du cœur et de la trachée (cette dernière apparaît, en clair, derrière la clavicule droite et la base du cœur.)

avait imaginé un appareil très simple que l'on peut encore recommander aux médecins qui n'ont pas à leur disposition immédiate un appareil à pneumothorax thérapeutique. L'appareil de Béclère (Fig. 3) se compose : d'une aiguille A, d'un tube de caoutchouc T auquel fait suite un tube de verre T' et d'une éprouvette E aux deux tiers remplie d'eau. Ces différents éléments sont agencés ainsi qu'il est indiqué sur la figure 3. Lorsqu'on introduit l'aiguille dans la plèvre où le gaz est surcomprimé, le gaz s'échappe par bulles serrées à travers l'eau de l'éprouvette ; lorsque la pression est devenue, dans la plèvre, égale à la pression atmosphérique, on voit le liquide subir, dans le tube de verre, des mouvements d'oscillation comme dans un manomètre de Küss.

que. *Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1921, p. 1695. Voir aussi la *Presse Médicale*, 25 février 1922, p. 165.

Ch. Laubry et S. Bloch. — Déviations trachéales dans les pneumopathies chroniques. *Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1921, p. 1705.

E. Rist et F. Hirschberg. — Deviations de la trachée et de l'œsophage consécutives à des pneumothorax artificiels curateurs. *Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1 février 1927. *Bulletin* du 11 février, p. 154.

(1) A. Béclère. — Le diagnostic et le traitement du pneumothorax à soupape. *Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, 6 avril 1900, p. 115.

(2) Burnand. — *Annales de Médecine*, janvier 1921.

(3) Bard. — *Annales de Médecine*, janvier 1922.

(1) F. Tobé et J. Terrasse. — Contribution à l'étude des perforations pulmonaires au cours du pneumothorax artificiel. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 21 mai 1926, C. R. séance du 1 juin, p. 928.

(2) Léon Bernard, F. Coste et J. Valtis. — Les perforations pulmonaires au cours du pneumothorax artificiel. *Soc. Méd. des Hop. de Paris*, 16 juin 1926, p. 100.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place.

MONTAIGNE

Lycéens 1935. — *Sous ce titre une enquête de M. Robert Gauthier dans* SAVEZ-VOUS. *Voici l'opinion d'un examinateur au baccalauréat :*

Depuis dix ans bientôt, je suis examinateur au baccalauréat. Le lycéen actuel n'a aucune culture générale, ne sait ni composer, ni mettre l'orthographe : la faute en incombe peut-être plus aux programmes qu'aux élèves eux-mêmes : aux épreuves d'autrefois, où l'on demandait aux candidats d'avoir la tête bien construite et de faire la preuve d'un savoir humain, l'on a substitué de multiples compositions qui exigent une foule de connaissances techniques, particulières, spécialisées...

A l'exception de quelques phénomènes qui bouquinent à longueur de journée, les lycéens ne lisent plus. Les auteurs du programme, ils ne les connaissent que par des anthologies ou des manuels d'histoire de la littérature ; les modernes, ils les ignorent. Le temps jadis passé à la lecture est aujourd'hui consacré aux sports ; l'esprit a perdu ce que le corps a gagné et le seul surmenage que l'on constate est le surmenage sportif. Je ne critique pas, je constate.

Il est certain que les lycéens, à Paris tout au moins, s'occupent beaucoup plus de politique que nous à leur âge, mais enseignant l'histoire dans un lycée de province, je pâtis de l'indifférence de mes élèves pour tout ce qui n'est pas d'immédiate actualité ; la guerre de 1914-1918, par exemple, celle que leurs pères ont faite, leur paraît aussi lointaine, aussi étrangère, que la guerre de Cent ans, ou les luttes d'Athènes contre Sparte... A Paris, les lycéens qui s'intéressent à la politique me paraissent, pour la plupart, appartenir des formations de droite ou d'extrême-droite ; cependant, à X... (ici le nom d'un lycée de la proche banlieue) les partisans des idées dites de gauche l'emporteraient en nombre.

A propos de l'augmentation des droits d'inscription. — LE PROGRÈS DE LYON (*La vie universitaire*).

Les dispenses totales de droits d'inscription peuvent être accordées dans la proportion de 25 % du nombre des étudiants inscrits. La proportion est réduite à 10 % pour la dispense de la moitié des droits.

Jusqu'à présent, les doyens de médecine et de droit n'ont jamais épuisé le contingent de dispenses mis à leur disposition. Ils ont dispensé ces dispenses avec toute la bienveillance possible. Et, pourtant, faute de demandes, un grand nombre leur sont restées... pour compte.

A la vérité, malgré l'augmentation des droits universitaires, l'enseignement supérieur en France est le meilleur marché du monde. Et, d'ailleurs, les frais d'études proprement dits comptent pour peu dans le budget de l'étudiant, à côté des dépenses de logement, d'alimentation, d'entretien.

Le plus expédient ne serait-il pas d'abord de multiplier les pensions, les cercles où les étudiants trouveraient au meilleur prix le gîte et le couvert, ensuite d'organiser dans chaque ordre d'études le placement, avec un salaire d'apprentissage, ou même au pair, des étudiants dépourvus. Par exemple, certains emplois de clercs, de secrétaires dans les études d'avoués, d'agréés, d'huissiers, chez les avocats, pourraient être réservés à des étudiants méritants, sans ressources suffisantes. De même pour les étudiants en médecine, l'internat, l'externat pourraient comporter un beaucoup plus grand nombre de titulaires, résidant à l'hôpital et constamment au service des malades. Pour les sciences, les laboratoires industriels ne pourraient-ils s'attacher quelques jeunes gens en cours d'études ?

Sinon l'on s'acheminera vers une sélection de plus en plus rigoureuse, éliminant au début pour raison majeure d'impécuniosité ou par manque d'entraînement précoce, la plupart des étudiants sans fortune, obligeant ensuite à entretenir complètement l'élite qui voudra se pousser jusqu'au bout des examens et concours.

Ce petit appareil de Béclère est donc, comme l'indique justement l'auteur, un appareil de diagnostic et de traitement.

* * *

Signalons que certains auteurs se sont remarquablement bien trouvés, au cours du pneumothorax suffocant, de la constitution d'un oléothorax. P. Emile Weil et Isch-Wall en ont rapporté un exemple très net (1) ; ils ont injecté, avec une amélioration immédiate de la dyspnée, 320 centimètres cubes d'huile goménolée à 2 % le premier jour, 180 centimètres cubes cinq jours après, puis 100 centimètres cubes renouvelés à intervalles de quatre à dix jours.

3° La pleurésie pulsatile

Cette observation s'ajoute aux cas déjà publiés ; nous renvoyons à cet égard aux travaux de H. Paillard (2) et de J. Quiquandon (3).

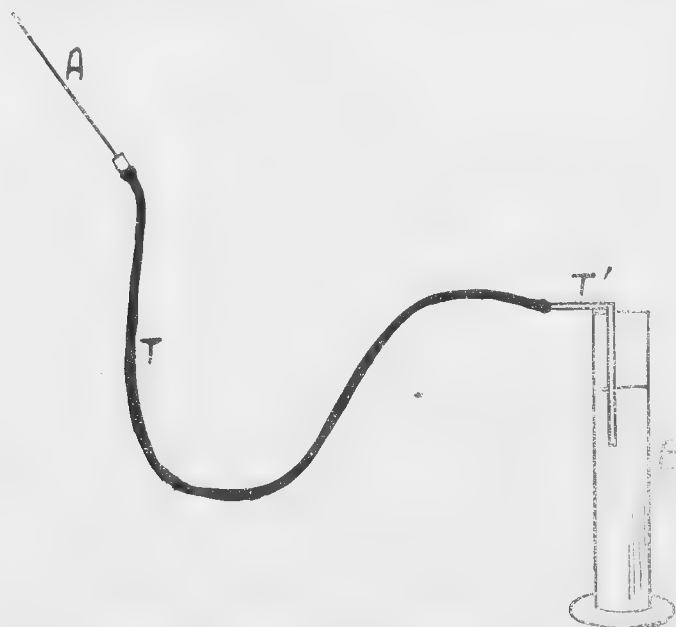


Fig. 3. — L'appareil de Béclère pour le diagnostic et le traitement du pneumothorax à soupape.

A : aiguille ; T. : tube de caoutchouc ; T. : tube de verre coudé ; E : éprouvette aux trois quarts remplie d'eau.

Nous voulons seulement faire ici trois remarques :

1° La première remarque est que notre observation se range dans le type III de H. Paillard ; nous rappelons la classification :

Type I : pulsatilité endopleurale (Rummo, Bouchard, H. Paillard) :
Type II : pulsatilité extérieure sans tumeur ;
Type III : pulsatilité extérieure avec tumeur.

2° La seconde remarque est que notre observation réunit bien les conditions habituellement observées dans les pleurésies pulsatiles :

Pleurésie gauche ;
Pleurésie purulente ;
Présence abondante de gaz ;

(1) P. Emile Weil et Ish-Wall. — Un traitement d'urgence du pneumothorax suffocant. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris* 26 janvier 1923, p. 127.

(2) Henri Paillard. — Le premier stade des pleurésies pulsatiles. *Société de Biologie* 1912 ; *Progrès Médical* 1912, n° 43 ; *Gazette des Hôpitaux*, 1914, n° 67 ; *Journal Médical français*, février 1932.

(3) J. Quiquandon. — Les pleurésies pulsatiles. *Thèse de Paris* 1912. *Gazette des Hôpitaux* 1914, n° 67.

Large contact avec l'aorte descendante (Baduel et Siciliano, Viola).

3° La troisième remarque est encore une confirmation des travaux de M. A. Béclère :

Cet auteur admet que, pour la pulsatilité puisse se réaliser, il faut que la paroi péricardique droite et le médiastin soient tellement tendus et refoulés qu'ils ne jouent plus le rôle d'amortisseur par rapport aux modifications de volume du cœur ; lorsque ces conditions de tension et de refoulement sont réalisées, le cœur rebondit sur cette paroi comme sur une planche rigide et ses contractions se transmettront dès lors où elles pourront, c'est-à-dire à la paroi thoracique gauche ; si, comme dans notre cas, l'hyperpression pleurale est telle que la paroi vient à céder et qu'il se produit un empyème de nécessité, celui-ci devient à son tour pulsatile.

Que l'on veuille bien regarder nos radiographies et apprécier l'intensité du refoulement du cœur et du médiastin ; on conviendra qu'il est difficile de trouver une confirmation plus éclatante des idées émises par M. A. Béclère.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Pratique chirurgicale

Un petit point de la pathologie des bourses séreuses mérite de retenir l'attention, car il est parfois, en expertises, l'objet de litiges. En voici un exemple :

Une femme de 42 ans fait une chute sur la face postéro-interne du coude droit. Les phénomènes inflammatoires s'atténuent peu à peu. Après leur disparition, le coude reste le siège d'une douleur persistante au niveau de la région olécrânienne, douleur qui se réveille sous l'influence de frottements légers et se prolonge vers le haut à la face postéro interne du bras.

Le médecin de la Compagnie d'assurances déclare dans une note « qu'il ne subsistait pas d'infirmité permanente, qu'il n'y avait pas de consolidation à fixer, d'autant que la dame X... n'avait jamais interrompu son travail, tout en se faisant soigner ».

Un chirurgien consulté, constatant « la présence d'un corps étranger très mobile, roulant sous le doigt, qui est vraisemblablement contenu dans la bourse olécrânienne » — conseille une intervention qui est refusée par la Compagnie, cette dernière estimant qu'elle est injustifiée.

Un surexpert (Docteur Auvray) est désigné. Un examen corrobore celui de son collègue chirurgien. La malade est opérée. On trouve un petit corps étranger, de consistance plutôt dure, ayant les dimensions d'un pépin de raisin. A la suite de l'intervention (ablation de la bourse séreuse olécrânienne) les phénomènes douloureux disparaissent.

Des faits de ce genre s'observent assez souvent dans la région prérotulienne.

Ce qui fait que souvent ces corps étrangers sont méconnus, c'est qu'on n'y songe pas, et on a tendance à rapporter les troubles observés à l'articulation elle-même, d'autant que au niveau de la bourse séreuse, en avant de la rotule ou de l'olécrâne, tout paraît normal, la peau est saine, et il n'existe pas au-dessus d'elle de tuméfaction comme on en observe dans l'hygroma ; cette tuméfaction a existé après le traumatisme, mais elle a peu à peu disparu. La difficulté de diagnostic est moindre s'il existe, comme cela arrive souvent, plusieurs petits corps étrangers ; le diagnostic est plus délicat lorsqu'il n'en existe qu'un seul et surtout s'il se déplace.

(Auvray. Bursites et petits corps étrangers intra-séreux *Journal des Praticiens*, 26 octobre 1935.)

Foie

Les taches rubis — petites taches rouges angiomateuses — ont été signalées depuis longtemps comme étant

les témoins d'une altération hépatique, le plus souvent d'une insuffisance hépatique.

Elles sont parfois associées à d'autres manifestations hémorragiques : épistaxis, purpura discret, étoiles vasculaires, petites hémorragies gingivales ou intestinales. Elles indiquent une altération des artérioles et des capillaires.

Elles ne sont pas immuables. Certaines disparaissent d'une année à l'autre, alors que de nouvelles apparaissent. Si l'insuffisance hépatique s'accentue, elles sont susceptibles d'augmenter de nombre ou d'importance.

Siège : De préférence à la face antérieure du tronc, moitié sus-ombilicale plutôt que sous-ombilicale.

Volume : Varie d'une très petite tête d'épingle à une lentille. Indolores.

Coloration : Rouge vif. Pigmentation ocre en vieillissant. Elles ne s'effacent pas à la pression du doigt.

Nombre : 10, 15, 20 et plus.

(Henri Paillard et Raymonde Chapelo. Les taches rubis. Leur valeur comme signe d'insuffisance hépatique. Leurs variations. *La Clinique*, juillet 1935, B.)

Une vésicule biliaire qui franchit le plan sagittal médian, ou dont le fond s'abaisse au dessous du plan transversal rasant le bord supérieur de la IVe vertèbre lombaire, est en situation anormale. — Carlotti, dans sa thèse, a rapporté 34 observations de vésicules basses : dans 18 de celles-ci le cholécyste était à la hauteur de la 5e lombaire (et 11 fois prévertébral) ; dans 6 autres il reposait sur l'aileron sacré, dans la majorité des cas de vésicules bas situées, c'est la ptose hépatique qui en a provoqué la chute Le cholécyste garde avec le foie ses connexions normales, et la ptose vésiculaire due au développement d'un mésocyte reste exceptionnelle.

Si la position déclive de la vésicule peut favoriser son infection, si, quelle que soit la situation de la vésicule, peuvent se développer des cholécystites toxiques ou toxiniques, tous les troubles fonctionnels observés ne ressortissent pas à une cholécystite. Les phénomènes dyspeptiques et colitiques peuvent dépendre encore de la ptose des organes digestifs ou d'une altération hépatique. Les crises douloureuses paroxystiques même peuvent être des « crises de foie » indépendantes de l'état de la vésicule. De toute façon les phénomènes morbides ne sont que des complications et les vésicules basses, en dehors de celles-ci, ne donnent lieu du fait de leur abaissement, à aucune manifestation clinique.

La situation basse du cholécyste n'entraîne pas nécessairement des troubles de son évacuation. La coudure du collet ou du cystique prépare seulement la stase biliaire. Lorsque celle-ci intervient, elle est une conséquence de la dyskinésie spasmodique duodéno biliaire par réflexe neuro-végétatif, et non de la cholécystatonie.

La palpation des vésicules basses peut provoquer une sensation douloureuse. La douleur du collet, dans l'échancrure cystique (manœuvres de Murphy et dérivées), n'est pas pathognomonique d'une altération vésiculaire, puisque le relèvement en masse de l'abdomen peut la faire disparaître. Au contraire, la douleur du corps et surtout du fond de la vésicule est l'indice certain d'une cholécystite.

Quand l'abaissement de la vésicule est à son maximum, la douleur du collet ou du fond de la vésicule peut être provoquée par la palpation de la fosse iliaque droite, ou du flanc droit (et parfois gauche) de la colonne vertébrale. Dans ces conditions elle risque d'être rapportée à un des organes du carrefour inférieur ou aux plexus nerveux.

C'est le diagnostic d'appendicite qui s'offre le plus souvent à la discussion : appendicite chronique à cause des douleurs, des troubles dyspeptiques et de l'altération de l'état général ; plus rarement appendicite aiguë à l'occasion de paroxysmes douloureux hépato-vésiculaires. Seuls un interrogatoire minutieux, des examens répétés, complétés par la palpation sous l'écran après cholécystographie et lavement baryté, permettront d'éviter des erreurs préjudiciables aux malades.

(Faroy, Deron et Carlotti. Les vésicules biliaires en situation basse. *La Presse Médicale*, 26 octobre 1935.)

Gynécologie

La folliculine est-elle une hormone ovarienne ? — On admet généralement que la folliculine est sécrétée par le follicule ovarien. Elle serait une des deux principales hormones de l'ovaire, l'autre étant la lutéine.

Cette conception classique est en contradiction avec un certain nombre de faits dont l'ensemble amène à mettre en doute la spécificité d'origine ovarienne de la folliculine.

Chez les femmes castrées chirurgicalement ou par radiothérapie on trouve assez souvent dans le sang et dans les urines un taux de folliculine égal et parfois même supérieur à celui de la femme normale pourvu de ses deux ovaires. Il en est de même chez certaines femmes après la ménopause.

Chez certains hommes cliniquement normaux on trouve des taux de folliculine urinaire tout à fait comparables à ceux de la femme normale.

Pourquoi, si les follicules ovariens sont le lieu où se fabrique la folliculine, n'en trouve-t-on pas dans les follicules jeunes, mais seulement dans les follicules mûrs ou en imminence de rupture ?

Pourquoi observe t-on après la rupture folliculaire un taux de folliculine dans le sang plus élevé qu'avant la rupture, alors que le taux devrait en diminuer fortement si l'hypothèse classique était exacte ?

On pourrait multiplier les arguments de cette sorte.

Une autre conception de l'origine de la folliculine peut être proposée :

La folliculine ne serait pas une hormone ovarienne, mais une substance chimiquement définie provenant de la désintégration de corps complexes de la série aromatique.

Le dernier stade de désintégration qui aboutit à la production de la folliculine semble se faire dans l'intimité même des tissus et paraît en relation directe avec l'activité cellulaire.

Ainsi comprise, la folliculine doit elle être employée dans le traitement de la stérilité ?

L'administration de folliculine sera utile dans les cas de stérilité, toutes les fois où les quantités de ce corps normalement formées dans l'organisme seront insuffisantes.

L'administration de folliculine sera, au contraire, nuisible chez certaines femmes stériles qui ont déjà des taux trop élevés de folliculine.

Le seul moyen à la portée de tous pour éviter les erreurs graves dans l'administration de la folliculine, c'est de connaître les manifestations du syndrome d'hyperfolliculinémie, dont voici les principales caractéristiques :

1° Congestion mammaire très précoce dans le cycle, très intense et très douloureuse ;

2° Douleur inter menstruelle plus ou moins vive, siégeant au niveau des deux ovaires mais prédominant en général sur l'un deux. Cette douleur s'accompagne en général d une augmentation de volume nettement perceptible de l'ovaire ;

3° Sécrétion cervicale translucide atteignant une intensité et une durée anormales. A cette sécrétion glaireuse fait parfois suite une petite métrorragie intermentruelle.

4° Règles en général douloureuses, trop abondantes avec des caillots et mélangées de glaires. Très fréquemment on observe dans les règles des débris muqueux pouvant aller jusqu'à l'exfoliation totale de la muqueuse utérine (dysménorrhée membraneuse). Le plus souvent le cycle est raccourci, parfois jusqu'à trois semaines et même plus (règles de quinzaine) ;

5° Plus rarement, les règles sont insuffisantes, l'écoulement menstruel de sang pâle peut devenir insignifiant, mais il existe presque toujours dans cet écoulement des débris muqueux. Fait important, cette menstruation insuffisante s'accompagne d'un gonflement des seins qui parfois persiste après la fin des règles, et permet de rattacher cette insuffisance menstruelle à sa véritable cause : l'hyperfolliculinémie.

(Jean Seguy. La folliculine est-elle une hormone ovarienne. Ses indications dans le traitement de la stérilité. *Le Bulletin Médical*, 26 octobre 1935.)

Tuberculose

Sept cas de tuberculose à marche aiguë sont apparus en trois mois dans une école de filles, dont l'effectif comporte environ 500 enfants. Cinq se sont terminés par la mort Une enquête étiologique a été faite.

Les classes étaient balayées, chaque jour par une femme de ménage, qui, depuis longtemps, toussait et crachait, refusant de se soigner, et qu'on gardait là par habitude et par « charité ».

Toute personne employée dans un établissement scolaire, à quelque titre que ce soit, devrait être soumise à un examen médical régulier.

(J. Colombe. A propos d'une petite épidémie scolaire de tuberculoses aiguës. *Le Bulletin Médical*, 2 novembre 1935.)

Médecine infantile

La gravelle urinaire se rencontre avec une grande fréquence chez les enfants de tout âge, mais elle est souvent inapparente. Parmi les causes de la lithiase infantile, le régime alimentaire doit être mis au premier rang.

L'allaitement artificiel mal toléré ou mal réglé, la suralimentation comme l'alimentation insuffisante : l'usage prématuré d'aliments grossiers, de viande et de substances trop azotées favorisant la production de la gravelle urinaire chez le jeune enfant.

Cela explique les inégalités de fréquence et de degré suivant les pays et les milieux sociaux.

Autres causes génératrices de la lithiase urinaire infantile :

CAUSES ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES, malformations buccales (bec-de lièvre, division palatine, vice de développement des uretères ou de l'urètre), faiblesse congénitale par naissance prématurée ou gémellaire, toutes causes anatomiques entravant l'alimentation ou perturbant l'évacuation des urines ;

CAUSES PATHOLOGIQUES, maladies aiguës troublant profondément le métabolisme, les échanges organiques, l'équilibre des humeurs de l'économie, vomissements, entérites et diarrhées, athrepsie, broncho pneumonies, états fébriles prolongés, cachexie de toute nature.

Causes relevées chez 48 nourissons de la statistique de M. Comby :

La diarrhée 29 fois, les vomissements 24 fois, l'athrepsie 14 fois, les grosses pertes de poids 25 fois. La plupart des nourrissons chez lesquels des calculs ont été trouvés étaient atrophiés ou hypotrophiés, déshydratés. Constipation dans deux cas seulement, syphilis héréditaire deux fois, tuberculose chez trois enfants. Lésions constatées en dehors de la gravelle : dilatation de l'estomac 22 fois, ulcération de la muqueuse six fois, estomac petit cinq fois, broncho-pneumonie 24 fois, congestion pulmonaire douze fois.

Le traitement de la gravelle urinaire, chez les enfants, varie suivant ses locations et ses degrés : rein, uretère, vessie, urètre. Quand elle n'a pas dépassé le rein, le bassinet et les calices, cette lithiase, à l'état de poussière uratique, de graviers et de petits calculs, peut disparaître spontanément dans le flot urinaire ou céder aux eaux de lavage (Evian, Thonon, Vittel, Contrexéville, Capvern) balayant en quelque sorte le tractus urinaire. Quand les calculs sont assez volumineux pour obstruer ce tractus en s'y fixant, on est amené à intervenir chirurgicalement et les guérisons obtenues par la néphrotomie, l'urétérotomie, la taille hypogastrique ou la lithotritie, l'urétrotomie, ne se comptent plus. Ces diverses opérations réussissent chez les enfants comme chez les adultes et on ne doit pas hésiter à y recourir. Chez les filles plus que chez les garçons, l'expulsion spontanée des graviers et petits calculs est à espérer. Pour les gros calculs fixés dans la vessie, la taille hypogastrique s'impose par la simplicité de sa technique et son efficacité. La lithotritie est rarement applicable aux jeunes sujets.

Chez les nourrissons et jeunes enfants, la prophylaxie repose avant tout sur l'hygiène alimentaire. Régime lacto-végétarien dans les deux ou trois premières années, ensuite usage modéré des viandes et autres aliments superazotés. Eviter la déshydratation, faire boire les athrepsiques et les enfants épuisés par les vomissements et la diarrhée. Boissons aqueuses (diète hydrique) et bouillon de légumes chez les fébricitants. Eviter la diète sèche qui, par la concentration des urines qu'elle entraîne, aboutit aux dépôts uratiques, oxaliques et phosphatiques dans les voies urinaires. En cas de vomissements incoercibles s'opposant à la réhydration des jeunes enfants, entéroclyses et injections hypodermiques de sérum artificiel ou de sérum glucosé.

(J. Comby. La gravelle urinaire chez les enfants. *Le Bulletin Médical*, 3 août 1935.)

Le bégaiement est une logopathie survenant en général dans l'enfance et toujours sur un terrain émotif. Il se manifeste par des perturbations du tonus musculaire, soit généralisé, soit localisé aux muscles de la parole, perturbations qui entravent le jeu automatique des organes de la respiration et de la parole.

La précocité est un facteur primordial de succès dans le traitement du bégaiement.

« Dans notre pratique déjà longue du traitement du bégaiement, nous ne manquons jamais de demander qu'on nous envoie les enfants jeunes, car dans ces conditions de précocité de traitement, nous avons les plus grandes chances d'obtenir la guérison complète de l'enfant. Et nous ne craignons pas d'affirmer que, de 3 à 7 ans, l'échec est exceptionnel quand le traitement est correctement conduit. »

D'autre part, il faut bien préciser, au début d'un traitement, qu'un contrôle régulier doit être exercé par le rééducateur, après la disparition des troubles caractéristiques du bégaiement. Car une rechute peut se produire sous l'influence d'un choc quelconque ou d'une absence de surveillance de la part de l'entourage. Et il faut reprendre les exercices pendant quelques semaines.

On peut estimer à un an environ la durée de la période de contrôle après que le redressement a été obtenu.

(G. de Parrel et Henriette Hoffer. Le bégaiement chez l'enfant. *La Clinique*, juillet 1935, (B.)

Varia

L'emploi du bactériophage a été préconisé dans une foule de circonstances pathologiques diverses. Je ne me rappelle pas l'avoir vu recommander dans les conjonctivites aiguës banales. Le traitement par le bactériophage est si simple qu'on aurait tort de se priver d'une médication aussi parfaitement inoffensive.

(Docteur Damade, Amiens. Un traitement simple des conjonctivites banales. *Le Concours Médical*, 4 août 1935.)

***

Un médecin inspire confiance par sa présentation et ses qualités physiques, il ne la conserve qu'avec ses qualités morales et intellectuelles.

En effet sur quoi sommes nous d'abord jugés ? Qu'est-ce qui pousse des malades à nous faire appeler alors qu'ils ne nous connaissent encore que de nom ou de vue ? Nos qualités extérieures. Qu'est-ce qui nous fait rester dans la place ? Ce n'est pas la reconnaissance ; ce n'est pas uniquement le résultat prévu, bon ou mauvais, c'est l'autorité morale, c'est l'ascendant que nous aurons pris sur notre malade et sur son entourage. Qualités profondes-morales !

(Docteur Huguet. Réflexions d'un médecin de province. *Le Concours Médical*, 4 août 1935.)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Pédiatrie

Tout n'a pas été dit sur la paralysie infantile puisque Jobin, de Québec, nous apporte des notions nouvelles.

Dans la forme abortive on ne compte plus les erreurs de diagnostic ; une liste des méprises serait tellement longue qu'autant vaudrait citer la table des matières d'un manuel de pathologie interne. Ce qui rend le diagnostic si difficile à la période d'invasion, c'est que l'analyse du liquide céphalo-rachidien ne donne rien.

Il en va tout autrement dans la forme médullaire ; le diagnostic est alors possible, car il y a des symptômes qui permettent d'être affirmatif, en tout cas de soupçonner la poliomyélite, même avant la paralysie. S'il existe un des trois symptômes cardinaux suivants : raideur de la nuque, rigidité de la colonne vertébrale, tremblement ataxique, la ponction lombaire doit être faite immédiatement.

La réaction méningée donne de 200 à 500 éléments cellulaires par mmc., mais elle n'a de valeur que s'il y a concomitance des symptômes de la poliomyélite.

Les différents sérums, et en particulier celui de convalescent, ne semblent pas avoir une réelle efficacité.

(Albert Jobin. Paralysie infantile. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec*, juillet 1935.)

Le sarcome primitif du foie est une tumeur rare ; en voici un cas observé chez un petit garçon de 5 ans, hospitalisé pour des vomissements et une tumeur située dans la partie supérieure de l'abdomen, symptômes apparus insidieusement pendant les trois dernières semaines.

A l'autopsie on trouve un foie de 1.750 grammes dont toutes

les dimensions sont augmentées ; il présente une couleur brune et une surface lisse et translucide. Le lobe droit, de consistance légèrement accusée, forme dans toute la région médiane une bosselure. On sent, à la palpation, une tumeur de la dimension d'une tête de fœtus, développée dans le lobe droit. Le lobe gauche, très diminué de volume, n'est pas intéressé par la tumeur et présente une coloration brune.

A l'examen microscopique on constate qu'il s'agit d'un sarcome primitif du foie, constitué par des éléments fuso-cellulaires et de petites cellules rondes non différenciées.

(C. Vasilescu et W. Marcus. Un cas de sarcome primitif du foie. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Bucarest*, avril 1935.)

Ophtalmologie

Selon les idées classiques le problème myopique est un problème héréditaire et, en quelque sorte, un problème clinique.

Actuellement on en vient à la conception que la myopie n'est pas un état exclusivement optico-mathématique, mais un processus morbide du développement de l'œil et de la fonction visuelle, dans lequel interviennent de multiples facteurs auxquels on n'avait pas assez attribué d'importance.

Il faut surtout lutter contre le fatalisme thérapeutique.

En général, toute myopie débute par un spasme accommodatif. C'est le premier accident et la myopie s'installe comme conséquence d'une action prolongée du muscle ciliaire. La difficulté est de trouver la cause du premier spasme ; il y a un grand nombre de facteurs : asthénies, prédispositions héréditaires, séquelles de maladies antérieures, etc.

La myopie congénitale est très rare, nous naissons presque tous hypermétropes.

Il existe un fait facile à observer par tous ceux qui prescrivent des verres correcteurs : c'est la difficulté de prescrire la correction exacte par la skiascopie aux sujets qui, pour des raisons professionnelles, se sont servis de loupes pendant un certain temps. Les horlogers, joailliers, classeurs de tissus, soies, etc., se sont habitués de telle manière à relâcher l'accommodation en remplaçant l'effort par la loupe, que tout calcul skiascopique est complètement erroné.

Si l'on exerce le muscle ciliaire avec méthode et intelligence, on obtient chez les myopes des résultats incalculables. En général ils sont peu curieux en ce qui concerne la vision à distance ; comme ils savent qu'ils ne voient pas, ils perdent l'intérêt visuel et négligent d'exercer la vision panoramique ; ils le font uniquement quand ils ont des verres correcteurs qui suppléent a l'effort visuel ; aussi réclament-ils des verres de plus en plus forts à mesure que leur myopie progresse. Cependant on peut constater avec surprise que des myopes, qui, dans les épreuves de vision rapprochée, ne lisent pas à une distance déterminée des caractères de trois millimètres arrivent, en trois ou quatre semaines d'exercice, à lire avec facilité et rapidité à une distance double.

La compression oculaire est très difficile à pratiquer, ce qui est regrettable puisqu'un aplatissement d'un demi-millimètre donne une diminution de deux ou trois dioptries.

L'usage continu ou intermittent de la pilocarpine semble donner de bons résultats.

(Antonio J. Manes. El problema de la miopia y su tratamiento. *Semana Medica*, 23 mai 1935.)

Neuro-psychiatrie

Les cas de tabes se voient maintenant assez rarement dans les hôpitaux et aux consultations. Les cas suivants sont encore plus rares.

Le premier cas est celui d'un vieux tabétique, qui était en même temps un bacillaire. Sa tuberculose était aussi vieille que sa syphilis ; elle était tantôt latente, tantôt active. Cette association est exceptionnelle. On peut admettre que c'est une simple coïncidence.

Le deuxième cas présente quelques troubles psychiques. On peut admettre que les lésions vasculaires ont causé une perturbation psychique qui n'a fait probablement qu'exagérer ou accentuer un tempérament schizoïde préexistant.

Dans un troisième cas il s'agit d'un homme de très bonne condition, âgé de 70 ans, qui vient se plaindre de douleurs du type fulgurant dans l'avant-bras et la main droite. Il a été traité pour rhumatisme, sans aucun succès. Comme ce malade a de superbes papilles myotiques, le diagnostic s'impose. Il s'agit d'un tabes supérieur.

Le quatrième cas concerne aussi un tabes dit supérieur. Ce qui est intéressant à noter ici, c'est que le malade exprime avec le plus grand calme des souffrances qu'il qualifie d'insupportables, à tel point qu'on pourrait parler d'une simulation, ce qui est injuste, car certains malades réagissent peu.

Le cinquième et dernier cas concerne un tabes conjugal ; la femme a un seul symptôme en plus : la double atrophie optique, qui l'a rendue aveugle.

(M. Schachter. *Réflexions à propos de quelques types de tabétiques. Scalpel*, 24 août 1935.)

Hygiène sociale

Bien que la nécessité de combattre le cancer ait été reconnue de tout temps par les médecins portugais, il faut arriver à 1904 pour que les pouvoirs publics se décident à prendre les mesures réclamées.

On a concentré à l'Institut portugais d'Oncologie tous les services de propagande, de traitement et d'enseignement relatifs aux maladies cancéreuses.

L'Institut de Lisbonne comprend trois pavillons ; dans le premier se trouvent les consultations générales et spéciales, ainsi que les laboratoires de diagnostic anatomo-pathologique et d'analyses cliniques ; dans le second se trouvent les services de rœntgenthérapie, qui seront transférés dans le troisième, actuellement en construction.

Ce futur pavillon du radium présente certaines particularités de construction destinées à protéger le personnel contre les radiations : on a adopté pour toutes les parois des salles destinées au radium la composition suivante : au milieu 16 cm. de mélange ciment-baryte, puis de chaque côté successivement : 2,5 cm. de liège, 7 cm. de ciment armé, 2,5 cm. de ciment-baryte.

Le pavillon mesure 35 mètres de longueur et 20 mètres de largeur ; il se compose de trois étages, d'une cave et d'une terrasse.

Au rez-de-chaussée sont installés le coffre-fort du radium, les appareils pour la récolte du radon, les laboratoires de recherches scientifiques et la bibliothèque. Un monte-charge blindé amène le radium aux étages supérieurs.

Au premier étage il y a une salle d'attente, une salle d'observation, deux salles pour les traitements, les chambres des infirmières et la cuisine.

Au deuxième étage sont situées la salle d'opération et les chambres pour les malades.

Une grande terrasse-solarium, abritée contre les vents les plus violents et les plus froids, complète l'édifice.

L'institut est un établissement à la fois hospitalier, scientifique et social.

Deux autres services anticancéreux fonctionnent à Porto et à Coimbra.

(M. Athias. Organização da luta contra o cancro em Portugal. *Arquivo de Patologia*, décembre 1934.)

La campagne antimalarique de la Croix Rouge italienne a permis de consolider la récupération des marais Pontins.

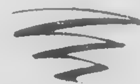
La lutte contre les larves a été menée systématiquement, en traitant par le verdet de Paris et le carburol des secteurs bien délimités et tangents.

La défense contre le moustique a été essentiellement mécanique ; les grillages métalliques sont suffisants, mais dans quelques cas on peut les renforcer par des pulvérisations de liquides insecticides.

Une lutte rationnelle et systématique a montré tout ce qu'on pouvait obtenir d'une intelligente collaboration de la médecine et de l'administration ; les brillants résultats acquis ne seront maintenus que par une discipline rigoureuse, qui ne semble pas devoir se relâcher.

(Consoli Nicolo. I servizi sanitari e la campagna antimalarica della Croce Rossa Italiana in Agro Pontino nell'anno 1934-XII. *Croce Rossa*, avril 1935.)

J. Lafont.



SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 décembre 1935

Inscriptions aux tableaux A ou C. — *M. Tiffeneau* donne lecture de son rapport sur l'inscription au tableau A ou C. Ce rapport envisage le maintien des barbituriques au tableau C ; l'inscription des anesthésiques locaux du type de la stovaïne au tableau A, du dinitrophénol au tableau C, des préparations injectables du lobe postérieur de l'hypophyse au C. Les conclusions sont adoptées.

Le statut des sages-femmes. — *M. Couvelaire* présente un rapport qui se termine par les conclusions suivantes :

Le décret de 1917, qui prévoit la suppression des maternités-écoles de sages-femmes ne justifiant pas d'une activité suffisante et d'une organisation convenable de l'enseignement devra être appliqué.

Les maternités-écoles de sages-femmes devront être dotées d'un statut commun.

Les titres initiaux exigés pour l'entrée dans les maternités-écoles des candidates au diplôme de sage-femme seront comme titre universitaire minimum, le brevet élémentaire ; un diplôme d'infirmière d'Etat mention hospitalière, ou mention visiteuse de l'enfance.

Ces conclusions sont adoptées.

La pression lymphatique dans les collecteurs périphériques. — *MM. H. Rouvière* et *G. Valette* ont observé qu'en l'absence de toute contraction musculaire apparente, la lymphe circule dans les collecteurs périphériques afférents du premier échelon ganglionnaire sous une pression trop faible pour pouvoir être mesurée. Par contre, en déterminant des contractions musculaires, les auteurs ont constaté, sur le chien, que la pression lymphatique dans ces mêmes vaisseaux périphériques afférents au premier échelon ganglionnaire variait de 2,5 à 8 cm. d'eau, selon l'amplitude et la rapidité des mouvements imprimés aux orteils ou aux facias de la face dorsale de la patte. La pression dans les collecteurs afférents des ganglions varie de 1,5 à 2 cm. d'eau quand le corps est immobile et s'élève jusqu'à 6 cm. sous l'influence des mouvements imprimés aux organes tributaires de ce ganglion. Le fait que la pression de la lymphe dans les collecteurs efférents d'un ganglion n'excède pas celle que l'on observe dans les collecteurs afférents, ou lui est même inférieure, confirme l'opinion soutenue par MM. Rouvière et Valette, concernant le rôle des ganglions dans la régularisation de la circulation lymphatique.

Quelques données sur la vitamine C et ses variations dans le liquide céphalo-rachidien à l'état normal et pathologique. — *MM. Marinesco, Buttu* et *Olteanu* se sont appliqués à contrôler les recherches de Plaut et Bulow qui, dans plusieurs travaux, ont étudié l'existence de l'acide ascorbique dans le cerveau et le liquide céphalo-rachidien chez l'homme et les animaux.

« Comme ces auteurs, nous avons constaté la diminution avec l'âge de l'acide ascorbique dans le liquide-céphalo-rachidien. D'une façon générale, nous pouvons affirmer que nous n'avons jamais trouvé des chiffres considérablement bas chez les sujets jeunes, ni des chiffres élevés chez les sujets âgés. Dans diverses formes de syphilis nerveuse, le taux de l'acide ascorbique liquidien s'est maintenu entre les limites normales, de même dans le parkinsonisme post-encéphalitique, dans l'épilepsie et dans certaines maladies mentales.

« Dans la sclérose en plaques, nous avons constaté depuis quelques années l'existence d'anévrismes capillaires de la peau de presque tout le corps où il y a une diminution de résistance manometrique des capillaires, et nous avons été frappes par la diminution considérable de la vitamine C.

« Un autre fait intéressant est l augmentation de la vitamine C en cas d'hypertension artérielle. Mais cette vitamine présente une diminution, lorsque l'hypertension s'accompagne d'hémiplégie. »

Nouvelle contribution à l'étude des érythroblastoses à type familial observées chez le nouveau-né. — *MM. Péhu, P. Trillat* et *R. Noël* (de Lyon) rapportent de nouveaux cas de cette curieuse maladie. Personnellement, ils ont observé, il y a quelques semaines, dans un couple de générateurs bien portants, une série pathologique ainsi constituée : première grossesse terminée par la naissance à terme d'un enfant actuellement normal ; puis deux ictères mortels ; puis successivement deux mort-nés macérés, atteints d'anasarque fœto-placentaire. C'est une observation vraiment schématique.

De plus, ils ont pu, dans ces dernières années, soit en France, soit à l'étranger, recueillir d'autres observations concernant des nouveau-nés chez qui ont été constatés, se succédant ou alternant, de l'ictère grave, de l'anasarque fœto-placentaire et — moins fréquemment — une anémie « primaire ». D'autres cas publiés sous le titre d'érythroblastose prêtent à discussion parce qu'ils concernent des cas sporadiques.

La maladie a été également observée chez des nouveau-nés nègres : ce qui permet d'établir que la maladie n'est pas raciale, contrairement à d'autres variétés d'érytroblastoses, par exemple le type Cooley.

Les auteurs insistent sur les heureux résultats obtenus dans l'ictère grave ou dans l'anémie primaire, par l'emploi des transfusions sanguines, très précoces, abondantes reitérées. Mais, en général, cette thérapeutique ne peut être appliquée à l'anasarque. Dans cette variété d'érythroblastose, les enfants naissent prématurément, macérés : toute thépapeutique est vaine.

Election du bureau. — Hartmann, vice-président, devient président 1936. — M. Martel, est élu vice-président pour 1936. — M. Georges Brouardel est réélu secrétaire annuel. — MM. Desgrez et Guillain sont élus membres du Conseil.

Séance du 24 décembre 1935

Recherches sur la présence de l'agent pathogène de la tuberculose dans les épanchements pleuraux séro-fibrineux, par ensemencements sur le milieu de Lowenstein et par la méthode expérimentale. — *MM. I. Nanu* (Muscel), *D. Jonnesco* et *Mlle Marie Georgesco* remarquent que les ensemencements sur le milieu de Löwenstein avec les liquides des pleurésies sérofibrineuses, ont donné des résultats positifs dans 5 cas sur 21 (23,8 %), tandis que les inoculations de liquide pleural n'ont donné que 3 cas positifs sur 15 (13 %).

Dans les autres cas, ils ont obtenu chez le cobaye, seulement des formes de type Calmette-Valtis, ce qui prouve la faible virulence du virus tuberculeux trouvé dans les pleurésies sérofibrineuses.

Les inoculations de liquide filtré aux cobayes ont permis d'enregistrer des résultats positifs avec bacilles de Koch, seulement après ensemencement d'organes triturés.

L'ensemencement sur le milieu de Löwenstein présente aussi l'avantage de mettre en évidence le bacille de Koch dans un temps beaucoup plus court que l'inoculation au cobaye.

Recherches sur le traitement des intoxications mercurielles aiguës pas la méthode américaine (alcalinisation massive). — *MM. I. Nanu* (Muscel) et *V. Ciocalteu*.

Les excellents résultats obtenus par *Mac Nidder* sur les chiens et par *H. B. Weiss* et *Rosenbloom* en clinique humaine par l'alcalinisation massive de l'organisme dans les intoxications par des sels d'uranium et de mercure, ont engagé les auteurs à adopter ce même traitement chez tous les intoxiqués par des sels de mercure entrés dans leur service.

Les principes de base du traitement sont les suivants :

a) Diminution de quantité du poison par des lavages gastriques et des évacuations intestinales ;

b) Alcalinisation de l'organisme à l'aide du sérum Fischer en injection intraveineuse et l'ingestion d'une solution alcaline concentrée ;

c) Rétablissement de la diurèse à l'aide du sérum glucosé par la voie rectale et de la théobromine.

Dans l'appréciation des résultats, on doit tenir compte des circonstances suivantes :

a) Nature du sel de mercure ingéré par le malade (à dose égale, l'oxycyanure de mercure est beaucoup plus toxique que le sublimé) ;

b) Quantité de toxique ingérée (le traitement doit être applique aussitôt que possible après l'intoxication) ;

c) Facteur individuel, de nature à modifier les conclusions statistiques.

L'élément *certain* de diagnostic est la présence du mercure dans les matières vomies, l'eau du lavage gastrique, les ma-

tières fécales et l'urine, ce qui évite l'application du traitement à des simulateurs.

On sépare le mercure du cuivre sur lequel on l'avait obtenu sous forme d'amalgame. Ce mercure dégage dans un milieu acide, et surtout sous l'action de la chaleur de l'hydrogène naissant qui exerce une action réductrice sur le réactif phosphomolybdotungstique (de Folin-Denis pour les phénols).

La réaction du mercure devient de cette façon une réaction de couleur.

L'influence du milieu souterrain sur le cœur et l'appareil circulatoire du mineur. — *M. Feil* a spécialement étudié au cours des importantes enquêtes qu'il a effectuées dans les mines de fer et les carrières d'ardoise, le retentissement du milieu souterrain sur l'appareil cardio-vasculaire. Il note la rareté des affections primaires du cœur, opposée à la fréquence des manifestations secondaires, liées aux troubles de la petite circulation. Il insiste, d'autre part, sur l'hypotension artérielle relative que l'on observe avec une fréquence anormale chez les mineurs : 35 % des ouvriers qu'il a examinés dans les mines de fer ou d'ardoise, avaient une tension égale ou inférieure à 13 maxima.

Cette hypotension relative ne paraît pas traduire une déficience du myocarde ; elle est indépendante de l'état du cœur, et ne diminue en rien la résistance de l'ouvrier. Il faut la considérer comme un signe d'adaptation physiologique du système cardio-vasculaire au milieu souterrain, liée à la hausse de la pression atmosphérique dans la mine, peut-être aussi au travail au marteau pneumatique, à la température élevée du milieu souterrain, à l'action de gaz hypotensifs (oxyde de carbone, anhydride carbonique).

Un centre international d'étude de la lèpre. — *M. Etienne Brunet.* — Le pays à lèpre le plus rapproché d'Europe est le Brésil. Il y existe un centre d'études international à Rio. Mais il faut signaler, à moitié chemin, entre l'Europe et le Brésil, un centre très bien installé, à Bamako, où les étrangers peuvent venir travailler, avec l'autorisation du ministère des Colonies, qui a fondé cet institut.

La dénatalité. — *M. Devraigne.* — La France se dépeuple : en 1868, elle comptait 1.034.000 naissances par an ; en 1934, elle n'en comptait que 667.000, dont 5.000 dues à l'appoint d'étrangers. Avec les départs de ceux-ci refoulés dans leurs pays, les mariages diminuent ; en 1930, il y eut 342.000 mariages ; en 1934, il n'y en eut que 298.000. Et nous arrivons aux années creuses de la guerre, où nous avons eu un déficit de 1.700.000 naissances !

La diminution seule de la mortalité, d'enfants ou d'adultes, est insuffisante d'autant plus qu'elle est limitée et que le nombre des vieillards augmente. La France, qui en possédait 4 millions en 1864, en compte actuellement 6 millions. L'Italie, avec une population à peu près égale à la nôtre, a 3 millions d'enfants de moins de 15 ans de plus que nous, 12 pays européens, en tenant compte de la composition par âges de la population, sont en état virtuel de dépopulation.

La France détient le record de la dénatalité et du nombre des vieillards. Les conséquences sont : crise de surproduction industrielle et agricole, crise plus grave de chômage, ruine des finances publiques, risques de guerre, d'invasion et de défaite par manque d'effectifs, de matériel, d'alliés.

Il faut, pour sauver le pays, trois enfants en moyenne par ménage, et pour cela encore, beaucoup de familles nombreuses, pour réagir contre l'égoïsme et le désir de jouir facilement de la vie, qui sont facteurs de restriction de natalité. Il faut éduquer la jeunesse et ses éducateurs, généraliser les primes à la natalité, relever les allocations d'encouragement national aux familles nombreuses, créer des pensions aux veuves chargées d'enfants, assimiler les orphelins de familles nombreuses aux pupilles de la nation, réduire les impôts directs pour les chefs de famille, modifier les impôts successoraux suivant qu'il y a plus ou moins de trois enfants, établir la péréquation des ressources aux charges de famille, assurer du travail aux pères de famille, lutter contre les taudis, réglementer le divorce pour assurer plus de stabilité à la famille, punir plus sérieusement l'avortement, intensifier la lutte contre le péril vénérien et l'alcoolisme, multiplier les consultations contre la stérilité involontaire, établir le vote familial.

Bref, il faut une politique de natalité efficace pour encourager les jeunes ménages à avoir des enfants, et leur permettre de les élever.

Sur la persistance de « Rickettsia canis » dans l'organisme du chien après guérison. — *MM. Donatien* et *Lestoquard.*

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 décembre 1935

A propos de l'« hérédo-tuberculose » d'Auguste Lumière. Imprégnation, inoculation et contagion en lutte antituberculeuse. — *M. G. Rosenthal* montre que la notion de contagion est imprécise et doit être démontrée. Il faut séparer en tuberculose l'imprégnation à distance, souvent plus vaccinante que pathogène, l'inoculation par imprégnation directe de bacilles dans l'organisme humain (contagion conjugale des plus rares), la contagion simple par vie commune qui semble entre adultes ne pas être commune. Les partisans de la contagion ne doivent plus se contenter d'une expression imprécise.

Une erreur de pratique médicale : l'ordonnance de post-cure. — *M. Georges Rosenthal* regrette que les médecins des villes d'eaux remettent à leur malade une ordonnance de post-cure. Cette conduite s'oppose à celle des médecins de ville qui, à juste raison, laissent leur collègue diriger la cure hydrominérale. La cure d'eaux produit souvent son effet favorable avec un retardement qui nécessite une direction clinique impossible à fixer d'avance pour deux ou trois mois.

Traitement médical et chirurgical de l'ectopie testiculaire. — *M. Dartigues* préconise le traitement opothérapique (produits thymiques, produits hypophysaires et thyroïdiens). Parmi les opérations, celle par la technique de Doyen lui paraît la meilleure. Mais il y a lieu de faire après ces opérations le traitement hormonique à nouveau et le traitement physiothérapique.

L'anesthésie électrique. Sa réalisation. Sa technique. — *M. R. Grain* nous dit que l'anesthésie électrique est très facilement réalisée par ionisation iodée. Mais elle n'est possible qu'avec une technique rigoureuse dont on ne saurait s'écarter sans aboutir à des échecs thérapeutiques dont on ne saurait rendre la méthode responsable.

Le lympho-pronostic dans les maladies infectieuses. — *M. J.-C. Bayle* et *V. Bayle* présentent leurs travaux sur le lympho-pronostic des maladies infectieuses avec projections à l'appui. Ils comparent avec la courbe de température (dans les maladies infectieuses fébriles) ou de poids (dans les maladies infectieuses apyrétiques) une courbe fournie par le rapport de l'excédent ou du défaut sur la normale des mononucléaires au nombre total des leucocytes. La courbe ainsi obtenue est inverse de celle de la température ou parallèle à celle du poids. Ils montrent les indications que l'on peut tirer pour le pronostic et pensent à la possibilité d'étudier à l'aide de ce critérium l'efficacité des différences thérapeutiques des maladies infectieuses.

G. LUQUET.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Remarquable action de l'insuline sur la gangrène cutanée ischémique

Les douleurs atroces dont se plaignent les malades atteints de gangrène cutanée par oblitération artérielle sont remarquablement influencées par l'insuline. MM. Sézary et Friedmann (*S. Fr. de derm. et de syph.*, 11 juillet 1935) rapportent deux cas, où la sédation de la douleur, commença quelques instants après la première injection. La circulation locale s'amenda, ainsi que le montra l'oscillométrie, et la réparation de lésions cutanées, se produisit, mais lentement.

Mal des rayons

Un malade atteint de mycosis fongoïde est soumis à une radiothérapie intensive. Ses lésions cutanées s'améliorent nettement, mais des troubles graves apparaissent : faiblesse générale, pâleur très accentuée avec anémie profonde, troubles digestifs, nausées, vomissements, diarrhée, — troubles qui entraînèrent la cachexie et la mort et que M. Milian, qui a rapporté cette observation à la Société française de dermatologie (11 juillet 1935) attribue à la radiothérapie.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Henriette d'Angleterre aurait-elle pu être sauvée ? — *Sous ce titre, un article de M. le Docteur Victor Pauchet dans* CANDIDE (2 janvier 1936). « *Un lecteur me demande ce que je pense du cas d'Henriette d'Angleterre. Soit ! Examinons les différentes hypothèses qui ont été émises. Après quoi mon aimable lecteur me permettra de lui retourner sa question et de lui dire à mon tour : — Devine si tu peux et choisis si tu l'oses.* »

... Pozzi avait son hypothèse à lui : « La seule lésion qui ait pu vraisemblablement amener une mort si rapide, écrit-il, est une hémorragie interne, foudroyante par rupture d'une grossesse extra-utérine à un moment où elle ne peut pas être soupçonnée (le premier ou le second mois). Les symptômes observés se rapportent exactement à la description qui en est donnée par tous les ouvrages et toutes les monographies, de l'*inondation péritonéale ou hématocèle péri-utérine foudroyante.* » La crise ici encore débute par des douleurs atroces. Il y a un vomissement immédiat suivi de nausées. L'hémorragie se révèle extérieurement par la pâleur livide du sujet. La mort arrive en neuf ou dix heures.

Vous attendiez le *mais*. Le voici, c'est le Docteur Pozzi lui-même qui le met en avant et le déplore :

Cliniquement, dit-il, *Madame paraît être morte d'une hémorragie interne continue* », mais « *l'autopsie peut-elle nous éclairer ? Nullement. Elle a été tout à fait incomplète.* » Il faisait très chaud, la putréfaction était avancée, les médecins avaient hâte d'en finir. Appelés pour rechercher les traces d'un poison, ils avaient examiné l'estomac, la rate, les poumons, le foie et c'est tout. Il est expressément dit que « *l'on n'a pas ouvert la teste ni les boyaux* ». On ne paraît pas avoir fait l'examen des organes pelviens. Bourdelot indique « *qu'on continua l'ouverture commencée en haut du niveau de l'estomac, jusqu'à la serviette qui était au-dessous du nombril* ». Donc « l'hémorragie péri-utérine a pu échapper à des opérateurs manœuvrant avec une discrétion de commande ».

L'hypothèse de Pozzi n'en restait pas moins plausible, vraisemblable, et son raisonnement d'une logique impeccable. Elle emportait en sa faveur bien des suffrages, quand un autre gynécologue, le Docteur Pichevin, vint à son tour battre en brèche l'hypothèse de Pozzi.

Dans une communication faite à la Société de médecine de Paris, en 1910, le Docteur Pichevin rapporte qu'il a été témoin d'un cas de mort foudroyante qui rappelle étonnamment le cas de Madame.

Une femme de vingt-quatre ans, mariée, ayant eu déjà un enfant, est foudroyée en pleine santé. Elle a été prise de vives douleurs « *quelques heures après un repas copieux* ». La douleur avait été « *suraiguë, angoissante par son acuité et sa continuité* ; elle avait débuté *en coup de foudre* et son siège était au niveau de l'ombilic. La mort était survenue « *avant qu'on eût eu le temps de préparer une intervention* ».

Le Docteur Pichevin — comme dans l'hypothèse de Pozzi — pensa à une rupture de grossesse extra-utérine. Il ne retient pas le cas de perforation stomacale ; il n'y avait eu, en effet, ni vomissements de sang ni autres symptômes précurseurs.

La famille, pensant à un empoisonnement, demande l'autopsie. Or, que découvre-t-on ? A première vue, un estomac en bon état, une muqueuse tout à fait normale ; simplement la présence d'un liquide d'un gris sale et peu abondant. Mais voilà qu'après avoir lavé l'estomac on constate avec stupéfaction, « *plus près du cardia que du pylore, une perforation qui comprend la totalité des tuniques stomacales : ulcération arrondie, de la grandeur d'une pièce d'argent de cinquante centimes* (nous sommes en 1910) *et, sur les bords, une inflammation assez vive. L'ulcération met en communication l'intérieur de l'estomac avec l'arrière-cavité des épiploons.* Les autres organes ne sont que peu ou pas altérés, sauf — comme chez Madame — les poumons, qui « *sont le siège d'une vive congestion, surtout aux bases* ».

Et nous retombons ainsi — pour le cas de Madame — dans l'hypothèse de l'ulcère d'estomac.

De cet aperçu nous pouvons tirer deux conclusions, à savoir :

1° Que le champ reste toujours ouvert aux hypothèses ;

2° Que toutes ces discussions ne sont pas inutiles. Jusqu'ici, elles nous ont révélé que le *drame des poisons* doit être écarté et que Madame a pu et dû succomber à un de ces *drames du ventre* dont nous sommes les témoins, avec cette différence — capitale — que si Madame avait vécu de nos jours, Madame ne serait pas morte.

L'Association des Etudiants en médecine de Paris. — *De M. Pierre-Fernand Malet, président de l'A. E. M. P. dans l'*ECHO DE PARIS (4 janvier 1935) :

L'Hôtel Colbert... curieux destin que celui de cet ancien amphithéâtre où Winslow enseignait « l'art de chirurgie » et dans lequel, furtivement, ses escholiers transportaient de nuit les pendus qu'ils venaient de voler au gibet de Montfaucon, afin d'en étudier l' « humaine mastière ».

Mais la médecine naissante abandonna bientôt ce gîte un peu guindé qui, caché dans son étroit coupe-gorge médiéval de la Bûcherie, perdant chaque jour quelque pierre, devint tour à tour hôtel borgne, lavoir et bien d'autres choses encore au cours des siècles héroïques. Enfin, depuis 1910, restitué aux étudiants sous forme d'une A. G. florissante, il semblait avoir terminé pour longtemps ses tribulations lorsqu'en novembre 1934 pour une question de gros sous, il leur fut à nouveau ravi.

***

Les générations qui ont fréquenté ses vieux murs ont conservé pour lui un profond souvenir, et ce n'est pas sans un réel chagrin que son ancienne Section de médecine, première association groupant les étudiants d'une même corporation, et devenue, depuis 1927, l'Association des étudiants en médecine de Paris, dut abandonner le troisième étage qu'elle habitait depuis trente ans.

Mais, fourmi économe, l'A. E. M. P. avait constitué un bas de laine grâce à de généreux bienfaiteurs. Aussi, riche d'une belle et abondante bibliothèque, de nombreux microscopes, d'un fond de caisse honorable et d'une réserve de bonnes volontés décidées, a-t-elle survécu à la mort de l'A. G. Certes, un projet lui tenait à cœur : se réinstaller, elle seule, dans son vieil hôtel Colbert ; mais l'héritage était momentanément trop lourd. Elle s'est donc contentée d'une confortable boutique, où, à quelques mètres de la Faculté de médecine, fonctionnent avec leur longue expérience et dans un ordre impeccable, ses services d'entr'aide.

Pour sa renaissance, le ministre de la Santé publique, le recteur de l'Académie, le doyen de sa Faculté et maintes personnalités tinrent à venir évoquer l'histoire du passé, les projets d'avenir et boire le champagne traditionnel.

Ses dix mois de vie nouvelle lui ont permis de retrouver

auprès des étudiants l'excellent accueil qu'escomptait son comité. Celui-ci n'envisage-t-il pas de fêter le millième adhérent annuel pour Pâques prochaines ?

....

Récemment, à la suite de l'augmentation des droits universitaires, les étudiants en médecine ont également compris le besoin de créer une vaste organisation réunissant les internes, les externes, le groupe catholique et les associations diverses qui par leur dissémination représentaient individuellement des minorités. Ainsi naquit le « Comité d'entente » dont l'action, énergique et au-dessus de toute influence politique, auprès des pouvoirs publics, a été couronnée de succès puisqu'il a obtenu : la réouverture des registres de demandes d'exonérations jusqu'au 15 janvier, et la mise à l'étude de commissions de répartition de ces exonérations, comprenant une représentation estudiantine.

La preuve est donc faite de l'utilité d'une union dans une seule association qui pourra défendre les intérêts corporatifs dans le calme et sans agitation. Le nombre de ses adhérents lui conférera un poids suffisant. C'est dans cet esprit que l'Association des Etudiants en médecine de Paris s'est réouverte au 6 de la rue Antoine-Dubois et que le meilleur accueil sera réservé à tous les étudiants dans un foyer spacieux, confortable et gai, où ils auront plaisir à se retrouver et à bavarder entre deux cours.

La marée influe-t elle sur l'heure de la naissance ? Je Suis Partout :

Deux médecins de Kiel viennent de publier, dans une revue d'obstétrique, les résultats d'observations qu'ils ont faites concernant l'influence de la marée sur les naissances. Ils avaient été frappés d'une croyance populaire, répandue chez les habitants des régions maritimes et suivant laquelle la marée montante précipiterait les accouchements. Les sages-femmes auraient noté que la plupart se produisent pendant cette période et, sur les côtes de la mer du Nord, les paysans, quand leur vache est sur le point de vêler, vont tranquillement se coucher si la marée descend pendant la nuit ; si elle monte, ils restent à l'étable et font les préparatifs nécessaires.

Il résulte de l'enquête de ces médecins que l'effet de la marée serait incontestable, sans qu'on puisse en donner une explication satisfaisante du point de vue scientifique. Ce phénomène était attribué, jusqu'à présent, à une superstition qui ne peut être répandue sans raison dans le monde entier : on la rencontre jusqu'au Mexique et au Japon.

La prestation du serment d'Hippocrate se fera t-elle en toge ou en veston ? — Le Progrès de Lyon (*La Vie Universitaire*) :

La question du rétablissement du serment d'Hippocrate encore pendante devant le Conseil de la Faculté de médecine soulève la question de la toge que les aspirants devaient revêtir pour soutenir leur thèse de doctorat. L'on pense en effet que le serment prêté en veston, ou en culottes de golf, perdrait beaucoup de sa solennité.

L'on reviendrait ainsi au port de la robe, tombé en désuétude sous les protestations des étudiants, dans toutes les Facultés.

A la Faculté de droit, plus fidèle gardienne de la coutume et de l'apparat, les maîtres continuent à faire leur cours en toge. Ils siègent également en robe dans les examens et les thèses et, jusqu'en 1900, si nos souvenirs ne sont pas trop imprécis, les candidats se présentaient également en robe. Ensuite, la robe ne fut exigée des étudiants que pour la thèse de doctorat.

Ressouvenance curieuse : à l'Ecole de droit de Beyrouth, filiale de la Faculté de Lyon, les jeunes juristes doivent prêter un serment, analogue à celui d'Hippocrate, par lequel ils s'engagent au secret professionnel et au respect scrupuleux de la loi morale.

A la Faculté des lettres, les professeurs siègent toujours en robe pour les thèses de doctorat. Les candidats se présentent en tenue de ville, parfois même en habit.

A la Faculté des sciences, les maîtres ne siègent en robe qu'exceptionnellement pour les soutenances de doctorat. Les candidats ne sont astreints qu'à une tenue correcte.

A la Faculté de médecine, le cérémonial a été réduit à sa plus simple expression. Jusqu'en 1905, les aspirants docteurs devaient se présenter en toge et bonnet noir devant le jury en toge amaranthe. Depuis, la robe n'a plus été de rigueur. Certains candidats en ont profité pour se présenter dans les tenues les plus fantaisistes. Evidemment le sans-gêne est là particulièrement messéant, mais il y a loin de pareilles irrévérences, malgré tout exceptionnelles, à la restitution d'un rituel renouvelé des ballets de Molière.

Dans les Universités anglaises la toge, la robe n'ont pas le même caractère « pontife » que chez nous. C'est à la fois un

insigne pour maîtres et élèves à l'intérieur de l'Université, une manière d'uniforme égalitaire qu'on revêt, ou qu'on met dans sa poche, avec la même simplicité désinvolte.

Ici, la toge professorale est costume d'apparât assez incommode à ajuster, à porter, qui supporte mal les gestes de la vie courante et d'abord les intempéries. Ainsi, il y a quelques années les professeurs de médecine avaient suivi en toge, jusqu'au cimetière, les funérailles d'un de leurs collègues. Robes et bonnets en souffrirent beaucoup car il faisait fort mauvais temps. Aussi décida-t-on que, désormais, l'on ne sortirait plus les robes pour les cérémonies de plein air.

La « petite Louison ». — *Sous ce titre, un article de M. Edmond Pilon, dans l'*Action Française *(26 déc. 1935). En voici un extrait :*

... La *petite Louison* n'est autre en effet, ici, que la guillotine ; et dans l'horrible émulation qui s'établit, lors de cette invention, entre le chirurgien Antoine Louis et le Docteur Guillotin, c'est le nom de ce dernier qui prévalut.

Est-ce parce que Guillotin, plus habile que Louis, et par ses qualités de député et de franc-maçon, vénérable de la loge la *Concorde fraternelle* (de l'Orient de Paris) en imposait davantage que sa réputation l'emporta ? On ne le sait pas trop. Toujours est-il qu'il en fut de l'aimable instrument appelé *guillotine* un peu comme de l'Amérique : ce n'est pas son premier père qui fut son parrain ; et dans l'un de ses articles d'un sérieux au moins cocasse, publié en 1822, la *Bibliographie universelle des contemporains*, ne laisse point de le préciser avec rigueur : « *On donna*, dit-elle, *spontanément à la machine que le célèbre médecin avait proposée le nom de* guillotine *qui fut adopté de préférence à celui de la* petite Louison (*du nom de M. Louis, secrétaire de l'Académie de chirurgie) qu'elle avait reçu d'abord.* »

Dans un fort bon livre, dont on n'a point parlé autant qu'il le mérite et qui est bien le plus documenté sur ces temps barbares : la *Tyrannie démocratique pendant la Révolution* (1), M. Henri d'Alméras rapporte qu'en 1909, lors de la dispersion aux enchères publiques de la collection Forgeron, deux petites maquettes en bois de machines à décapiter furent disputées par les amateurs. L'une était, paraît-il, du type *Guillotin* avec le couteau cintré en forme de croissant, l'autre du type *Louis*, avec le couteau en biseau droit. C'était ainsi dans la forme du couteau, plus encore que dans sa disposition, que la différence entre les deux machines apparaît *tranchée*, si l'on peut dire ; et peut-être bien que si, selon la remarque bien connue de Buffon à propos des ouvrages littéraires, le style c'est l'homme, c'est peut-être aussi, dans l'œuvre des bourreaux et des chirurgiens, un style particulier et bien à la mesure de ceux-ci qu'un tranchant affilé, net et luisant !

Outre quelques « planches » maçonniques de la meilleure obédience, les catalogues d'autographes laissent passer quelquefois, du Docteur Joseph-Ignace Guillotin, d'assez étonnants papiers. Ce sont, le plus souvent, des certificats en faveur de la vaccine antivariolique, et d'autres encore, dont eussent été bien friands en leur époque MM. Diafoirus et Purgon. « *Je conseille à Mme Arnauld* (la consultante), écrit le médicastre en l'un de ces grimoires, *de se faire ouvrir un cautère au bras gauche et de l'entretenir ensuite soigneusement. Elle prendra chaque matin à jeun un bouillon de colimaçon préparé comme il suit : prenez une douzaine de colimaçons de vignes ; lavez et concassez-les ; mettez dans une chopine d'eau avec deux oignons blancs, deux navets... enfin prenez du lait d'ânesse* » (1).

Ainsi traitait ses malades le Docteur Guillotin, l'un des deux pères de la *petite Louison*. On laisse à penser qu'Antoine Louis, apparemment plus noble, y mettait des formes au moins plus recherchées. Quoi qu'il en soit et quelque bonheur que leur fit leur fille putative, ces hommes d'Esculape arrivèrent à point pour procurer au public révolutionnaire une distraction de qualité...

(1) Henri d'Alméras. — La Tyrannie démocratique pendant la Révolution (Albin Michel).

(1) Catalogue de lettres autographes établi par les soins de J. Arna (octobre-novembre 1935).

Paul Bourget et la médecine. — *Détaché d'un article de M. Gaëtan Sanvoisin, dans* Je Suis Partout *(28 déc. 1935), intitulé :* La figure et l'œuvre de Paul Bourget.

... Combien de fois l'ai-je entendu réciter ces phrases de Claude Bernard : « La vie, c'est la création. Ce qui est essentiellement du domaine de la vie, ce qui n'appartient ni à la physique ni à la chimie, ni à rien autre chose, c'est l'idée créatrice de cette évolution vitale... Dans tout germe vivant il y a une idée directrice qui se développe et se manifeste par l'organisation ». Et Bourget ajoutait : « Reportez sur l'étude de l'homme et sur celle des peuples cette brassée de remarques, vous admirerez avec quelle surprenante exactitude la formule s'applique aux grandeurs et aux décadences des individus et des pays. Les vérités sont, selon leur nature, d'expérience historique ou d'expérience biologique. »

....

On a beaucoup rappelé l'intérêt que portait Bourget à la médecine et l'amitié qui le liait notamment au Professeur Chevassu, au Docteur Charles Fiessinger. « Il n'aurait eu qu'à suivre un penchant profond de son esprit pour devenir un grand savant », a noté Barrès. En octobre 1930, à soixante-dix-huit ans il eut l'honneur, dont il ressentit une joie infinie, de présider le Congrès de chirurgie, à la Faculté de médecine. Ce jour-là fut, selon son propre témoignage, l'un des plus beaux de sa vie. Je l'entends encore définir, devant un aréopage attentif et silencieux de princes de la science médicale, ce qu'il appelait « la sainte chirurgie » : « Que suppose le geste de l'opérateur ? D'abord la connaissance minutieuse du terrain anatomique sur lequel il est penché ; tout un travail préalable de l'esprit, l'enseignement d'innombrables observateurs qui lui ont appris à le penser, ce terrain, à en distinguer et le détail et l'ensemble. Cette pensée, sa main ne fait que la suivre en la rendant agissante. » Et, rappelant le mot de Bacon : « On ne commande à la nature qu'en lui obéissant », Bourget concluait : « Pour lui obéir, il faut l'étudier dans sa vérité et en accepter les lois. L'excellence dans tous les métiers et toute la conduite dans la vie, dépendent de l'accord entre la pensée et l'action. »

On lit d'autre part, dans l'Action Française, *sous la signature de M. Léon Daudet :*

« Nous n'étions pas toujours du même avis, notamment en médecine, où il avait des certitudes que, pour ma part, je n'avais pas, ayant vu les choses et les hommes de trop près. »

Le Gérant : A. ROUZAUD CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 3 LE NUMÉRO : 50 Centimes 18 JANVIER 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

Travaux originaux

G. CARRIÈRE et C. HURIEZ : Les glucides du plasma des hypertendus.... 89

L. DELHERM et STUHL : La radiothérapie du pancréas dans l'asthme 98

Pratique médicale

A. MARMEAUX : Extraction par bronchoscopie d'un corps étranger au cours de l'accouchement 107

Revue de Pharmacologie

P. BOYER et L. DUTHEIL : La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1934-1935 (*suite*) 108

Revue de Presse parisienne 115

Sociétés savantes

Société Médicale des Hôpitaux 119

Société de Médecine de Paris 119

Notes cliniques et thérapeutiques ... 120

Nouvelles 83

Échos et Glanures 86 123

Bibliographie 104

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — NOMINATIONS :

I. *Médecins* (service des consultations). — MM. les Docteurs Gutmann, à l'Hôtel-Dieu ; Escalier, à la Pitié ; Boltanski, à Saint-Antoine ; Lambling, à Necker ; Coste, à Cochin ; Decourt, à Beaujon-Clichy ; Dreyfus, à Beaujon-Paris ; Hamburger, à Lariboisière ; Basch, à Tenon ; Célice, à Laennec ; Weissmann, à Bichat ; Mme Bertrand-Fontaine, à Broussais ; MM. Rachet, à Boucicaut ; Clément, à Trousseau ; Levesque, à Bretonneau ; Pichon, à Hérold ; Péron, à Ambroise-Paré.

II. *Chirurgiens.* — Assistants : MM. de Gaudart d'Allaines, du Docteur Roux-Berger ; Moulonguet, du Docteur Gernez ; Gatellier, du Professeur P. Duval ; Bloch (Jacques), du Professeur Cunéo ; Petit-Dutaillis, du Professeur Gosset ; Fey, du Professeur Marion ; Charrier, du Professeur Gosset ; Sénèque, du Professeur Cunéo ; Micpon, du Professeur Grégoire ; Maurer, du Docteur Lardennois ; Wilmoth, du Professeur Lenormant ; Oberlin, du Docteur Chevrier ; Huet, du Docteur Mondor ; Ameline, du Docteur Basset ; Thalheimer, du Docteur Desmarest ; Welti, du Docteur Lardennois ; Ménégaux, du Professeur Lenormant ; Banzet, du Docteur Baumgartner ; Fèvre, du Professeur Ombrédanne ; Huard, du Docteur Okinczyc ; Gueullette, du Docteur Capette ; Meillère, du Docteur Despias.

(Service des consultations). — MM. Quénu, à Necker ; Braine, à Saint-Antoine ; Soupault, à Beaujon-Clichy ; Bloch (René), à Saint-Louis ; Bernard (Raymond), à la Pitié ; Redon, à Lariboisière.

MM. Schwartz et Chifoliau, chirurgiens honoraires des hôpitaux, assureront les consultations ci-dessous désignées : MM. Schwartz, à Bichat ; Chifoliau, à Tenon.

III. *Oto-rhino-laryngologistes* (service des consultations). — MM. Bouchet, à Ambroise-Paré ; Chatellier, à Claude-Bernard ; Leroux, à Cochin ; Aubry, à la Policlinique du boulevard Ney ; Ombrédanne, à Hérold ; Lallemant, à Bretonneau ; Lemariey, à l'hospice de Brévannes, au sanatorium de Champrosay, au sanatorium de Champcueil.

IV. *Ophtalmologistes* (service des consultations). — MM. Prélat, à Cochin ; Hartmann, à Ambroise-Paré ; Favory, à Trousseau ; Parfoury, à Bicêtre ; Renard, à la Policlinique du boulevard Ney.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Perrineau, Guennec, Collomb, Mlle de Saint-Marc, MM. Collin, Etcheverry, Coquelin, Fraboulet, Chassagnette, Mlle Corpereau, MM. Casty, Darmaillacq, Baud, Bonnet, Garnier, Bannel, Pernot, Fallot, Wolff, Langeard, Duthou, Duchet-Suchaux, Brisbare, Conte, Lambert, Turpaud, Mme Hirsch (en surnombre), MM. Guen, Prat-Rousseau, Campagne, Moretti, Laborit, Vergez, Menaud, Boris, FontjLapalisse, Mlle Aragnieu, MM. Dubarry, Perron, Porte, Monaque, Laffite, Rouan, Dumeau, Laporte, Petriat.

Externes provisoires : MM. Galais, Flottes, Both, Pujo, Urutibehety, Puyou-Laffon, Mlle Foucault, MM. Papet, Rivière, Rondet, Labail, Hazera, Abdelmoula, Haulon, Auffret, Brun, Darjo, Moulies, Barucq, Pujol, Suel, Labarbe, Roy.

Amphithéâtre d'anatomie (M. le Docteur Maurice ROBINEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique), en dix leçons, par MM. les Docteurs Magitot, Bollack et E. Hartmann, ophtalmologistes des hôpitaux, commencera le lundi 3 février 1936, à 14 heures et continuera les jours suivants à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations sur l'œil humain et l'œil animal. Droit d'inscription : 350 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Le registre d'inscriptions est clos deux jours avant l'ouverture du cours. Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

PROGRAMME DU COURS. — 1° Opérations sur les muscles oculaires. — 2° Opérations sur la conjonctive et la cornée. — 3° Opérations sur les paupières. Opération du ptosis. — 4° Opérations sur les voies lacrymales. — 5° Opérations antiglaucomateuses. — 6° Opérations palpébrales. Autoplasties. — 7° Opérations sur les nerfs de l'orbite et de la face. — 8° Opérations sur les paupières. Marginoplasties. — 9° Opérations sur le cristallin. — 10° Opérations sur l'orbite.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la légion d'honneur.

GUERRE. — (Réserve). *Au grade de commandeur.* — M. Nobécourt.

Au grade d'officier. — MM. Potron, de Saint-Rapt, Jarry et Jaulin du Seutre, Reverdy, Crozet, Leclerq, Armbruster, Rambaud, Landret, Leveil, Foisy, Bousquet, Loubat, Sorrel, Chagavat, Vogelin, Florand, Paoli, Joannon, Janaud, Pichon.

Au grade de chevalier. — MM. Janin, Lusinchi, Vigot, Foure, Racle, Girard, Bouchaud, Heitz, Moutard, Didier, Rouge, Moulonguet, Rion, Le Paumier, Faugeron, Villemur, Simard Noguies Morault, Alayranges, Mugnery, Huermand, Bougault, Tissot, Solanet, Alinat, Thiébaut, Delon, Verger, Championet, Cavailles, Ferret, Lhuissier, Sebald, Courteville, Daurios, Joanny, Barry, Poste, Larrieu, Montero, Gaillard, Le Blay, Germain, Renaud, Montlahue, Pilven, Gelas, Sarda, Barbier, Dorvault, Longy, Jeanjean, Peignaux, Mevel, Vacheron, Carrière, Renault, Michel, Brenas, Perrin, Bartet, Girard, Chatellier, Hay, Rossignol, Lehmann, Cunault, Le Normand, Monod, Semenon, Courbe, Delacloche, Grellier, Bernheim, Foucaud, Michelet, Champion, Cohen, Boutin, Théron, Domergue, Ménard, Louvard, Vogt, Graffe, Fernet, Allain, Capart, Azam, Pernin, Bit-

terlin, Jouisse, Maisondieu, Sarrouys, Carrié, Moret, Rougon, Ducassy, Bardon, Resler, Moreau-Gemelli et Péchaud. (*J. O.*, 30-31, décembre 1935.)

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Henri Torchaussé (de Paris) ; M. Barillot, pharmacien à Périgueux.

MARINE. — *Au grade de médecin commandeur.* — M. le médecin général Chauvin.

Au grade d'officier. — M. le médecin en chef de 2e classe Baixe; M. le médecin principal Parcellier.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de 1re classe Négrie et Bourret. (*J. O.*, 1er janv. 1936.)

M. le Docteur Veilliot, à Shanghaï. (*J. O.*, 5 janvier 1936.)

JUSTICE. — *Au grade d'officier.* — M. le Docteur Cabannes, expert près les tribunaux.

Au grade de chevalier. — MM les Docteurs Meuvret, médecin des prisons de Fresnes ; Sannié, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Service de santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Le médecin colonel Corbel, du Centre de réf. de Paris, sous-dir. du Serv. de santé de la 9e Région.

Les médecins commandants : Sarazin, de l'hospice mixte de Besançon, médecin chef ; Maniel, de l'hospice mixte de Rouen, hospice mixte du Havre ; Berger, du 15e tir. algériens, à l'hôpital de Rennes, au ministère de la Guerre ; Montels, de l'hôpital d'Amélie-les-Bains, à la légion de gendarmerie de la Seine ; Castillon, des troupes du Levant, à l'hospice mixte de Rouen.

Les médecins capitaines : Aymé, des troupes de Tunisie, au 155e d'inf. ; Steullet, du 18e dragons, au 162e d'inf. ; Bousquet, des territ. du Sud tunisien, au 15e tir. algériens ; Sautriau, de l'E.-M. de la région de Paris, à l'hôpital du Val-de-Grâce ; Finance, du 30e dragons, au 39e d'art. ; Delteil, du 151 d'inf., au 18e dragons ; Raboutet, du 162e d'inf., au 30e dragons ; Boyer du 402e d'art. de déf. contre aérones à la dir.du Serv. de santé, de la 3e région ; Dumond, du 36e d'art., au 29e chasseurs à pied ; Grégoire, du 155e d'inf., au 151e d'art.

Les médecins lieutenants : Mabille, du 26e d'inf., aux troupes de Tunisie ; Pigache, du 19e esc. du train, à l'E.-M. de la région de Paris ; Migrot, des troupes du Maroc, au 36e d'art. ; Maupin, de l'hôpital Sédilloy, à Nancy, au 26e d'inf. ; Castellani, de la place de Lanslebourg, à la place de Modane ; Lavoue, de l'hôpical Villemin, Paris, au 19e esc. du train; Rouquet, de l'hôpital Legouest, Metz, au 151e d'inf.

Médaille du Docteur Bourgeois. — La remise au Docteur H. Bourgeois de la médaille due au talent de M. Fix-Masseau, aura lieu dans son service de l'hôpital Laënnec, le dimanche 19 janvier à 10 h. 45 du matin.

Noms de médecins donnés à des rues. — Le Conseil municipal a décidé de donner à une voie de Paris les noms de Magnan, Bourneville, Germain Sée et Charles Richet.

Syndicat des médecins de la Seine. — Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine vient d'élire son bureau pour 1936. En voici la composition : Président, M. Paul Tissier ; vice-présidents, MM. Boelle, Bourguignon ; secrétaire général, M. P. Barlerin ; secrétaires adjoints, MM. Deguy, Vaslin ; trésorier, M. Armand Lévy.

Dîner de l'Umfia. — Le dîner de l'Umfia aura lieu le lundi 3 février, dans les Salons du Palais d'Orsay, sous la présidence de Son Excellence M. dè Cardenas y Rodriguez de Rivas, ambassadeur d'Espagne à Paris et du Professeur Maranon, de Madrid et du Professeur Jean Lépine, de Lyon.

Voyage médical au plus grand Maroc (Pâques 1936). — Un voyage réservé aux médecins et aux personnes spécialement recommandées par eux, sera organisé à Pâques, au Maroc. De programme inédit, il aura ceci de particulier, qu'outre les endroits classiques, il visitera des régions, nouvellement ouvertes à la colonisation, du Riff, du Grand Atlas et du Souss. Itinéraire : Tanger, Tétouan (Maroc Espagnol), Ouezzan, route du Riff, Fès, Moulay-Idriss, Volubilis, Rabat, Marrakech, traversée complète du Grand Atlas par le col de Tizni-Test, Taroudant (chef-lieu du Souss), Agadir, Mogador, Safi, Mazagan Azemmour, Casablanca. Le départ aura lieu de Marseille le 4 avril, le retour dans le même port, le 21 avril. Prix forfaitaire : 3.885 francs français.

S'adresser de notre part à la Section des Voyages de *Bruxelles Médical*, 29 boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles.

Echos et Glanures

Les premières assises de l'Association Universelle pour la protection internationale de l'Humanité. — *Elles vont se tenir à Monaco du 10 au 12 février, avec l'appui du prince souverain Louis II.* (*Il y a une Société protectrice des animaux et pas de Société protectrice des hommes, écrit M. Jacques Henri Lefebvre dans* Le Jour... *il y a des gens qui parlent sérieusement de la créer aujourd'hui*) :

Il va donc être délibéré, à Monaco, sur la défense matérielle et juridique des populations civiles et sur l'organisation des secours. On envisagera ce cas charmant entre autres où, « sous l'effet des puissances de mort décuplées... les Services de santé d'une nation seraient à bout, submergés par l'accumulation des mourants, dans l'impossibilité de faire face à leur tâche. »

Et puis, après ces examens, on créera l'association protectrice des hommes, chargée de maintenir le flambeau charitable de ces assises — en l'occurrence, un extincteur.

Il n'y a pas d'irrévérence ; mais nous supputons avec quelques scepticisme les effets que pourra produire ce concile monégasque sur le délire universel.

Escompter qu'à la première tentative de persasion on réussirait à passer la camisole de force au monde nous semble enfantillage. Un tel exploit ne s'accomplira pas d'un seul coup. Il y faudra du temps !

Le Bon Dieu lui-même, qui prodigue des milliers de grains de pollen pour féconder une seule fleur nous donne l'exemple de la modestie patiente.

Bornons-nous, sans nous emballer, à saluer ces précurseurs.

Mais s'ils échouent matériellement nous n'en considérons pas moins avec le plus profond respect les services qu'ils peuvent rendre dans l'ordre moral. « *Tant crie-t-on Noël qu'il vient* », disait l'autre.

Il n'est pas téméraire d'espérer que quelques âmes entendront l'appel des « protecteurs de l'homme ». Elles noteront au passage l'événément, si chétif fût-il, de la réunion de Monaco.

Les vétérinaires à l'honneur. — Aux Ecoutes :

Les médecins des bêtes ont fait du chemin depuis que Bourgelat, écuyer du roy, créa la première école en 1779... Ils vont fêter ces-jours-ci, en toute intimité, le palmarès de leurs gloires en 1935. A ce propos, le Docteur Ramon, successeur du Docteur Roux à l'Institut Pasteur, rappelait récemment combien on méconnait généralement la valeur scientifique de cette corporation.

C'est que je suis moi-même vétérinaire, disait-il à son collègue le Docteur Guérin.

A quoi, le savant qui partage avec le Docteur Calmette la paternité du fameux B. C. G. répondit :

— Moi aussi, figurez-vous, je suis vétérinaire. Et le Profeseur Leclainche, lui aussi, est vétérinaire...

Alors, le Docteur Ramon, en souriant :

— Ce qui prouve bien, cher ami, que, de l'homme à la bête, il n'y a pas toujours la distance que notre amour-propre lui attribue.


οβησιτη
μηνοπαυσε

TRAVAUX ORIGINAUX

Les glucides du plasma des hypertendus

Par

G. CARRIÈRE, et **Claude HURIEZ,**

Professeur de Clinique médicale — Chef de Clinique médicale

à la Faculté de médecine de Lille

Durant ces dernières années, nous nous sommes attachés à préciser la formule humorale de l'hypertension artérielle. Nous voudrions, dans cet article, utiliser les résultats d'une partie de ces recherches, concernant plus particulièrement l'étude du métabolisme glucidique des hypertendus.

Après analyse et étude synthétique de nos déterminations, qui ont porté sur un groupe de 105 hypertendus, il nous sera possible de rapprocher nos conclusions des opinions émises par les divers auteurs qui se sont intéressés au rôle et à la place des troubles de la glyco-régulation dans la genèse du processus hypertensif.

Nous nous trouverons en présence de trois hypothèses :

a) Certains estiment que les troubles du métabolisme glucidique des hypertendus plaident en faveur de la théorie surrénalienne de l'hypertension, de la conception de Vaquez, d'une hyperadrénalinémie à la base du processus hypertensif ;

b) Pour d'autres, les perturbations du sucre sanguin chez les hypertendus sont analogues à celles des néphrétiques et sont un argument de plus en faveur de la théorie rénale de l'hypertension artérielle ;

c) Enfin plus nombreux sont ceux qui considèrent les troubles du métabolisme glucidique comme secondaires simplement au trouble profond de tous les échanges au cours de la maladie hypertensive. En un mot, ils ne seraient *qu'un des multiples témoins humoraux du disfonctionnement des centres régulateurs de la tension artérielle.*

A l'aide des dosages que nous rapportons, nous discuterons les éléments qui plaident en faveur de ces trois hypothèses pathogéniques du processus hypertensif : théories surrénale, rénale ou neuro-humorale.

* * *

I

Recherches personnelles

Il ne sera pas nécessaire de développer les bases cliniques de ce travail, qui ont été longuement exposées dans diverses publications antérieures consacrées au sang des hypertendus (1).

Nous rappellerons uniquement que nos recherches ont porté sur 105 malades dont le processus hypertensif était *permanent, net* (pression maxima dépassant 20) et *stable.*

Pour l'interprétation des troubles métaboliques et particulièrement de nature glucidique, il était très important de séparer 35 hypertensions en apparence solitaires (10 sujets jeunes, 25 sujets âgés) des 38 hypertendus qui présentaient des complications cérébrales (10), aortiques (9), artérielles (2), oculaires (8), et rénales (9), et surtout il fallait analyser dans un chapitre spécial les perturbations sanguines d'ordre glucidique de 32 hypertendus où le trouble tensionnel était associé soit au diabète (4), soit à l'obésité (6), soit à la ménopause (14), ou à la syphilis (8).

Le métabolisme des glucides fut étudié chez ces malades par la détermination de la *glycémie à jeun* et des *indices chromiques du plasma* par la méthode du Professeur Polonowski.

Résultats des dosages

A) *Glycémie*

Effectuée suivant la technique de Baudouin, après défécation sulfotungstique, la glycémie à jeun des sujets sains oscille normalement entre 0,90 et 1 gr. 10 au litre.

La moyenne des glycémies de 94 hypertendus fut de 1 gr. 16, dépassant légèrement la limite supérieure des taux normaux.

En analysant ces 94 dosages, on constate :

1° La rareté des hypoglycémies, puisque huit plasmas seulement renfermaient moins de 0 gr. 90 de glucose au litre.

2° Le nombre important des glycémies normales : 41 hypertensions en effet s'accompagnaient de glycémies comprises entre 0,90 et 1,10.

3° La fréquence enfin des hyperglycémies : la glycémie de 45 hypertendus dépassait en effet 1 gr. 10.

Dans l'hypertension permanente la glycémie est donc exceptionnellement basse (10 %), assez fréquemment normale (43 %) et plus souvent haute (47 %). Une fois sur deux elle est donc exagérée.

Cette perturbation du métabolisme des hydrates de carbone mérite d'autant plus d'être soulignée, qu'elle existe en dehors des hypertensions des néphritiques, des obèses, des diabétiques. Le trouble glyco-régulateur est surtout marqué chez les hypertendus jeunes.

Il n'affecte aucun rapport apparent avec la protidémie et l'azotémie de ces malades ; il suit assez bien leurs variations tensionnelles, et beaucoup plus fidèlement celles de leurs cholestérolémies.

Enfin chez nos hypertendus, glycémie et chlorémie nous ont paru varier en sens inverse.

B) *Indices chromiques plasmatiques*

Sur les reliquats des filtrats sulfo-tungstiques, utilisés pour la détermination des glycémies, nous avons déterminé, selon la technique de M. le Professeur Polonowski, l'indice chromique total des plasmas étudiés.

Grâce à la mesure de la glycémie, pouvait être calculé l'indice chromique glucidique, qui déduit de l'indice total, nous donnait l'indice chromique résiduel, que les recherches du Professeur Polonowski et de Warembourg, ont considéré comme un reflet fidèle du mécanisme glyco régulateur et un test sensible et pratique de l'insuffisance glycolytique.

I. — Indice chromique total

Les taux de 1,75 à 1,90 sont considérés comme normaux. La moyenne de 51 déterminations au cours de l'hypertension artérielle permanente fut de 2,07, ce qui représente une accentuation analogue à celle de la glycémie vis-à-vis des limites normales.

Onze indices étaient cependant inférieurs à 1,75 ;

Sept étaient compris entre 1,75 et 1,90 ;

Dix entre 1,90 et 2,10 ;

Mais surtout 23 indices étaient nettement exagérés, car dépassant 2,10.

(1) CARRIÈRE, HURIEZ, LEPERRE et SENCE. — *a*) Propriétés physico chimiques du sang des hypertendus. *Bull. Soc. Méd. Hôp Paris*, 12 juillet 1935, p. 1216-1221. — *b*) Le sang des hypertendus. *Archives maladies du cœur*, 1er sept. 1935.

En synthèse, l'indice chromique total du plasma était particulièrement augmenté chez les hypertendus diabétiques (2,64), obèses (2,25), néphritiques (2,27), ce qui ne pouvait surprendre, mais pareille constatation devait être faite également chez les hypertendus juvéniles solitaires (2,23).

Par contre, l'indice chromique total était à peu près normal chez les hypertendus âgés, avec ou sans complications vasculaires et au cours des hypertensions de la ménopause.

En somme l'indice chromique total du plasma des hypertendus est souvent élevé et le fait vaut d'être noté au cours des hypertensions solitaires des jeunes, où le trouble glyco-régulateur s'avère presque aussi important que dans les hypertensions des néphritiques, des obèses et même des diabétiques.

II. — Indice chromique résiduel

La moyenne de 49 déterminations de l'indice chromique résiduel chez nos hypertendus, fut de 0,54, encore comprise dans les limites normales (0,35 à 0,55).

Deux points sont à souligner :

a) L'augmentation considérable de l'indice chromique résiduel au cours des hypertensions solitaires juvéniles (moyenne 0,78).

b) Les valeurs très variables de l'indice chromique résiduel de nos hypertendus diabétiques, où nous avons relevé les taux les plus bas de cet indosé. (Il s'agissait d'ailleurs de diabétiques sans dénutrition et non traités par l'insuline).

Ces constatations sont trop peu nombreuses pour entraîner des conclusions valables : Stepp cependant avait déjà signalé cette fréquente diminution du carbone indosé au cours du diabète, alors que Roche, puis Warembourg constatèrent de façon à peu près régulière une augmentation considérable de l'indice chromique résiduel des diabétiques.

L'indice chromique résiduel de nos hypertendus ne nous a pas semblé suivre servilement les variations du sucre sanguin ni celles du processus tensionnel.

c) L'étude du rapport $\frac{\text{indice chromique résiduel}}{\text{indice chromique glucidique}}$ objective cette dissociation.

La moyenne de 0,38 pour nos 49 déterminations reste comprise dans les limites des oscillations normales (0,20 à 0,40).

Les chiffres les plus bas furent par contre relevés au cours des hypertensions artérielles à grosses lésions rénales (0,30) et des hypertensions artérielles des diabétiques (0,28).

Variations de la formule glucidique suivant les divers types cliniques d'hypertension artérielle

L'insuffisance glycolytique des hypertendus est donc bien démontrée par l'analyse des résultats des glycémies et indices chromiques plasmatiques.

Seuls les hypertendus âgés, sans complications viscérales, paraissent présenter ce trouble à un moindre degré. Le trouble métabolique reste léger au cours des hypertensions associées à la ménopause ou à la syphilis.

Il s'accentue au cas de lésions vasculaires, mais sans qu'il y ait concordance dans les résultats fournis par la détermination des glycémies et indices chromiques plasmatiques.

Les perturbations de la glycogénèse sont évidentes au cours des hypertensions des diabétiques, des obèses et des néphritiques.

Mais le fait que le métabolisme glucidique est tout aussi troublé dans l'hypertension juvénile que dans les hypertensions associées à des maladies de la nutrition ou compliquées de lésions rénales, ce fait suffit à montrer l'importance de l'insuffisance glycolytique au cours de l'hypertension artérielle permanente.

A l'aide de nos résultats et analysant les travaux publiés sur ce sujet, nous discuterons de l'origine et de la valeur à attribuer à ce trouble métabolique dans la génèse du processus hypertensif.

***

II. Revue générale des troubles du métabolisme glucidique des hypertendus

A. Fréquence des troubles de la glyco-régulation au cours de l'hypertension artérielle permanente

C'est Neubauer qui a signalé le premier l'existence d'une hyperglycémie chez les hypertendus. Ce trouble fut retrouvé et étudié dans de nombreuses publications, la plupart étrangères.

Dans la littérature allemande, nous relevons les travaux de Dorle, d'Hagelberg, d'Hitzenberger, d'Iwal et Lœwy, les multiples recherches de Kylin, celles de Jonas, de Rotncke, de Vœgelin et de Schwab.

Parmi les travaux de langue anglaise, ceux de Fishberg, Herrik, Keitz, Killian, Meyers, Molher, Musser et Wright et de Pearce confirment la notion de l'hyperglycémie à jeun. O'Hare insiste sur la diminution de la tolérance aux hydrates de carbone, mise en évidence par les épreuves d'hyperglycémies provoquées.

Les publications de Botti, Farini, Galupi, Maranon et Stirpe aboutissent à des conclusions analogues.

Les travaux français sont peu nombreux : en dehors d'un mémoire de Weil et Guillaumin, ils sont essentiellement représentés par les publications des écoles des Professeurs Rathery et Marcel Labbé

Devauchelle et Bordet, élèves du Professeur Rathery consacrent leurs thèses à l'étude des rapports de la glycémie et de la protéidoglycémie avec l'hypertension au cours des néphrites chroniques.

Le glucose sanguin de 29 néphritiques (la plupart hypertendus) étudiés par Rathery et Devauchelle fournit un taux moyen de 1,62. Bordet obtient une glycémie moyenne de 1,43 chez 17 néphritiques, presque tous hypertendus.

L'énumération succincte de ces divers résultats montre bien la fréquence de l'hyperglycémie dans l'hypertension artérielle permanente.

Néanmoins quelques constatations apparaissent discordantes. C'est surtout la note de Marcel Labbé, et Denoyelle en 1925 à la Société médicale des hôpitaux de Paris qui vaut d'être rappelée : ayant étudié douze hypertensions soit pures, soit avec néphrite ou aortite, ces auteurs estiment que la glycémie à jeun est normale, variant entre 0 gr. 80 et 1 gr. 30. Seul un malade présentait une hyperglycémie de 1 gr. 68. Beaucoup d'auteurs fixent à 1,10 la limite supérieure des taux normaux de glycémie. Les divergences d'interprétation peuvent tenir à la détermination variable suivant les techniques et les laboratoires des taux limites normaux.

Le trouble glyco-régulateur ne peut d'ailleurs pas être infirmé complètement sur la constatation d'une glycémie normale ; il faut étudier dans ce cas de plus près le métabolisme glucidique.

MM. Labbé et Desnoyelle ont ainsi constaté que les douze hypertendus, dont la glycémie n'était pas sensiblement modifiée, présentaient néanmoins une diminution de la tolérance aux hydrates de carbone, mise en évidence par les épreuves d'hyperglycémie provoquée.

Cette réaction s'est montrée chez leurs malades, très exagérée, sans qu'apparaisse de glycosurie, en raison de la modicité de l'hyperglycémie. En outre, chez ces mêmes sujets, la réaction d'hyperglycémie provoquée à l'adrénaline, selon la méthode de MM. Labbé et Mandru, ne fut suivie d'aucun résultat chez quatre malades, fut mo-



Par ces temps de froid, veuillez penser au

VIVOLÉOL

HUILE DE FOIE DE MORUE
NATURELLE ET SÉLECTIONNÉE

Garantie active
et
riche en vitamines

(Facteur antirachitique
et facteur de croissance)
(Contrôle biologique rigoureux)

Enfants : 15 gouttes ou 1 et 2 cuillerées à café suivant l'âge.
Adultes : 1 cuillerée à soupe par jour.

LABORATOIRES
DU Dr ZIZINE
24, RUE DE FÉCAMP
PARIS XIIe

Vivoléol

dérée chez trois autres, et très exagérée enfin chez les cinq derniers.

Pour Bierry, Rathery et Bordet, les modifications de la glycémie sont trop légères et pas assez constantes ; elles doivent être complétées par l'étude du sucre protéidique : ils ont montré la valeur pronostique de premier ordre de l'hyperprotéidoglycémie au cours des néphrites chroniques.

Le trouble glyco-régulateur au cours de l'hypertension artérielle apparaît donc fréquent bien que relativement modéré.

B) Y a-t-il un lien ou un certain parallélisme entre cette hyperglycémie et les variations tensionnelles ?

Hetenyi a étudié les variations de la glycémie chez sept malades atteints de néphrite aiguë, afin de pouvoir comparer chez les mêmes sujets les teneurs en sucre sanguin durant la poussée hypertensive et après guérison. Chez six néphritiques, les variations de la glycémie furent parallèles aux élévations tensionnelles. La septième observation fut des plus typiques : une glycémie de 0.97 accompagnait au début de l'affection une tension de 17,5-9; à la guérison, la glycémie et la pression artérielle étaient respectivement de 0,76 et de 14-8.

Rathery et Devauchelle concluent qu'il y a assez souvent concordance entre l'hypertension et l'hyperglycémie. Mais si en général, aux plus fortes glycémies correspondent de fortes tensions, assez fréquemment à de fortes hypertensions ne correspondent pas forcément de fortes glycémies.

Nos dosages nous ont fait constater une légère élévation de la glycémie suivant le degré tensionnel, mais les écarts des taux de glucose sanguin sont trop faibles malgré de grosses variations de pression pour que l'on puisse retenir valablement le fait.

Les données précitées nous entraînent à envisager :

a) Les troubles tensionnels au cours des affections présentant de gros troubles de la glyco-régulation et avant tout dans le diabète ;

b) Les effets sur la tension artérielle et surtout chez les hypertendus, des substances hyper et hypoglycémiantes : en un mot l'action de l'adrénaline, de l'insuline et des divers extraits pancréatiques chez les hypertendus.

C) Diabète et hypertension

Les rapports du trouble du métabolisme hydro-carboné et du processus tensionnel doivent être discutés, en clinique, à un double point de vue :

La recherche de la fréquence du diabète chez les hypertendus doit surtout être complétée par l'étude des troubles tensionnels chez les diabétiques.

La fréquence du diabète vrai n'est pas très élevée chez les hypertendus, ainsi qu'en témoigne l'énumération des quatre statistiques ci-jointes :

Auteurs	Nombre d'hypertendus étudiés	Nombre de diabétiques	%
Janeway	458	36	7
Vaquez et Leconte	1 000	59	5,9
L. Pellissier	60	2	3,3
Carrière et Huriez	258	14	5,4

Sur cent hypertensions on ne trouverait, suivant les auteurs, que trois à sept diabétiques indiscutables.

2) Des recherches de Potain, Janeway, Jonas, Hitzenberger, Katz-Klein, Kylin, Maranon, Rosenbloom, de l'analyse des troubles tensionnels de soixante-douze diabétiques hospitalisés ces dernières années à la clinique de Saint-Sauveur, il est possible de dégager quelques faits précis sur les rapports du diabète et de l'hypertension :

a) La fréquence de l'hypertension artérielle permanente chez les diabétiques est comprise entre 14 et 30 % des observations d'après les statistiques ci-dessous rapportées :

Auteurs	Nombre de diabétiques étudiés	Nombre d'hypertendus	%
Janeway	250	50	20
Katz-Klein	120	36	30
Jonas	185	43	23,2
Carrière et Huriez	72	14	19,4

b) Mais, à la suite des recherches de Katz-Klein, de Kylin, de Jonas et d'Hitzenberger, de Janeway, d'Eliott, de Béverie, il est admis que l'hypertension artérielle n'accompagne jamais le diabète juvénile, à évolution rapidement fatale.

c) Plus un diabétique est âgé et plus il a tendance à être hypertendu. Mais les variations du degré tensionnel ne sont nullement parallèles à celles de la glycémie et de la glycosurie de ces diabétiques hypertendus.

d) Presque tous les auteurs estiment en effet qu'il n'y a pas de liens bien étroits entre le diabète et l'hypertension. La plupart pensent cependant que ces deux affections relèvent d'une même cause, de cette artério-sclérose généralisée si fréquente à partir de la cinquantaine.

D) Action des extraits pancréatiques et particulièrement de l'insuline sur la tension artérielle

Pour préciser la nature des troubles glyco-régulateurs des hypertendus et des rapports entre le diabète et l'hypertension artérielle, il n'est pas sans intérêt de rappeler l'action sur la tension artérielle de l'insuline et des autres extraits pancréatiques.

a) Brems et Carl Holten ont suivi systématiquement la tension artérielle d'individus normaux ou diabétiques, soumis à des injections sous-cutanées ou intraveineuses d'insuline. Ils ont constamment relevé une élévation de 20 à 30 mm. de mercure de la pression systolique.

Brems, Holten, Jonas et Vitkowa admettent que le plus souvent la bouffée hypertensive qui accompagne les accidents d'hypoglycémie, est due à un hyperfonctionnement surrénalien. Pour combattre l'hypoglycémie insulinienne, l'organisme réagirait par une hypersécrétion d'adrénaline. Les effets de cette substance se traduiraient non seulement par une réaction hyperglycémiante compensatrice, mais encore par une poussée hypertensive.

La plupart de ceux qui reconnaissent aux extraits pancréatiques une action hypotensive sont d'accord pour ne pas attribuer ce rôle à l'insuline.

b) Gley et Kisthinios ont tenté de mettre en évidence le rôle d'une substance hypotensive du pancréas, capable de neutraliser l'action de l'adrénaline.

c) Villaret, Besançon et Cachera attribuent cette action hypotensive à la présence de choline ou d'histamine, associées ou non à des peptones dans les extraits pancréatiques utilisés. Gley et Kisthinios nient cette conception : ils établissent qu'il s'agit d'une substance distincte de l'insuline, mais dont la nature est encore indéterminée.

d) Plus récemment encore, Santenoise a montré l'action hypotensive de la vagotonine, dont il avait affirmé antérieurement les effets hypoglycémiants. Avec Abrami et Bernal, il a pu constater dans certains cas un abaissement tensionnel, lentement progressif, profond et durable.

e) L'origine des troubles glyco-régulateurs au cours de l'hypertension artérielle permanente devrait enfin pour certains auteurs être recherchée dans une lésion pancréatique. Fahr incrimine chez ces malades une pancréatite artérioscléreuse, dont Lancereaux et Hope Seyler avaient montré la fréquence au cours de l'hypertension artérielle.

Toutes ces recherches sont importantes, malgré les

nombreuses inconnues qui subsistent. Mais si ces travaux tendent à prouver parfois l'existence d'une relation entre le diabète et l'augmentation de la pression sanguine, ils n'apportent cependant pas de faits capables d'expliquer la fréquence des troubles glyco-régulateurs relevés au cours de l'hypertension artérielle permanente.

E) Rapports des variations tensionnelles et des troubles de la glyco-régulation chez les hypertendus avec le dérèglement fonctionnel des glandes endocrines et du système neuro-végétatif.

Dès que Josué et Vaquez eurent formulé l'hypothèse d'une hypertension artérielle sous la dépendance d'un hyperfonctionnement des surrénales ou de la totalité du système chromaffinien, les rapports du trouble tensionnel et des perturbations de la glyco-régulation furent envisagés sous des angles nouveaux.

Nous rapporterons dans ce paragraphe les faits cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentaux qui ont été fournis par de nombreux auteurs pour expliquer ces deux syndromes par une hyperadrénalinémie résultant d'une hyperépinéphrie :

1° Soit directement par atteinte surrénalienne proprement dite ;

2° Soit indirectement, par l'intermédiaire :

a) De perturbations vago-sympathiques.

b) Ou d'altérations des autres glandes endocrines.

I. — Faits plaidant en faveur de l'action directe d'une atteinte surrénalienne sur le processus tensionnel et les troubles de la glyco-régulation des hypertendus

a) *Hyperépinéphrie et hypertension*. — 1° Faits expérimentaux :

Olivier et Schafer découvraient en 1894 l'action vasoconstrictive et hypertensive des extraits surrénaliens, dont Takamine isolait peu après l'adrénaline. Josué et Loeper montrèrent ensuite les effets sclérosants des injections d'adrénaline. Vaquez, en formulant la théorie de l'hyperfonctionnement surrénalien dans l'hypertension, admettait que l'hyperadrénalinémie déclenchait à son tour l'athérome et que l'hyperépinéphrie n'était que le maillon intermédiaire entre l'hypertension et l'athérome.

L'expérience remarquable de Tournade et Chabrol de l'anastomose veineuse surrénalo-jugulaire entre deux chiens vient réhabiliter de façon définitive cette théorie de l'adrénalinémie que Janeway ne voulait considérer que comme « un rêve magnifique ».

Tout récemment Bernal a relevé une augmentation de la tension artérielle et de la glycémie chez un sujet sain qui recevait le sang (300 c. c.) d'un donneur saturnin qui présentait une crise d'hypertension paroxystique. Jointe à celle de Brandt et Katz, cette observation a la valeur d'une constatation expérimentale.

2° Faits anatomo-pathologiques :

Vaquez, Aubertin et Clunet constataient, dès 1903, à l'autopsie des hypertendus, une augmentation de 30 à 50 % du poids des surrénales par rapport au poids moyen de ces organes chez les sujets sains.

Aux observations d'Orth, de Labbé, Tinel et Doumer, de Vaquez, de Donzelot, d'Oberling et Jung, de tumeurs de la médullaire des surrénales, de surrénalomes au cours des hypertensions paroxystiques, s'opposent celles de Bullock et Séqueira, Neusser, Volhardt, Hoog, Stevens et Loheac de tumeurs corticales accompagnant des hypertensions permanentes.

Aubertin et Ambard, Widal et Brodin, Philpot, Gaillard et Parisot, Ingier et Schmorl, Duthoit, à défaut de néoformations tumorales, ont constaté soit une hyperplasie macroscopique et pondérale, soit une hyperplasie purement cellulaire de la corticalité surrénale au cours des hypertensions des néphritiques ou des vieillards athéromateux.

De ces faits expérimentaux et anatomo-pathologiques, l'adrénalinémie reste un fait indiscutable, mais l'existence d'une hyperépinéphrie reste beaucoup plus discutable dans la genèse de toute hypertension artérielle.

b) *Perturbations surrénaliennes et troubles de la glyco-régulation*. — Houssay, Lewis et Moricelli, Zunz et de la Barre ont montré par des expériences de circulation croisée qu'il existait un système régulateur des sécrétions d'adrénaline et d'insuline : à un excès de sécrétion pancréatique s'oppose immédiatement et spontanément une hypersécrétion adrénalinienne.

Pour Hetenyi, Hitzenberger, Richter, Devauchelle et et bien d'autres auteurs, si l'on fait dépendre l'hypertension d'une sécrétion exagérée d'adrénaline, les troubles glyco-régulateurs des hypertendus trouvent de ce fait même une explication suffisante et satisfaisante. Les troubles du métabolisme des glucides dans les états d'insuffisance surrénale semblent confirmer cette hypothèse par inversion de la formule biologique. (Syndrome humoral de la maladie d'Addison récemment établi par Rathery.)

— Et cependant cette hypothèse séduisante d'une hyperadrénalinémie à la base du processus tensionnel et des troubles de la glyco-régulation présentés pour la plupart des hypertendus, cette théorie surrénalienne est loin d'être admise par tous, en raison de la difficulté à mettre en évidence et à mesurer l'hyperadrénalinémie par les méthodes actuelles de laboratoire.

II. — Le rôle des perturbations vago-sympathiques dans la genèse des troubles glyco-régulateurs des hypertendus doit être également discuté. — Le test à l'adrénaline a donné chez les hypertendus des résultats fort variables.

Si Kylin, Hulse, Deiche, Hetenyi et Suppeji notent après cette épreuve une accélération marquée du pouls et une hausse notable de la tension artérielle, Pellissier, Olmer et Carbonel observent au contraire un fléchissement de la pression sanguine et cette différence d'action de l'adrénaline chez les hypertendus et chez les individus normaux est bien, pour eux, une preuve de dérèglement du système nerveux de la vie végétative dans l'hypertension artérielle.

III. — Retentissement des altérations des autres glandes endocrines sur la glyco-régulation et sur la tension, directement ou par l'intermédiaire des surrénales. — Le rôle des surrénales dans la pathogénie de l'hypertension et de l'hyperglycémie des hypertendus vient cependant de subir un regain d'actualité depuis les recherches d'Evans, de Putman, Teil et Benedict, de Papanicolaou, de Nurnberger et de Houssay démontrant que les injections d'extrait hypophysaire déterminaient une hyperplasie de la cortico-surrénale.

Collin, Anderson et Thomson, Anselmino et Hoffmann démontrèrent l'existence de cette hormone adrénotrope et isolèrent cette cortico-stimuline. Kylin s'est fait le défenseur d'une théorie mixte, hypophyso-surrénalienne de l'hypertension artérielle.

Après exploration clinique et interférométrique du système endocrinien de dix-neuf hypertendus, Halbron et Klotz aboutissent aux conclusions suivantes :

a) L'hypertension artérielle, du point de vue clinique, se rencontre fréquemment (14 cas sur 19) chez les dysendocriniens ;

b) L'interférométrie révèle toujours chez ces malades un dysfonctionnement glandulaire, avec prédominance des perturbations surrénaliennes (8 cas sur 11), puis hypophysaires (6 sur 11) ;

Le rôle d'un facteur endocrinien dans la genèse de l'hypertension et de l'hyperglycémie des hypertendus peut être envisagé sous un aspect beaucoup plus étendu.

après rappel du schéma de Falta et de la conception de Pende de deux systèmes endocriniens antagonistes : les sécrétions des surrénales de l'hypophyse et de la thyroïde possèdent des propriétés hypertensives et hyperglycémiantes, antagonistes des propriétés hypotensives et hypoglycémiantes des extraits pancréatiques (insuline ou vagotonine).

L'exposé de tous ces faits montre que l'hypothèse d'un facteur surrénalien dans la génèse du trouble tensionnel et des troubles de la glyco-régulation des hypertendus est théoriquement admissible. Elle a été vérifiée parfois au cas d'hypertrophie glandulaire.

Comme l'avait prévu immédiatement Vaquez, rien ne permet d'ailleurs d'affirmer que cet hyperfonctionnement soit primitif. Il peut être secondaire à une cause nerveuse ou humorale.

L'impossibilité où l'on se trouve de démontrer une hyperadrénalinémie en clinique ne permet pas d'attribuer à la seule hyperépinéphrie tous les cas d'hypertension artérielle, ni d'expliquer par les seuls effets de cette sécrétion exagérée les perturbations de la glyco-régulation des hypertendus.

Et avec Broustet, il faut bien reconnaître que la constatation d'une hyperglycémie au cours d'un processus hypertensif ne fournit qu'un appui assez faible à l'hypothèse d'une origine surrénalienne de tous ces troubles.

F) Importance des lésions rénales dans la production des troubles du métabolisme glucidique au cours de l'hypertension artérielle permanente

Pour de nombreux auteurs, la coexistence des troubles du métabolisme glucidique et de l'hypertension s'explique du fait qu'il s'agit le plus souvent d'individus déjà âgés, scléreux, qui présentent des lésions rénales et hépatiques, capables d'entraîner des troubles de la glyco-régulation. Tel est l'avis de Labbé et Denoyelle qui font jouer un rôle important à la sclérose rénale chez ces sujets qui doivent être considérés autant comme des « diabétiques potentiels que comme des néphritiques latents ».

Les troubles de la glyco-régulation dans les néphrites ont été étudiés particulièrement par Grigaut, Brodin et Rouzaud, par Aiello, par Froment, par Proudfit, par Vidal et surtout par Bierry et Rathery dans les thèses de leurs élèves Gruat, Devauchelle, Levina et Bordet.

Grigaut, Brodin et Rouzaud notent en 1920 la constance de l'hyperglycémie chez vingt néphritiques, qu'ils soient ou non hypertendus. Cette augmentation du sucre sanguin leur paraît dépendre en partie de l'imperméabilité rénale et en partie du trouble profond des échanges consécutifs à cette lésion rénale.

Les travaux de Rathery concernant le métabolisme des glucides dans les néphrites sont capitaux : avec Gruat, dès 1920, il insiste sur la fréquence de l'hyperglycémie et de l'hyperazotémie dans les néphrites, sans trouver à ces deux facteurs de parallélisme absolu.

Dans la thèse de Devauchelle en 1929, il rappelle que chez les hypertendus néphritiques, en général, aux plus fortes glycémies correspondent des fortes tensions, mais qu'on peut observer des hypertensions sans hyperglycémies sans exagération tensionnelle et sans néphrite chez des artério-scléreux.

Avec Bierry, et dans les thèses de Levina et surtout de Bordet, il insiste fortement sur le fait « que si l'imperméabilité rénale était la cause de l'hyperglycémie sans glycosurie des néphritiques, cette hyperglycémie devrait être constante et élevée dans les néphrites graves : or, il n'en est pas ainsi ».

Bierry, Rathery et Bordet, ne trouvant aucun parallélisme dans les néphrites, entre les variations de la glycémie et celles de la constante d'Ambard, de l'azote total et de l'azote résiduel, abandonnent l'hypothèse d'une élévation du seuil d'excrétion de glucose dans les néphrites.

Ils préfèrent supposer « que ces hyperglycémies sont le résultat de la répercussion de certaines rétentions azotées sur le jeu normal des principales fonctions dont dépend le maintien du taux glycémique normal ».

Pour Rathery enfin, l'étude du sucre libre dans les néphrites montre l'existence d'un retentissement sur l'organisme de la lésion rénale, bien plus qu'une imperméabilité rénale proprement dite.

Avec Bierry et Bordet, il attache d'ailleurs plus d'importance à l'étude du sucre protéidique qu'à celle de la glycémie : l'hyperprotéidoglycémie traduisant mieux l'intensité du trouble métabolique dans les néphrites que les variations légères et pas assez constantes de la glycémie.

En somme, pour ceux qui font dépendre le processus d'élévation tensionnelle d'une altération rénale, les troubles de la glyco-régulation chez les hypertendus ne sont pas expliqués de façon univoque.

G) Rapports entre les variations de la glycémie et celles des autres constituants du sang des hypertendus

La plupart des auteurs étant d'accord pour ne trouver aucun lien entre l'hyperglycémie et l'importance de la rétention des déchets azotés au cours des néphrites et de l'hypertension, Grigaut estimait que le trouble du métabolisme glucidique chez ces malades était moins sous la dépendance directe de leur imperméabilité rénale que secondaire à un trouble profond de tous les échanges.

Il n'est donc pas sans intérêt de rappeler les rapports qui ont été signalés chez les hypertendus entre les variations de la glycémie et celles de certains constituants humoraux.

Herrick avait noté dès 1923 que les variations de la glycémie et de la chlorémie plasmatiques s'effectuaient le plus souvent en sens inverse chez les hypertendus.

Nous avons recherché chez nos 105 hypertendus, les variations comparées de la glycémie d'une part, des tensions artérielles, azotémies, chlorémies, cholestérolémies et protidémies correspondantes de l'autre.

Chez les hypertendus permanents, les variations de la glycémie nous parurent :

1° Indépendantes des variations tensionnelles et des valeurs de l'azotémie et de la protidémie ;

2° Parallèles aux oscillations de la cholestérolémie ;

3° Inversement proportionnelles aux taux de la chlorémie plasmatique.

***

Conclusions générales

1° *Fréquence du trouble glyco-régulateur.* — Les perturbations métaboliques d'ordre glucidique signalées par la plupart des auteurs dans l'hypertension artérielle permanente ont été démontrées chez nos 105 hypertendus, par l'augmentation fréquente et d'ailleurs modérée des glycémies et indosés plasmatiques.

Ce trouble glyco-régulateur se traduit assez rarement par la présence d'un diabète vrai (3 à 7 % des cas suivant les auteurs).

Mais le fait que le métabolisme glucidique est aussi troublé dans l'hypertension juvénile que dans les hypertensions associées à des maladies de la nutrition (obésité, diabète) ou compliquées de lésions rénales, ce fait suffit, selon nous, à montrer l'importance de l'insuffisance glycolytique au cours de l'hypertension artérielle permanente.

2° Nos dosages nous ont fait constater une *légère élévation de la glycémie suivant le degré tensionnel.* Mais les écarts des taux de glucose sanguin sont trop faibles, malgré de grosses variations de pressions pour que l'on

◆◆

puisse trouver un lien même discret, entre l'hyperglycémie et l'intensité du processus hypertensif.

3° Quelques renseignements de valeur peuvent être tirés de l'étude des *troubles tensionnels chez les diabétiques*.

a) La fréquence de l'hypertension artérielle chez les diabétiques atteint 20 à 30 % des observations.

b) Cependant le processus hypertensif n'affecte jamais le diabète juvénile.

c) Pour la plupart des auteurs, il n'y a pas de liens bien étroits entre ces affections, qui relèveraient toutes deux de l'artério-clérose généralisée.

4° L'insuline, les extraits pancréatiques de Gley et Kisthinios, la vagotonine de Santenoise entraînent des modifications simultanées de la tension et de la glycémie qui devaient être rappelées : mais l'action pharmacodynamique de ces principes prête encore à des interprétations trop hypothétiques et contradictoires, pour expliquer suffisamment la fréquence des troubles glycorégulateurs des hypertendus.

5° L'*hyperadrénalinémie* évoquée par Vaquez, admissible après les expériences de Tournade et Chabrol, parfois confirmée par des constatations anatomiques, fournirait une explication suffisante de ces perturbations glucidiques dans l'hypertension artérielle permanente.

Mais le test à l'adrénaline donne des résultats si discordants, qu'il ne permet guère d'affirmer que le seul dérèglement du système nerveux de la vie végétative chez les hypertendus.

De même que le rôle d'un facteur surrénalien peut être discuté dans la genèse de certains cas d'hypertension, sans pouvoir être retenu à la base de toute exagération tensionnelle, de même il n'est pas possible d'expliquer par les seuls effets d'une hyperadrénalinémie les perturbations de la glyco-régulation chez tous les hypertendus.

6° La *sclérose rénale* reste pour beaucoup le *primum movens* du processus hypertensif. L'imperméabilité rénale ne saurait cependant être retenue comme cause unique de l'insuffisance glycolytique des hypertendus.

Pour Rathery et son école, cette hyperglycémie traduirait le retentissement sur l'organisme de la lésion rénale.

7° Les variations de la glycémie furent parallèles aux oscillations de la cholestérolémie et inversement proportionnelles aux taux de la chlorémie plasmatique de nos hypertendus.

Dans les cas assez nombreux d'hypertension artérielle permanente où la sclérose rénale et l'hyperadrénalinémie ne peuvent être affirmées, les troubles de la glyco régulation observés ne restent donc pas sans explication : indépendamment de tout facteur rénal ou surrénalien, *ils peuvent être simplement secondaires, comme l'avait avancé Grigaut, au trouble profond de tous les échanges.*

En somme, *il est indiscutable qu'il existe un trouble, d'ailleurs assez léger, du métabolisme des hydrates de carbone au cours de l'hypertension artérielle permanente. L'hyperépinéphrie et la sclérose rénale ont surtout été invoquées à la base et de cette insuffisance glycolytique et du processus hypertensif. L'étude des troubles de la glycorégulation chez les hypertendus ne permet pas cependant ni de rendre indiscutable, soit la théorie rénale, soit la théorie surrénalienne, ni de formuler une nouvelle hypothèse sur la pathogénie de l'hypertension artérielle permanente.*

Elle traduit surtout un aspect spécial du trouble profond de tous les échanges chez ces hypertendus dont la formule humorale présente des modifications si importantes

(Pour la bibliographie et tout détail, consulter la monographie Professeur Carrière et Claude Huriez : Le sang des hypertendus. G. Doin, éditeur, 1936.)

La radiothérapie du pancréas dans l'asthme

Par

Le Docteur **Louis DELHERM** et Le Docteur **STUHL**

Médecin chef — Assistant

du Service central d'électroradiologie de la Pitié

La radiothérapie est utilisée depuis de longues années dans le traitement de l'asthme essentiel. (1)

De nombreuses méthodes et techniques ont été préconisées, certaines telles que l'irradiation des glandes endocrines, du bulbe, etc., paraissent malgré quelques succès n'avoir qu'un intérêt doctrinal. D'autres, au contraire, ont un intérêt pratique plus grand, ce sont l'irradiation du thorax, de la rate, du pancréas. Ce sont ces trois méthodes que nous étudierons surtout, nous verrons ensuite comment on peut expliquer le mode d'action de la radiothérapie.

I. *Irritation du thorax.* — C'est tout à fait fortuitement que Schilling, par un examen radioscopique prolongé du thorax, guérit l'asthme du malade dont il examinait les poumons.

Les auteurs, qui, après lui, ont employé les rayons X, ont voulu se placer dans les mêmes conditions que lors de la première guérison, c'est-à-dire : une seule séance, dose faible, irradiation de la totalité des deux champs pulmonaires avec un rayonnement pénétrant.

Diverses considérations plus ou moins justifiées firent peu à peu modifier la technique primitive dans le sens de la multiplication des séances et des portes d'entrée pour augmenter la dose en profondeur.

Klewitz utilise sept portes d'entrée thoracique et irradie deux champs par jour en associant la protéinothérapie aux rayons X. Marum, lui, préfère quatre champs seulement.

Les auteurs français, Pasteur Vallery-Radot, Solomon, Gibert préconisent en général la technique suivante : rayonnement moyennement pénétrant correspondant à 25 cent. d'étincelle, deux champs (antérieur et postérieur) filtrés sur 5 à 10 mm. d'aluminium. La dose totale par champ étant de 1.800 R environ à raison de deux séances par semaine.

Nous empruntons à la thèse que l'un de nous a inspiré sur ce sujet à son élève R. Jassin le tableau suivant qui montre les résultats obtenus par les principaux auteurs ayant employé l'irradiation thoracique.

Tableau des résultats donnés par l'irradiation thoracique (d'après Jassin).

Auteurs	Nombre de cas traités	Guérisons	Améliorations	Echecs
Schilling	60	15	30	15
Marum	37	13	19	5
Klewitz	121	36	61	24
Eimer	4		4	—
Ramirez et Cole	35	5	5	24
Prost	5		4	1
Pritzel	40		35	5
Pasteur Vallery Radot	38	11	17	10
Sack	45	25	6	14
Bolchakown	18	4	14	
Totaux	403	109	195	99
Pourcentages		27 %	48,4 %	24,6 %

(1) Dans l'asthme symptomatique, par exemple par hypertrophie des ganglions médiastinaux, la radiothérapie peut également être indiquée, mais dans ce cas on vise à modifier une lésion organique caractérisée. Cet effet est très différent de celui demandé aux mêmes rayons X dans l'asthme maladie, ainsi que nous le verrons.

II. *Irradiation splénique.* — C'est également par hasard que Drey et Lossen irradiant la rate d'un sujet atteint de leucémie lymphoïde guérirent l'asthme dont ce malade était atteint depuis seize ans.

Les techniques employées sont voisines de celles préconisées pour l'irradiation thoracique.

Le tableau suivant montre les résultats obtenus.

Tableau des résultats obtenus par l'irradiation splénique (d'après Jassin).

Auteurs	Nombre de cas traités	Guérisons	Améliorations	Echecs
Drey et Lossen...........	41	30	—	11
Eimer.....................	9	2	5	2
Groedel...................	61	27	27	7
Pohlmann..................	45	—	41	4
Gallino et Terrada........	25	12	10	3
Pasteur Vallery-Radot....	15	3	6	6
Holst et Kaplunowa......	44	11	27	6
Totaux	240	85	116	39
Pourcentages............		35,5 %	35,5 %	16,2 %

Association des irradiations du thorax et de la rate. — Pasteur Vallery-Radot, Solomon, Gibert et Blamoutier associent volontiers à la suite de Müller et Gerber les irradiations du thorax et de la rate. Chaque série comporte dix à douze applications à raison de deux séances par semaine.

Les différents auteurs qui ont obtenu des résultats par cette méthode ont soit alterné les séries d'irradiation thoracique et les séries d'irradiations spléniques, soit dans la même série, fait alterner ces champs d'irradiations.

Tableau des résultats obtenus par la méthode mixte (d'après Jassin).

Auteurs	Nombre de cas traités	Guérisons	Améliorations	Echecs
Kogan Jasny et Abramovitsch..................	35	—	32	3
Moner.....................	16	7	3	6
Strelkow..................	23	—	17	2
Gibert....................	80	27	26	27
Müller....................	22	—	22	—
Pasteur Vallery-Radot....	55	20	20	15
Scott.....................	121	88	10	22
Totaux	352	147	130	75
Pourcentages...........		42 %	37 %	21 %

Cette méthode mixte nous a donné avec une technique voisine de celle de Pasteur Vallery-Radot et de ses collaborateurs 30 % de guérisons, 45 % d'améliorations, 25 % d'échecs.

III. *Irradiation du pancréas.* — A la suite des travaux de Pagniez qui montrèrent que certains asthmatiques, en même temps hypoglycémiques, étaient améliorés par l'ingestion de sirop de sucre, Delherm, Giroux et Khistinios tentèrent l'irradiation de la région pancréatique de leurs malades pensant diminuer la production d'insuline et que par la suite glycémie reviendrait à la normale.

Leur première observation concerna une jeune fille atteinte d'asthme grave rebelle à toute thérapeutique et qui présentait en même temps une légère hypoglycémie ; après plusieurs séances elle fut considérée comme guérie et l'on constata que la glycémie était redevenue normale.

Ce succès encouragea Delherm, Giroux et Khistinios à continuer dans cette voie et en mars 1931 ils apportèrent leurs premiers résultats à la Société française d'électrothérapie et de radiologie. Cette communication porte sur cinq observations ; les résultats sont les suivants : une guérison, une amélioration, trois échecs.

En février 1932, Delherm et Stuhl signalent un nouveau cas de guérison par cette méthode. Aussi l'irradiation de la région pancréatique a-t-elle été utilisée depuis un certain nombre de fois dans le service de la Pitié. Jassin, daus sa thèse, a pu en réunir récemment douze observations que nous résumons ici.

Obs. 1. — Mlle L..., 18 ans. Asthme depuis l'âge de 18 mois. Nombreux traitements médicaux, deux cures au Mont-Dore en 1928-1929 sans résultats. Au contraire, depuis la dernière cure, son état s'est aggravé ; les crises sont presque quotidiennes. Une sœur asthmatique.

Après une première série en octobre-novembre 1929, amélioration nette ; pas de crises pendant un mois. Autres séries en décembre 1929 et janvier et juin 1930. L'amélioration persiste depuis le début du traitement ; la malade n'a eu que deux crises légères et courtes qui n'ont même pas nécessité de piqûres d'Evatmine. Pendant l'automne 1930, rechute. Toutefois les crises sont moins violentes et moins fréquentes, le traitement n'est pas repris et à l'heure actuelle l'amélioration persiste.

Obs. 2. — M. G..., 29 ans. Asthme depuis trois ans rebelle aux traitements médicaux. Seule l'Evatmine calme les crises. A l'examen, pas de causes prédisposantes ou provoquantes, mais emphysème et léger degré d'insuffisance ventriculaire droite.

Première série en 1930, les crises disparaissent après la cinquième séance ; il ne reste qu'un peu de dyspnée d'effort.

Une deuxième série est commencée en février 1930, mais se sentant fatigué par le traitement il l'abandonne après la cinquième séance.

En décembre 1930 il écrit que son asthme est très amélioré, mais que son cœur va plus mal ; depuis il a été perdu de vue.

Obs. 3. — Mme M..., 29 ans. Asthme ayant débuté en février 1926 à la suite d'une forte bronchite. Jusqu'en janvier 1930, les crises surviennent par période de dix à quinze jours tous les trois mois environ.

Après une première série du 29 janvier au 18 février 1930, la malade ne ressent aucune amélioration. Une deuxième série aboutit au même échec.

Obs. 4. — M. M... Asthme rebelle aux traitements médicaux (sauf à l'Evatmine) ayant débuté en 1920 et survenant par crise tous les quinze jours sous forme d'accès durant deux ou trois jours.

Après une série d'irradiation thoracique sans résultat, on commence l'irradiation de la région pancréatique.

Première série août septembre 1930 sans résultat.

Seconde série en octobre : amélioration nette, la malade n'a pas de crise pendant deux mois.

Les séries suivantes décembre 1930, février, avril, août 1931, amènent la suppression presque complète des crises. Depuis ce moment jusqu'à maintenant la malade n'a plus que quelques crises légères qui ne l'ont pas gênée dans ses occupations.

Obs. 5. — Mlle V..., 40 ans, surveillante de l'Assistance Publique, atteinte depuis trois ou quatre ans d'accidents asthmatiformes qui s'accentuent malgré les traitements institués par les nombreux médecins qu'elle a consultés.

Vue dans le service, en mars 1931, des accidents survenant sur un fond de dyspnée ont obligé la malade à interrompre son service.

Les six premières séances amènent dans les heures suivantes une recrudescence des accidents, avec céphalée, vertiges, nausées. Après six séances la malade, plus fatiguée, décide d'interrompre son traitement. Deux jours plus tard les accidents s'amendent et disparaissent en une semaine environ.

Depuis la guérison se maintient.

Obs. 6. — Mlle L..., 22 ans. Asthme depuis cinq ans ; crises fréquentes souvent prolongées entrecoupées de périodes de tranquillité de deux à trois semaines.

Divers traitements médicaux sans effet, après deux séries d'irradiation pancréatique, la guérison était complète de janvier 1932 à décembre 1933.

Depuis la malade est décédée accidentellement.

Obs. 7. — Mr... M, 45 ans. Asthme depuis 1920, six cures successives au Mont-Dore, après chaque cure, grosse amélioration temporaire.

Trois séries de rayons X amènent une grosse amélioration. Une rechute quelques mois plus tard est jugulée de la même façon.

La guérison se maintient depuis mars 1934.

Obs. 8. — M. W... Début en 1929. En août 1932 il présente quatre à six crises par jour, durant de un quart d'heure à une heure.

Après une première série en septembre 1932 les crises deviennent moins fréquentes et moins violentes.

L'amélioration s'accentue après une deuxième série, mais reste stationnaire après une troisième.

Rechute en juin 1933, à ce moment crises suintrantes, la malade est hospitalisée et tous les traitements suivis n'ont amené aucun soulagement.

Obs. 9. — M. D... Asthme depuis depuis deux ans ; crises peu fréquentes, mais très violentes et prolongées.

Après une première série en mars 1933 les crises ont diminuées d'intensité et de fréquence ; l'amélioration persiste encore actuellement.

Obs. 10. — Mme P..., couturière. Petite crise d'asthme presque chaque nuit depuis trois ans, plus fréquente en hiver qu'en été. Première série en avril 1933, vers la fin de la série, les crises disparaissent. Rechute en avril 1934, deuxième série avec le même résultat que l'année précédente.

Depuis, guérison.

Obs. 11. — Mme M..., 50 ans. Asthme rebelle à toute thérapeutique ; une série d'irradiations, échec complet.

Obs. 12. — M. O... Asthme depuis 1924 rebelle aux traitements médicaux ou par les agents physiques.

Une série d'irradiation, échec complet.

En résumé sur douze cas d'asthme traités par l'irradiation de la région pancréatique nous avons obtenu :

Quatre guérisons ;
Quatre améliorations ;
Quatre échecs.

Remarquons, ce qui a déjà été signalé du reste par la plupart des auteurs que dans deux des cas où la rœntgenthérapie a subi un échec il s'agissait de malades atteints de sclérose pulmonaire. Toutes les guérisons ou améliorations obtenues l'ont été chez des malades atteints d'asthme anciens rebelle, non seulement aux traitements médicaux mais encore fréquemment aux agents physiques, en particulier l'un d'eux même a résisté aux irradiations thoraciques.

IV. *Irradiations d'organes divers.* — A la suite de l'observation de Mlle Mortier qui guérit une asthmatique non basedowienne par l'irradiation cervicale faite à titre préventif pour éviter des métastases de cancer du sein, Widal, Abrami et Raulot Lapointe ont guéri par l'irradiation de la thyroïde quatre cas d'asthme chez les basedowiennes. L'hypophyse a été irradiée avec succès par Ascoli, Pagnioli, Kaum.

Hajos obtient la cessation des crises et le retour des règles chez une asthmatique aménorrhéique en irradiant les ovaires, le même dans des cas d'asthmes anaphylactiques obtint huit guérisons par l'irradiation du foie sur quinze malades traités.

Podaminsky pensant que l'asthme est dû à un hyperfonctionnement du centre broncho-constricteur, irradie la région bulbaire. Nesteroff irradie la moelle, l'encéphale et les ganglions cervicaux.

Delherm et Stuhl ont rapporté au récent Congrès de Bruxelles les premiers résultats obtenus par l'irradiation totale du corps, l'efficacité de cette technique, question encore à l'étude, paraît être confirmée par les recherches de Mallet et de Denier.

Mode d'action de la radiothérapie. — Delherm et Beau y ont longuement insisté dans leur traité sur la radiothérapie des syndromes organo-végétatifs.

La question est complexe. D'une part en raison de nombreux facteurs entrant dans le mécanisme de la crise d'asthme : si nous sommes bien en possession de notions importantes, tels que diathèse colloïdo-classique, instabilité vago-sympathique, sensibilisation locale, épines initiatives, dysfonctionnement endocrinien, nous ignorons la valeur exacte de chacun de ces facteurs.

D'autre part notre ignorance est également grande quant à l'action des rayons X sur l'organisme en dehors de leurs effets cytologiques.

1° *Action sur les épines irritatives.* — On peut penser que des modifications portant sur les tissus entourant les terminaisons sympathiques peuvent intervenir sans être appréciables à notre examen macroscopique.

L'irradiation de la région nasale, comme l'a fait Laquerrière, doit peut-être son succès à une modification des épines irritatives des terminaisons nerveuses du trijumeau. La même remarque peut s'appliquer à toutes régions irradiées.

2° *Action sur les nerfs.* — Podkaminski l invoque pour les irradiations de la région occipitale et de la face postérieure du cou. Il pense agir sur le noyau du vague. L'irradiation du thorax doit de même ses résultats à l'action du rayonnement sur les troncs nerveux eux-mêmes, du moins pour certains auteurs.

A l'appui de cette opinion rappelons seulement les expériences de Zimmern et Chailly-Bert qui ont montré une modification de l'excitabilité du pneumo-gastrique du chien par l'irradiation du tronc isolé.

De vieux auteurs ne calmaient-ils pas l'asthme, tel Erb, en faradisant le tronc du pneumo-gastrique, ou en le faisant traverser par les lignes de force d'un courant galvanique comme Courtade.

3° *Action réflexe à point de départ cutané.* — La thérapeutique classique met en usage divers procédés de révulsion cutanée. Par la faradisation cutanée, Duchenne, de Boulogne, avait vu que la zone précordiale est « reflexogène du pneumo-gastrique ». C'est le même principe qui guidait Larat lorsqu'il recommandait l'étincellage statique du corps.

Dans l'asthme infantile de nombreux auteurs admettent, indépendamment de la question de calcémie, que les bons résultats observés avec les rayons ultra-violets sont dus pour une part à une action réflexe à point de départ cutané et c'est pour cela que certains recommandent d'atteindre l'érythème actinique.

Il n'est pas illogique d'admettre que l'action des rayons X est due à un mécanisme analogue.

4° *Action sur le facteur humoral.* — Briser l'arc réflexe c'est interrompre la crise d'asthme mais ce n'est pas guérir la maladie asthmatique. Or ainsi, que nous l'avons vu, la radiothérapie guérit parfois l'asthme maladie.

Aussi est-on amené à penser que le milieu humoral lui-même est modifié.

Azoulay a constaté chez un de ses malades après une application de rayons X tous les critères d'un choc colloïdo-clasique (hypotension, leucopénie, etc...) en même temps le réflexe oculo-cardiaque était modifié.

Pohlmann et d'autres auteurs prétendent observer de meilleurs résultats lorsque les malades présentent des signes de mal des rayons. Ce critère ne nous a pas paru nécessaire et la plupart de nos malades guéris en ont été exempts.

Mais il peut se produire de légères modifications humorales sans qu'il y ait fatalement des malaises subjectifs. Il est possible, tout au moins pour l'asthme anaphylactique, que la radiothérapie agisse en occasionnant une succession de micro-chocs humoraux désensibilisants.

5° *Modification de l'état local.* — On sait peu de chose sur ces modifications. Cependant les recherches systématiques de Muller lui ont montré parallèlement à l'amélioration de l'asthme, la chute de cette éosinophilie sputaire sur laquelle insiste Bezançon et ses élèves et qui pour certains auteurs serait liée à une excitation du bout périphérique du pneumo-gastrique.

6° *Action sur les glandes endocrines.* — Il est logique de penser que si l'irradiation des glandes influe favorablement sur l'asthme c'est qu'elle supprime le dysfonctionnement de la glande irradiée. C'est ce que pense Widal, Abrami et Mlle Mortier pour la thyroïde, Ascoli, Faguioli pour l'hypophyse, Fritzel pour les surrénales. Delherm, Giroux et Khistinios pour le pancréas. Ceux-ci ont cru


SÉDATION
RAPIDE ET
ATOXIQUE

BIBLIOGRAPHIE

Anatole France, par Victor GIRAUD. « Temps et visages », nouvelle série. 1 vol. in-8°, de 260 pages et 10 illustrations. Prix : 15 francs. Desclée de Brouwer et Cie, éditeurs, 76 *bis* et 78, rue des Saints-Pères, Paris (VIIe).

Qu'elles sont lointaines et proches de nous à la fois, ces vies des hommes d'hier qui ont résumé en eux-mêmes toute une « fin de siècle » et assisté à la naissance du siècle nouveau ! Le dilettantisme narquois, l'esprit parisien, l'atticisme, un léger scepticisme où passe une ombre de tristesse, le goût subtil de l'art, mille grâces alexandrines et fragiles dont notre époque trouble a perdu le secret ; et pourtant, comme un pressentiment de notre époque, une inquiétude dont nous sommes les héritiers...

C'est ainsi que le visage d'Anatole France, disparu depuis une dizaine d'années, se détache sur le décor d'un Paris charmant et suranné, sur de vieilles librairies aux doctes entretiens, sur tout un XVIIIe siècle qui se prolongeait dans le XIXe siècle finissant ; et cependant son œuvre reste vivante pour nous, d'une actualité qui nous retient ou nous irrite. Sous cette poésie irisée et nonchalante du flâneur de la Villa Saïd, du châtelain de la Béchellerie, des passions de partisan, le regard aigu et inquiétant d'un Voltaire et qui n'a pas manqué le vigilant et autoritaire attachement d'une Mme de Châtelet...

C'est ce cadre et cette âme, cette vie publique et cette vie secrète, que l'auteur des *Portraits d'âmes* ressuscite en une de ces enquêtes psychologiques qui font de son œuvre critique une vaste histoire morale, et qui la classent dans la lignée des portraits et des essais d'un Taine, d'un Faguet, d'un Lemaître. Recueillant les aveux murmurés, retrouvant les articles oubliés, exhumant confidences et témoignages, des plus anciens aux plus récents, il déchiffre les énigmes nuancées qui se cachent au fond de la prose si limpide, de la fantaisie légère de ce maître du conte et de la causerie. L'érudition, — une de ces éruditions curieuses et inépuisables qu'aimait Anatole France, — l'esprit critique, — cet esprit critique dont il aurait eu mauvaise grâce à se plaindre, — un éclair fugitif de malice tempéré par une sensibilité accueillante, un art alerte du récit, collaborent à ce livre à la fois souriant et grave.

En un mot, au témoignage de M. Paul Bourget, « un de ces portraits touffus, nuancés, à la Sainte-Beuve, comme M. Victor Giraud, seul, en fait aujourd'hui.

Biologie et marxisme, par Marcel PRENANT. Un volume in-8 couronne de 272 pages, 12 francs. Editions sociales internationales, 24, rue Racine, Paris (VIe).

A la base de leur conception du monde et de la société humaine, Marx et Engels ont placé plusieurs notions importantes tirées des sciences naturelles. Ils ont porté aussi, au nom de leur méthode, des jugements sur diverses questions de biologie. Mais une étude sur les rapports du marxisme avec la biologie ne peut être une simple compilation de textes. Elle doit avant tout éprouver le marxisme lui-même en le confrontant avec les recherches expérimentales des cinquante dernières années. Ces recherches ont-elles affaibli ou renforcé les fondements biologiques du marxisme ? La dialectique matérialiste permet-elle, d'autre part, une synthèse satisfaisante des données expérimentales contemporaines et facilite-t-elle l'avancement des recherches ? Tels sont les problèmes que l'auteur examine, et sur lesquels sa conclusion est entièrement favorable au marxisme.

Le Professeur Marcel Prenant, est un de ces savants qui s'appliquent précisément à faire passer la vivante méthode de recherche du marxisme dans leur domaine scientifique particulier. *Biologie et Marxisme*, est le résultat de ses travaux.

Soulignons encore que, tout en ayant une haute valeur scientifique, l'ouvrage, rédigé simplement et clairement, est accessible au grand public. Les problèmes de la biologie y sont traités d'une façon compréhensible pour tous.

Revue des cours et conférences. — Paraît le 15 et le 30 de chaque mois. Sommaire du n° du 30 décembre 1935 : E. Vermeil : La jeunesse de Gœthe (I) : En l'an de grâce 1750. — Ch. Seignobos : Histoire des conditions générales de la vie civilisée chez les peuples d'Europe (I). — G. Michaut : La Bruyère (I) : Les origines et la jeunesse. — A. Meillet et Ed. Pichon : Structure générale du Français d'aujourd'hui. — Henri Hauser : Etude sur l'histoire des prix (II) : Les monnaies. — Jean Cousin : La Fontaine stoïcien. — G. Zeller : Les relations internationales au temps de la Renaissance (II) : L'apport de l'Italie. La papauté. Machiavel.

Le n° 1 fr. 50. Abt. France : un an : 60 fr. Boivin, édit., 3, rue Palatine, Paris.

tout d'abord que ce mode de traitement agissait en modifiant l'hypersécrétion du pancréas ; mais les nouvelles recherches de Loeper ont montré que l'on peut obtenir de bons résultats chez des malades à glycémie normale. Du reste en irradiant le pancréas on irradie en même temps la région surrénale, les ganglions étoilés, c'est-à-dire un gros centre neuro-végétatif. c'est vraisemblablement par cet intermédiaire que les rayons X agissent. Il en est de même dans l'irradiation des autres glandes endocrines ; ce ne sont pas elles qui sont influencées, mais bien le centre neuro-végétatif voisin.

Conclusion. — Bien des hypothèses peuvent être formulées sur le mode d'action de la radiothérapie dans l'asthme. Pour rester sur le terrain solide des faits, bornons-nous à constater l'efficacité de cette thérapeutique et qu'un certain éclectisme doit en pratique présider dans le choix des techniques.

PRATIQUE MÉDICALE

Extraction par bronchoscopie d'un corps étranger au cours de l'accouchement

Observer après l'accouchement un état asphyctique grave, compromettant la vie de la femme et dû à l'aspiration intra-bronchique de débris alimentaires est une rareté. Et il faut féliciter M. Suzor qui a eu l'ennui d'un tel cas d'avoir su recourir de toute urgence à l'habileté d'un maître en bronchoscopie, M. A. Soulas. Cette histoire clinique nous a semblé devoir être résumée ici (1).

Dans la nuit du 3 au 4 décembre 1934, vers minuit, une femme de 23 ans a été accouchée d'une fillette de 6 livres par M. Suzor et l'accouchement absolument normal s'était passé sans difficulté avec quelques bouffées de chloroforme lors du dégagement.

Mais, au moment du réveil, l'accouchée fut prise de vomissements et, aussitôt après, une quinte de toux avec suffocation. Pendant une heure, toux et accès de suffocation persistèrent et vers 1 h. 30, la dyspnée est devenue très intense avec cyanose, augmentant avec rapidité. Très anxieux, ayant songé aux diverses thérapeutiques qui s'offraient à lui et se rappelant les faits d'aspiration du méconium chez le nouveau-né, le Docteur Suzor eut l'heureuse idée de faire appel à la bronchoscopie.

A 2 h. 15, M. A. Soulas étais auprès de la malade avec son matériel d'urgence. Le tableau clinique est tragique ; c'est le tableau de l'asphyxie : lèvres et paupières violet-noir, facies cyanosé, tirage sus-sternal et sterno-abdominal ; on entend quelques râles trachéaux à distance ; à l'auscultation quelques râles humides disséminés, surtout à droite mais pas de pluie de râles fins ; le pouls est irrégulier à 150-190.

On pense à une obstruction trachéo-bronchique massive, mais peut-être aussi à l'œdème aigu du poumon ; aussi bien des toni-cardiaques ont été administrés avec vigueur mais sont nettement impuissants ; l'évolution fatale à brève échéance est à craindre.

L'acte bronchoscopique devait-il être utile et n'était-il pas contre-indiqué par la défaillance cardiaque ?

Devant l'insistance de Suzor et de l'entourage qui considèrent l'état comme désespéré si on se contente de l'abstention et étant donné que, d'autre part, le début de l'accident est nettement caractéristique d'une inondation trachéo-bronchique. Soulas se décide. Il était deux heures et demi, soit environ deux heures après les premiers troubles. La bronchoscopie est pratiquée dans la chambre même de la malade et sans aucune anesthésie. Une pompe à eau est adaptée au robinet du lavabo et surveillée par le Docteur Suzor tant la manœuvre d'aspiration apparaît essentielle et doit avoir lieu sans incident, dans le minimum de temps. La malade est placée légèrement en travers du lit et l'intervention a lieu en deux temps

1° *laryngoscopie directe* grâce au laryngoscope de Chevalier-Jackson ; à deux reprises on fait l'aspiration ; une abondante quantité (150 centimètres cubes environ) de sécrétions est rejetée ou aspirée ; c'est du liquide séro-muqueux, surtout poisseux, non alimentaire ; après cette manœuvre qui dure 40 à 50 secondes, un répit d'une minute fut donné à la malade ;

2° une bronchoscopie fut ensuite pratiquée et un tube de 6 × 40 introduit dans la trachée. On est aveuglé par les sécrétions ; celles-ci sont aspirées facilement et on retire, environ, 100 à 200 centimètres cubes de liquide de même aspect que précédemment, poisseux et séro-muqueux. L'arbre trachéo-bronchique est nettoyé et apparaît propre. Les orifices secondaires sont inspectés très rapidement et on ne voit pas de liquide sourdre à leur niveau.

L'intervention a eu lieu sans incident et, au total, a duré quatre minutes.

La malade est transformée ; aussitôt la cyanose et surtout le teint noirâtre ont disparu ; le cœur se régularise et le pouls revient à 100-110.

Il persiste un léger degré de dyspnée qui durera deux jours.

Le lendemain, on constate une légère bronchite à droite qui évoluera vers la guérison complète en quinze jours.

Il faut incriminer dans ce cas l'envahissement des voies aériennes par le liquide provenant des voies digestives ; le volume en était important; et c'était là une raison de gravité.

Un autre élément de gravité est constitué par la nature des sécrétions. Celles-ci étaient sans doute constituées par du liquide gastrique et par des mucosités proprement bronchiques dues à l'hypersécrétion causée par ce corps étranger particulièrement irritant. On s'explique fort bien aussi la défaillance cardiaque chez une femme fatiguée par le « travail » et l'accouchement et saignée par la délivrance. C'est ce qui, avec l'absence de signes classiques de l'œdème aigu, permit au Docteur Suzor d'être aussi catégorique dans son diagnostic d'obstruction trachéo-bronchique et d'insister pour que soit pratiquée une broncho-aspiration, quelles que puissent être les difficultés de cette intervention en de telles circonstances.

Cette conception des faits commandait donc la bronchoscopie mais celle-ci, pour être *efficace*, et pour être *possible*, devait être pratiquée *très rapidement* ; elle était donc un procédé d'extrême urgence. Il fallait juguler une asphyxie « mécanique », éviter soit l'exitus par déficience cardiaque, ou, si par extraordinaire celui-ci ne survenait pas, l'envahissement progressif avec broncho-alvéolite, processus qui commençait déjà. Soulas a appris en effet que dans deux cas semblables, l'un s'est terminé par la mort rapide et l'autre par une broncho-pneumonie extrêmement grave. C'est donc par une organisation parfaite de la bronchoscopie qu'on peut lutter contre ces accidents respiratoires. En une heure ou deux heures au maximum, il faut pouvoir se trouver auprès du malade avec un matériel adéquat. De même qu'il faut pouvoir intervenir sans anesthésie et sur le lit même du malade.

Du point de vue *technique*, il faut intervenir dans la chambre même du malade , celui-ci ne devant pas être transporté afin d'éviter tout effort inutile ; — dans des conditions parfaites d'asepsie ; — avec rapidité et surtout sans perte de temps pendant l'acte opératoire (ce qui exige une préparation dans les moindres détails et une équipe experte), — aucune anesthésie ne doit être pratiquée afin de ne pas ajouter un élément toxique et dépresseur.

A. Marmeaux.

(1) A. Soulas. — Très grave obstruction trachéo-bronchique survenue à la suite d'un accouchement ; efficacité de la broncho-aspiration d'urgence. *Bronchoscopie, œsophagoscopie et gastroscopie*, octobre 1935, p. 351.

REVUE DE PHARMACOLOGIE

La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1934-1935

(2e semestre 1934 - 1er semestre 1935)

(Suite)

Par

Paul BOYER et **Lucien DUTHEIL**
Médecin du Dispensaire de Saint-Lazare — Interne de Saint-Lazare

MODIFICATEURS DU SYSTÈME NERVEUX

Excitants du sympathique

Adrénaline

TIFFENEAU et BROUN (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVII, 1002), ont constaté que sur l'intestin isolé de cobaye en survie dans le liquide de Tyrode, les effets inhibiteurs de l'adrénaline et de l'atropine peuvent être renforcés ou affaiblis suivant qu'on augmente ou qu'on diminue dans ce liquide le nombre des ions H. Inversement les effets accélérateurs des poisons parasympathicomimétiques (acétylcholine et pilocarpine), ainsi que ceux des poisons stimulants des fibres lisses (histamine, posthypophyse, $BaCl^2$) sont affaiblis ou parfois même inversés lorsque le nombre des ions OH diminue et sont accrus dans le cas contraire.

HAZARD et Mlle WURMSER (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVII, 864) montrent que le KCl excite l'adrénalino-sécrétion et que le $MgCl^2$ l'inhibe.

CHAUCHARD (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 318) a observé que l'injection intraveineuse d'adrénaline ou d'acétylcholine détermine dans le domaine de la corde du tympan et du sympathique des variations de l'excitabilité qui se manifestent surtout par une diminution du temps de sommation. L'action de ces substances porte sur l'élément glandulaire.

HERMANN et VIAL (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVII, 439) démontrent l'existence d'une syncope adrénalino-monochloroéthanique (association du chlorure d'éthyle et de l'adrénaline) exactement comparable à la syncope adrénalino-chloroformique.

KATZ et SCHWARTZ (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 1410) ont observé que l'application préalable de l'adrénaline sur les vaisseaux de l'oreille isolée du lapin renforce exclusivement les effets vaso-constricteurs de l'acétylcholine.

KRUTA (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 397) constate que l'adrénaline et l'ergotamine exercent sur le ventricule médian de la Seiche un effet positif surtout sur la contractilité et le tonus. On n'obtient pas ici le vrai antagonisme de l'ergotamine et de l'adrénaline. Le 933 F montre au contraire sur cet organe une action adrénolytique spécifique.

MALMEJAC et DONNET (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 734) étudient les variations de la glycosurie au cours des injections intraveineuses continues de petites doses d'adrénaline.

NACHMANSOHN, WAJZER et LIPMANN (*Acad. Sc.*, 27 mai 1935,) sont d'avis que l'adrénaline exerce une influence directe et spécifique sur le métabolisme énergétique de la cellule musculaire, consistant en une accélération de la formation d'acide lactique. Le phosphagène n'est d'abord pas touché ; ce n'est qu'après la décomposition d'une grande partie du phosphagène que la resynthèse est accélérée grâce à l'énergie fournie par l'augmentation de la formation d'acide lactique. De ce fait on peut expliquer pourquoi l'augmentation du travail par l'adrénaline ne se produit que sur le muscle fatigué.

RAYMOND-HAMET (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 1292 et CXIX, 990) a constaté que les effets non seulement moteurs, mais encore inhibiteurs de l'adrénaline sont augmentés par la colchicine, comme par la cocaïne, mais pas par le même mécanisme.

BAUDOUIN, BÉNARD, LEWIN et SALLET (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 73, 379, 474 et 529) étudient les effets des injections intraveineuses lentes et continues d'adrénaline. Les injections d'adrénaline lentes et continues, quelle que soit la valeur de la dose injectée, à condition qu'elle soit suffisante, donnent une courbe de pression artérielle toujours à peu près du même type. Alors que des doses de 0,08 à 0,15 mgr. par heure et par kgr. chez le chien donnent par voie veineuse périphérique une élévation notable de la pression artérielle, ces mêmes doses poussées suivant le même rythme dans une veine mésentérique, restent sans action sur la pression, confirmant l'action d'arrêt du foie. Les injections d'adrénaline dans l'artère fémorale n'ont pas d'action sur la pression artérielle après injection d'une dose moyenne (0,07 mgr. par kgr. et par heure) dans une collatérale de l'artère fémorale, mais élèvent nettement la glycémie. L'injection intraveineuse lente et continue d'adrénaline chez le chien en état de choc peptonique relève la pression artérielle d'une façon beaucoup plus sûre et efficace que ne le font plusieurs injections massives aux doses où des injections sont tolérées par l'animal. L'injection intraveineuse lente et continue d'adrénaline réalise donc une méthode intéressante susceptible de combattre efficacement certains accidents de choc et d'hypotension artérielle graves, mais méthode délicate et dont l'application doit être minutieusement réglée et surveillée. Au cours des injections intraveineuses lentes et continues d'adrénaline on note l'apparition d'une hyperglycémie déjà aux doses faibles de 0,025 à 0,05 mgr. par kgr. et par heure, mais sans modifications encore de la pression artérielle. A partir de 0,10 mgr. l'hyperglycémie devient de plus en plus marquée avec l'apparition de l'hypertension artérielle. Les réponses hypertensive et hyperglycémiques adrénaliniques présentent donc un seuil différent.

CORNIL et MOSINGER (*Soc. Méd. Marseille*, 23 janv. 1935) ont observé une inversion des réactions vasomotrices à l'adrénaline dans les lésions nerveuses centrales (traumatismes médullaires et crânio-encéphaliques, syndromes thalamiques).

ABELOUS et ARGAUD (*Acad. Sc.*, 16 juillet et 27 août 1935) étudient la formation de l'adrénaline dans les surrénales.

Amines sympathomimétiques

WAHLMANN (*Thèse Méd. Paris*, 1935) montre que l'action du principe actif du genêt à balai est superposable à celle de l'adrénaline sauf une différence dans le pouvoir veino-constricteur.

HAZARD et Mlle WURMSER (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 487) ont observé que l'éphédrine peut à un degré plus ou moins marqué faire recouvrer à l'adrénaline son action hypertensive d'abord inversée par la yohimbine. Son action avec la spartéine peut sensibiliser à l'extrême, même en présence de yohimbine, les vaso-constricteurs rénaux à l'action de l'adrénaline.

TOURNADE et ROCCHISANI (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 1080) constatent que la noradrénaline a la même action que l'adrénaline sur l'adrénalino-sécrétion.

VINCENT et DETRIE (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVII, 597) étudient la toxicité de quelques esters du diéthylaminoéthanol.

ROTHLIN et RAYMOND-HAMET (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVII, 754 et 859) montrent que l'action vaso-constrictrice de la sempervirine sur l'oreille perfusée du lapin est un peu plus de 2.000 fois plus faible que celle de l'adrénaline, mais de beaucoup supérieure à celle de la gelsémine. La sempervirine inhibe le pouvoir moteur de l'adrénaline et de l'acétylcholine sur la vésicule séminale isolée du cobaye, cette action, du reste rapidement réversible, est due à une parésie globale des mécanismes récepteurs tant vagues que sympathiques.

Nicotine

Mlle CORTEGGIANI (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 133) a observé une action amphochronotique de la nicotine sur le cœur de la tortue, et un antagonisme de la nicotine et de l'iodométhylate d'hexaméthylène tétramine sur le myocarde de la tortue analogue à celui de la vératrine et du curare sur le muscle squelettique.

Paralysants du sympatique

LAPICQUE (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVII, 1045) signalent que toutes les substances sympathicolytiques (ou adrénolytiques) connues diminuent considérablement et d'une manière durable la chronaxie des muscles lents sans agir sur la chronaxie des muscles volontaires de la grenouille.

RAYMOND-HAMET (*Progrès méd.*, 28 nov. 1934, n° 48, 1863)

TRAITEMENT RATIONNEL ET PRATIQUE DES MALADIES & AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES

BIS-KA-MA

Voie Stomacale

BIS-KA-MA
BISMUTH KAOLIN COLLOIDAL MAGNES…
MUCILAGE VÉGÉTAL
Marque Dépos…
POUDRE
CONSTIPATION : UNE CUILLER A SOUPE LE MATIN A JEUN DANS UN VERRE D'EAU.
ESTOMAC : UNE CUILLER A CAFÉ DANS UN PEU … D'EAU AVANT OU APRÈS LES … REPAS

BIS-KA-MA
DRAGÉES
MÊMES PRINCIPES ACTIFS QUE BIS-KA-MA POUDRE

BIS-KA-MA
DRAGÉES
MODE D'EMPLOI : SUCER LENTEMENT 1 A 4 DRAGÉES AU MOMENT DES DOULEURS DES BRULURES … DES MALAISES

Laboratoires
du Dr Pierre ROLLAND
et DURET et RÉMY réunis
15, Rue des Champs,
Asnières (Seine)

Voie Rectale

GRANULÉ MUCILAGINEUX
A ÉMULSIONNER DANS L'EAU POUR LA PRÉPARATION DU LAVEMENT PANSEMENT RECTO-COLIQUE BIS-KA-MA
BIS-KA-MA
PANSEMENT RECTO-COLIQUE
UNE MESURE DANS 75cc D'EAU TIÈDE OU 2 MESURES DANS 150cc SUIVANT INDICATIONS DU MÉDECIN

BIS-KA-MA SUPPOSITOIRE
ADULTES - 1 à 2 SUPPOSITOIRES PAR 24 HEURES SAUF AVIS CONTRAIRE DU MÉDECIN

publie une très intéressante étude sur les médicaments sympathicolytiques.

Busquet et Vischniac (*Soc. Thér.*, 13 mars 1935 et *Progr. méd.*, 4 mai, n° 18, 738) montrent que le phényléthylbarbiturate d'yohimbine est vaso-dilatateur et hypotenseur par action sympathicolytique, comme les sels ordinaires d'yohimbine, mais possède en outre deux propriétés tout à fait caractéristiques : il est cardiotonique et sédatif. Ce produit paraît théoriquement indiqué contre l'angine de poitrine.

Stoll et Brurckhardt (*Acad. Sc.*, 13 mai 1935) présentent une étude chimique de l'ergobasine, nouvel alcaloïde de l'ergot de seigle, soluble dans l'eau.

Bovet (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 1020) constate une action broncho-constrictrice très forte avec deux dérivés du dioxane, le 933 F (pipéridinométhylbenzodioxane et le 883 F (diéthylaminométhylbenzodioxane), plus intense pour le premier. Sur l'animal dont le vague a été rendu inexcitable par une forte dose d'atropine, la constriction des bronches par le dioxane se produit néanmoins. Par contre comme pour l'ergotamine, l'action de l'adrénaline elle-même n'est que très difficilement paralysée. Parmi les phénoxéthylamines, le 928 F (phénoxéthyldiéthylamine) est sans action ; le 929 F (thymoxéthyldiéthylamine) au contraire présente une très intense action constrictrice. Parmi les coumaranes, les termes les plus simples sont sans action, les termes supérieurs ont une action constrictrice.

Bovet et Mlle Simon (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVII, 958 et 961) ont observé que l'addition de 883 F à la solution narcotique augmente la rapidité d'établissement du sommeil et le prolonge chez le lapin et l'épinoche. Cette action favorisante sur la narcose existe à des degrés divers dans les différents dérivés du benzodioxane ; le terme le plus actif à cet égard est le dérivé allylaminométhylbenzodioxane (993 F). Les aminocoumaranes et en particulier les dérivés o-méthoxylés des aminocoumaranes possèdent la même propriété. La phénoxéthyldiéthylamine (928 F) est peu active à ce point de vue. Par contre son dérivé, l'o-méthoxyphénoxéthyldiéthylamine (930 F) qui ne diffère du 883 F que par l'ouverture du noyau dioxane est nettement actif.

Chauchard (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 1175) montre que le pipéridinométhylbenzodioxane mérite, du moins dans le domaine sécrétoire, d'être classé parmi les sympathicolytiques. Son action sur la chronaxie des fibres sympathiques est antagoniste de celle de l'adrénaline tandis que sur les fibres parasympathiques elle est de même sens.

Hazard (*Acad. Sc.*, 2 janvier 1935) a observé que la spartéine supprime l'inversion des effets hypertenseurs de l'adrénaline provoquée par trois phénoxyéthylamines et ramène un degré plus ou moins marqué d'hypertension et de vaso-constriction rénale adrénalinique.

Mlles Lévy et Olszycka (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 899) montrent que chez le lapin les substances sympathicolytiques (ergot, yohimbine, amino-éthers oxydes phénoliques) ne sont pas susceptibles tout en conservant une action antagoniste de l'adrénaline, d'inverser l'action hypertensive de cette hormone.

Mlles Lévy et Kohler et Justin-Besançon (*Acad. Sc.*, 14 janv. 1935) précisent les relations existant entre la constitution chimique de quelques amino-éthers-oxydes et leurs actions pharmacodynamiques. Les corps examinés par les auteurs peuvent être divisés en deux groupes principaux : *a*) les amino-éthers-oxydes de la série aromatique qui, d'une part, sont adrénolytiques, et d'autre part font rétrocéder l'exophtalmie éphédrinique ; *b*) les amino-éthers-oxydes de la série grasse ou mixte qui ne sont pas adrénolytiques : les uns dans lesquels l'oxygène se trouve placé entre deux chaînes linéaires courtes font rétrocéder la mydriase éphédrinique sans toucher à l'exophtalmie, permettant de réaliser expérimentalement une exophtalmie du type basedowien ; certains autres sensibilisent au contraire l'appareil oculo-pupillaire à l'action de l'éphédrine.

Monnier et Bacq (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVIII, 873) montrent que le 933 F réduit notablement la durée et accroît l'amplitude du potentiel d'action de la membrane nictitante et réduit la chronaxie.

Sivadjian (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 963) observe avec le pipéridinométhylbenzodioxane un allongement du temps de réaction chez le rat, ce temps devient dans certains cas cinq fois plus considérable que la normale.

Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 548 et 774 et *Progrès méd.*, 12 janv. 1935, n° 2, 54) signale une action vasculaire très marquée de la corynanthine et une action anesthésique locale huit fois plus forte que celle de la yohimbine, par contre même action sur les effets respiratoires de l'adrénaline.

Rothlin et Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVII, 978 et 1935, CXVIII, 33) montre que l'activité sympathycolytique de la corynanthine est deux fois plus forte que celle de la yohimbine, tout au moins sur l'utérus isolé de lapine.

Justin-Besançon et Mlle Kohler (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 532) signalent que la comparaison de l'yohimbine et de la corynanthine montre que tant par son action antiexophtalmique que par l'antagonisme qu'il présente vis-à-vis de la mydriase adrénalinique, ce dernier alcaloïde se montre à doses égales (et même si l'on ne tient pas compte du fait qu'il est beaucoup moins toxique), plus actif que l'yohimbine. Ces résultats concordent avec ceux obtenus par Raymond-Hamet en mesurant l'activité ocytocique de ces deux alcaloïdes. En outre la corynanthine possède une action purement lytique alors que le myosis yohimbinique est bref et suivi d'une mydriase.

Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVII, 980) remarque qu'aux doses fortes l'hydrastine diminue considérablement l'action hypertensive et les effets vaso-constricteurs rénaux des doses moyennes d'adrénaline, mais n'inverse pas cette action et n'abolit pas complètement ces effets. L'hydrastine possède donc une action adrénolytique, mais n'est pas un sympathicolytique vrai.

Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 1337) met en évidence l'action hypotensive et vaso-dilatatrice de la mitrinermine, ce corps diminue faiblement les effets hypertenseurs et vaso-constricteurs rénaux de l'adrénaline. Ses effets physiologiques sont donc tout à fait différents de ceux de la corynanthéine et se rapprochent beaucoup de ceux de la rhynchophylline. De plus les réactions colorées de la mitrinermine sont semblables à celles de la rhynchophylline et n'ont rien de commun avec celles de la corynanthéine.

Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 1340) étudie l'action inhibitrice de l'ibogaïne sur les effets moteurs exercés par l'adrénaline et l'acétylcholine sur la vésicule séminale isolée du cobaye.

Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 1022) est d'avis que bien qu'on leur ait attribué la même formule centésimale, la corynanthine et l'échitamine ont des effets physiologiques tout à fait différents, la corynanthine inversant l'action hypertensive des doses moyennes d'adrénaline et supprimant les effets vaso-constricteurs rénaux de l'adrénaline, cet effet ne se retrouvant pas avec l'échitamine.

Rothlin et Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 37) signalent que la gambirine, alcaloïde extrait de l'*Ourouparia gambir*, ne diminue ni n'augmente les effets moteurs de l'acétylcholine sur l'utérus isolé, mais inverse sur cet organe l'action motrice de l'adrénaline.

Excitants du parasympathique

Busquet (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 234) observe qu'après imprégnation de l'intestin par l'intrait de marron d'Inde l'effet hypertonique habituel de la pilocarpine est transformé en un effet hypotonique. Dans ce cas particulier le principe actif du marron d'Inde est la saponine qui agit probablement en augmentant le nombre des ions H contenus dans le liquide nutritif de l'intestin.

Gautrelet (*Acad. Méd.*, 12 févr. 1935) a pu déceler dès 1909 la choline dans nombre d'organes des mammifères, des oiseaux et des poissons, des vertébrés en général, mais n'a pas réussi à le faire chez les invertébrés, en particulier chez les invertébrés marins. D'une manière générale, la choline est absente là où l'adrénaline l'est aussi et elles ont un rôle antagoniste. Cette notion est d'importance quand il s'agit de fixer la nature des produits libérés dans la transmission humorale de l'excitation nerveuse. L'auteur propose une théorie homo-hormonale de la transmission de l'excitation du nerf au muscle et pense que l'acétylcholine des muscles y joue un rôle au même titre que l'acétylcholine libérée par les nerfs parasympathiques l'adrénaline jouerait un rôle analogue dans le nerf sympathique excité et dans les organes innervés par le système. Ces actions n'auraient lieu que chez les vertébrés.

Gautrelet et Halpern (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 412) montrent que le curare, le cyanure d'éthyle et l'hémolymphe exercent sur le cœur isolé d'*Helix pomatia* une action antagoniste vis-à-vis de l'acétylcholine par destruction rapide de cet alcaloïde. L'addition d'ésérine à l'hémolymphe non chauffée empêche l'action antagoniste de se manifester.

Halpern et Mlle Corteggiani (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 1019) signalent que le cœur d'escargot isolé et surtout le muscle de sangsue ésériné permettent de mettre en évidence chez un invertébré comme chez les vertébrés la présence dans le sang et les organes d'une substance destructive de l'acétyl-

choline, substance thermolabile dont l'action est entravée par la présence d'ésérine. La courbe de destruction de l'acétylcholine en fonction du temps par les organes est comparable à une courbe des actions diastasiques.

Burnier (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 1032) a constaté que l'action de l'acétylcholine sur l'embyron de poulet est sensiblement indentique avant et après la pénétration des nerfs pneumogastriques et sympathiques dans les parois du cœur.

Jullien (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 603) signale que l'acétylcholine modère ou arrête le cœur de l'huître, l'atropine fait cesser l'inhibition du cœur isolé. Pas d'antagonisme ici entre atropine et acétylcholine.

Kruta (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 608) étudie l'effet inhibiteur de l'acétylcholine et de l'atropine sur le ventricule médian de la Seiche et Kruta et Paulian (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 1104) observent une baisse lente du potentiel du muscle strié accompagnant la contracture acétylcholinique.

Merklen, Franck et Grandpierre (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 1562) signalent un abaissement considérable par la vagotonine du seuil cardio-modérateur de l'acétylcholine.

Lachelin (*Thèse Méd. Paris*, 1934) présente une étude expérimentale des dérivés de la choline.

Jung et Pierre (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 1451) constatent que les variations circulatoires provoquées par l'acétylcholine n'ont aucun retentissement sur le pouvoir réfringent du sérum sanguin.

Villaret, Pasteur-Vallery-Radot, Justin-Besançon et Claude (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 1343) signalent que seul l'asthmatique, et cela quelle que soit la forme clinique de son asthme, réagit par des phénomènes respiratoires à l'injection d'acétyl-bêta-métylcholine.

Villaret, Justin-Besançon et Cachera (*Rev. méd. fr.*, juin 1935, n° 6) étudient les indications thérapeutiques des nouveaux esters de la choline et en particulier de l'acétyl-bêta-méthylcholine. Ce corps est particulièrement indiqué dans la tachycardie paroxystique et les incidents consécutifs à la ponction lombaire (voie sous-cutanée), dans l'atonie vésicale (voie buccale) dans les arthrites chroniques (injections locales), dans le glaucome chronique (instillations).

Lemaire et Bion (*Progrès méd.*, 28 nov. 1934, n° 48, 1871) et Alliez, Audier et Paillas (*Soc. Méd. Marseille*, 28 nov. et 12 déc. 1934) préconisent l'acétylcholine dans le traitement des accidents de la ponction lombaire.

Sciclounoff (*Presse Méd.*, 14 juillet 1934, n° 56, 1140) insiste sur la valeur thérapeutique de l'acétylcholine dans l'ictus hémiplégique.

Dang-Hanh-Kien (*Acad. Méd.*, 5 févr. 1935) préconise la biocholine intraveineuse dans la fièvre bilieuse hémoglobinurique.

Balansard et Mlle Rizzo (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 1041) ont constaté que les Labiées *Teucrium* et *Salvia* diffèrent de par leur teneur en choline et de par l'absence de la lactone amère chez les *Salvia*.

Mlle Fontaine (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 1045) signale un antagonisme entre acétylcholine et alcool éthylique sur le muscle de sangsue. Ce muscle est également contracté par diverses substances telles que la vératrine, la spartéine, l'iodure de tétraméthylammonium, la triméthylamine, l'iodométhylate d'urotropine, l'aldéhyde formique et relâché par l'alcool éthylique.

Paraylsants du parasympathique

Tournade et Curtillet (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 1581) étudient la brièveté du temps perdu que requiert une injection intracardiaque ou jugulaire d'atropine pour paralyser le vague.

Garrelon (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 854) poursuit ses travaux sur l'action de l'atropine sur la réanimation du cœur dans les syncopes chloroformiques secondaires.

Jung et Madelenat (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVII, 929) montrent qu'à faibles doses le syntropan (ester de l'acide tropique et d'un amino-alcool) peut être considéré comme un sédatif du parasympathique, avec très grande prédominance de l'action inhibitrice intestinale ; les glandes salivaires, le cœur et le sphincter irien ne sont atteint qu'à un bien moindre degré. Aux doses toxiques action convulsivante.

Raymond-Hamet (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVII, 609) établit que la tropine peut produire une forte hypertonie intestinale sans provoquer en meme temps d'augmentation de la pression intravésicale.

Chavany (*Bull. méd.*, 16 février 1935, n° 7, 128) est d'avis que la cure d'atropine à hautes doses sagement conduite et surveillée, sans amener la guérison d'états incurables, donne de très bons résultats fonctionnels dans le parkinsonisme.

Cœur et vaisseaux

Le Professeur Vaquez (*Arch. Mal. du cœur*, 1935, XXVIII, 185) insiste sur la variabilité des préparations galéniques et l'insuffisance du procédé de titrage dit biologique des préparations de digitale. On a récemment isolé de multiples glucosides de la digitale. Leur valeur n'est nullement établie, c'est pourquoi Vaquez reste toujours fidèle à la digitaline cristallisée Nativelle.

Leven (*Soc. Thér.*, 13 févr. 1935) préconise la digitaline à faibles doses prolongées dans les tachycardies sans cardiopathie.

Waldmann (*Thèse Méd. Paris*, 1935) est d'avis que la teinture de *Digitalis lanata* présente une action supérieure, à poids égal, à celle de la teinture de *Digitalis purpurea*. L'action cardiotonique est analogue mais ne provoque pas d'intolérance digestive, l'accumulation est six à sept fois moindre que celle de la digitaline cristallisée.

Bascouret (*La Médecine*, mars 1935, n° 4, 124) insiste sur l'intérêt des cures prolongées d'ouabaïne ; chez un malade il a pu faire à la suite quarante injections de ce glucoside.

Lian et Abaza (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 29 mars 1935 et 28 juin 1935) ainsi que Paraf (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 19 mai 1935) préconisent les injections intracardiaques d'ouabaïne comme traitement des syncopes cardiaques.

Faure-Baulieu et Cord (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 3 mai 1935) rapportent un cas de survie de deux mois après injection intracardiaque d'ouabaïne chez un malade atteint de cachexie cardiaque avancée.

Lutembacher (*Bull. méd.*, 1er déc. 1934, n° 48, 742) signale l'intérêt de l'adonidine dans toutes les manifestations de l'insuffisance ventriculaire droite.

Le Prof. Loeper, Lemaire, Figares et Garcia de Soria (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 368) constatent sur le cœur du chien *in situ* et sur le cœur isolé d'*Helix pomatia*, une augmentation de la résistance à l'adrénaline, à l'yohimbine, à l'acétylcholine, à la pilocarpine, à l'ésérine, à l'ouabaïne, à la digitaline à la spartéine et à la quinidine par le sucre.

Mercier et Krijanovsky (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 1345 et CXIX, 117) signalent que le sulfate de spartéine détermine une première phase de leucopénie due à la base spartéine suivie d'une phase de légère leucocytose. Le camphosulfonate de spartéine détermine au contraire une hyperleucocytose marquée due à l'acide camphosulfonique ; action synergique de l'électrargol sur cette hyperleucocytose camphosulfospartéinique.

Raymond-Hamet (*Progr. méd.*, 25 août 1934, n° 34, 1338) étudiant les effets extracardiaques de la spartéine signale son action curarisante, son action paralysante des synapses ganglionnaires intercalés sur le parcours des nerfs autonomes intestinaux, son action antivomitive indirecte d'où les services qu'elle peut rendre dans certains états nauséeux d'origine réflexe comme le mal de mer.

Hazard et Vaille (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 864) montrent que la spartéine supprime totalement l'hyperglycémie déterminée par les substances du groupe de la nicotine, par l'extrait post-hypophysaire et par la papavérine. La suppression est seulement partielle pour les hyperglycémies déterminées par les alcaloïdes de l'opium et leurs dérivés et par l'acide salicylique. Elle ne modifie pas enfin l'hyperglycémie adrénalinique. En présence de spartéine les composés hyperglycémiques étudiés par les auteurs voient donc leurs effets d'autant plus réduits que leur action n'intéresse plus les centres ou les ganglions. Ceux dont l'action est post-ganglionnaire ou périphérique maintiennent leurs effets.

Mercier et Balansard (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 166) ont isolé du rhizome de *Cimicifuga racemosa* un complexe glucosidique dont la fraction insoluble possède des propriétés cardiotoxiques marquées.

Doumer et Cuvelier (*Echo Méd. du Nord*, 24 févr. 1935, n° 8, 321) étudient le mode d'action de la quinidine, ses dangers ses indications et les règles du traitement dans l'arythmie complète.

Fisher (*Concours méd.*, 26 août 1934, n° 34, 2386) préconise le haricot vert (tisane, teinture) comme médicament cardiaque à cause de l'inosite qu'il contient.

Clerc, Stern et Paris (*Ann. de Méd.*, juin 1935, n° 1, 32) et Stern (*La Médecine*, mars 1935, n° 4, 221) montrent qu'au point de vue expérimental l'alcool octylique primaire (octanol) favorise la diurèse, détermine une hypotension artérielle générale et diminue le volume rénal et splénique, en clinique c'est un

hypotenseur et un diurétique et il renforce l'action de la digitale et de l'ouabaïne.

Pour CHAZAL (*Gaz. méd. de France*, 15 févr. 1935, n° 4, 20) les indications du rhodanate de potassium sont l'hypertension artérielle, l'artério-sclérose, les scléroses viscérales, les rhumatismes chroniques. Toutes les propriétés de l'iode sans les inconvénients, ce corps en effet n'étant pas toxique s'il est pur.

BOUCAUMONT (*Bull. méd.*, 30 mars 1935, n° 13, 218) présente une revue générale des traitements récents de l'hypertension artérielle (octanol, vagotonine, méthylacétylcholine.

LEMAIRE (*Progr. méd.*, 18 mai 1935, n° 20, 848) étudie les antispasmodiques vasculaires.

Pour RABASSE (*Concours méd.*, 10 mars 1935, n° 10, 698) le véritable traitement d'entretien de l'hypertension artérielle consiste dans l'administration associée de trinitrine qui empêche la tension de monter, de gardénal à doses très faibles qui évite les spasmes artériels et de scille qui maintient une diurèse large.

CLERC, JANOT et PARIS (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 828) présentent une étude expérimentale du chlorhydrate de peyotline. La dose active est de 1 à 5 mgr. par kgr. en injection intraveineuse chez le chien. On observe une hypotension artérielle brusque avec bradycardie, puis réascension de la courbe de pression donnant un effet acétylcholinique. Aux injections suivantes, l'effet est à peu près identique, mais vers la troisième ou quatrième injection la dénivellation devient moins marquée et plus transitoire suivie de tachyacardie et d'hypertension réactionnelle. Après vagotomie ou atropinisation suppression de la phase d'hypotension et de bradycardie et renforcement de cette phase par l'yohimbine et l'ergotamine. Pas de modifications de la tension superficielle du sang, mais action hyperglycémique, attaques convulsives et excitation des glandes salivaires.

KARASSOK, ROCHTOW et WINOGRADOWA (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 807) montrent que l'injection préalable d'agents méthémoglobinisants (comme le nitrite de soude) baisse de 80 à 24 % la mortalité des souris blanches intoxiquées par le NaF vraisemblablement par production de méthémoglobine fluorée qui diminue la concentration du toxique dans le sang.

SIMICI, LLUESMA et DIMITRIU (*Arch. Mal. App. dig. et Mal. Nutr.*, 1935, XXV, 129) montrent que le nitrite d'amyle possède une action énergique sur la motilité gastrique. A petites doses il produit une inhibition faible et passagère de la contractilité ; à doses moyennes ou massives, il produit une inhibition prompte énergique et prolongée de cette contractilité, avec une accélération du pouls. La contractilité reparaît avec l'atténuation de la tachycardie, paraction simultanée sur le parasympathique du cœur et de l'estomac. Le nitrite d'amyle atténue encore les douleurs dans les maladies de l'estomac par action simultanée sur la contractilité gastrique.

VAQUEZ et MOUQUIN (*Presse méd.*, 4 juillet 1934, n° 53, 1065) et RATCHOWA (*Thèse Méd. Paris*, 1935) insistent sur la valeur de la phénylhydrazine dans le traitement de l'érythrémie.

Curarisants

BELFRAGE (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 1410) constate que l'iodure de triméthyloctylamine détermine une augmentation de la chronaxie d'un même muscle par échelons successifs, chaque fois que l'on augmente les doses de ce corps.

KLOUCHE (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVII, 690) signale que l'iodure de pyridine-homoneurine, l'iodure de quinoléine-homoneurine et l'iodure de quinaldine-homoneurine sont des curarisants vrais du type curare, suivant la classification de Lapicque.

(*A suivre.*)

« Je ne puis comprendre ces jeunes médecins pressés, sitôt leur thèse passée, de trouver un poste et qui décident souvent sans beaucoup réfléchir du sort de toute leur vie, car c'est bien de toutes les décisions la plus importante que celle qui vous fixe à un pays, à une région, à des habitants dont vous pouvez n'avoir ni les goûts, ni les habitudes, et avec lesquels vous n'arrivez jamais à vous entendre et où vous ne réussissez pas, car vous ne vous comprendrez jamais.....

« Je sais bien qu'on va me dire que les études médicales sont déjà longues, que sitôt la thèse passée, le jeune médecin doit se débrouiller mais je vous avoue mal comprendre cette précipitation et ce raisonnement qui vous font trouver trop longs, quelques mois de réflexion et d'information quand on a fait des études qui ont duré plus de six ans. » (R. MASSART. — Les cessions de clientèles. — *Le Concours Médical*, 27 octobre 1935.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

Pourquoi et comment agit le foie de veau dans le traitement des anémies pernicieuses. Une première notion, c'est que le foie de veau n'agit pas *par action substitutive*. Il n'y a pas à la vérité, insuffisance hépatique et cette insuffisance hépatique, même si elle existait, n'expliquerait pas l'anémie. Il y a bien altération secondaire du foie, mais celle-ci est plus *la conséquence* que la cause de l'anémie. La cause de l'anémie est ailleurs. S'agit-il d'une intoxication à point de départ intestinal ? S'agit il d'une destruction hématique pluriviscérale ? Nul ne peut répondre pour le moment. Le foie de veau est capable d'exciter l'hémopoïèse par *une action additive*. Comment cette action se manifeste-t-elle ? On ne peut invoquer le fer du foie, car le fer se montre un mauvais agent de traitement de l'anémie pernicieuse d'une part et les extraits liquides de foie qui agissent encore, mais certes moins que le foie cru, sont entièrement exempts de fer. Une hormone ? Difficile à admettre. Une action opothérapique simple ? Encore moins ! On ne sait avec certitude la raison d'action du foie de veau sur l'hématopoïèse. Aucun argument ne permet une affirmation absolue. Force nous est donc d'émettre des hypothèses. Le foie est un organe hémopoïétique, un « à la retraite » ne sera-t-il pas capable de conserver des influences de même ordre même à l'état adulte. On a beaucoup étudié dans ces derniers temps les radiations mitogénétiques de Gurwitsch, émis par des tissus en vie active. On a découvert que si le sang normal émettait des rayons de cet ordre, le sang d'anémie pernicieuse en était exempt. Ne serait-ce pas, parmi les multiples facteurs invoqués un de ceux qui pourraient activer l'hémopoïèse ? Et pourquoi, puisque l'on sait l'éternelle vitalité et la prolifération du parenchyme hépatique, ne pas admettre que dans l'anémie pernicieuse cet organe puisse apporter cette influence activatrice qui fait entièrement défaut au sang anémique. Hypothèse, hypothèse fragile. Elle mérite en tout cas qu'on s'y attache. Elle s'accorderait en tout cas avec cette observation thérapeutique qui veut que le traitement par le foie de veau n'agisse que provisoirement, il ne guérit pas l'anémie pernicieuse, il ne fait que la corriger. Dès qu'on le cesse un certain temps, l'anémie reparait.

Le problème reste donc entier. La solution ne peut être apportée actuellement.

(Conférence faite à Spa, par M. le Professeur Noël Fiessinger. Le foie dans les anémies. *Journal des Praticiens*, 2 novembre 1935.)

La légende de la vagotonie et de la sympathicotonie a pris naissance en Autriche, avec Eppinger et Hess.

« Deux merveilles, s'est écriée l'ingénuité française qui s'enthousiasme sur les productions de l'étranger. Elle n'a pas tardé à en rabattre et la nouvelle conception est allée rejoindre dans la poussière des bibliothèques les mille et une interprétations de la médecine qui après une période de vogue, se sont endormies dans la torpeur d'un abandon éternel.

« Qu'était-il arrivé avec ces nouveaux cadres nosologiques ? Tout simplement la dissociation d'un état morbide dans deux manifestations parallèles qui dépendaient de lui. Or, cette dualité de symptômes n'était que transitoire. Le déséquilibre sympathique qui les commandait les alternait l'un par l'autre, les réunissait, les séparait, se livrait à un jeu de théâtre qui les faisait apparaître sur la scène simultanément ou dans des rentrées et sorties discordantes et imprévues. Un sujet vagotonique devenait sympathicotonique une demi heure après et la demi-heure suivante, il devenait les deux à la fois. C'est comme qui dirait un sujet atteint de mal de tête. Ce dernier est occipital ou frontal. Souvent, il est les deux en même temps. Quel est le clinicien moderne qui songerait à faire de ces deux localisations différentes, l'objet de deux chapitres distincts de la pathologie ?.......

« Dans la vagotonie et la sympathicotonie, la cause initiale et la nature sont les mêmes : un trouble fonctionnel du sympathique.

« Alors pourquoi tirer parti des divers dérangements de ce

trouble pour se livrer au casse-tête de discussions interminables et savantes ?»

(Ch. Fiessinger. L'erreur par les cadres. *Journal des Praticiens*, 12 octobre 1935.)

En présence de troubles neurologiques des membres inférieurs, que l'on serait tenté de rattacher à un tabes fruste, sans pouvoir prouver cependant l'étiologie syphilitique, on doit songer à la possibilité de troubles du développement coexistant avec un spina-bifida occulta ou sacralisation de la 5e vertèbre lombaire.

Parmi d'autres troubles nerveux et trophiques (malformation des pieds, énurésis, trophœdème, scoliose, névralgie sciatique, etc.), le *spina-bifida occulta* peut rendre compte de symptômes neurologiques divers évoquant plus ou moins l'idée d'une syphilis spinale inférieure ou d'un tabes fruste : aréflexies tendineuses, maux perforants plantaires, amyotrophies, troubles objectifs de la sensibilité. Outre l'existence du spina-bifida et l'absence de stigmates précis de syphilis, certains aspects cliniques peuvent contribuer à caractériser l'origine de ces symptômes.

Comme le spina-bifida occulta, la *sacralisation vraie de la 5e vertèbre lombaire* semble pouvoir être le témoin d'anomalies du développement nerveux, expliquant certains troubles neurologiques : énurésie, atrophies musculaires, abolition des réflexes sacrés.

Il va sans dire cependant qu'un examen clinique et biologique minutieux est indispensable pour éliminer toute autre étiologie possible, avant de rattacher de tels troubles nerveux à la malformation rachidienne.

(Jacques Decourt et Maurice Coste. A propos du diagnostic du tabes fruste. Les aréflexies tendineuses, les troubles sensitifs et trophiques pouvant accompagner les malformations du rachis lombo-sacré. Spina-bifida occulta et sacralisation de la 5e vertèbre lombaire. *La Presse Médicale*, 26 octobre.)

Médecine infantile

Les encéphalites aiguës, non suppurées, de l'enfance, n'ont pas trouvé place dans les traités classiques de pédiatrie, avant le début de ce siècle.

Les méningites avaient absorbé toute l'attention des médecins d'enfants.

La cytologie du liquide céphalo-rachidien a permis de séparer nettement les méningites des encéphalites : présence de leucocytes dans le liquide céphalo-rachidien, méningite ; absence, pas de méningite.

L'étiologie et la pathogénie de ces encéphalites sont très discutées.

Leur identité clinique et anatomique, leur indépendance vis-à-vis des complications nerveuses propres à certaines maladies infectieuses, ont incité les auteurs à chercher l'agent causal spécifique des encéphalites aiguës dans la série des virus neurotropes, en invoquant un phénomène de biotropisme.

Jusqu'à présent, ces recherches sont restées absolument vaines.

En outre, il n'a pu être prouvé davantage que l'un des virus neurotropes déjà reconnu expérimentalement comme agent pathogène de l'herpès, de la poliomyélite, de l'encéphalite épidémique, puisse être mis en cause.

L'action directe des virus de certaines maladies infectieuses, vaccine en particulier, est le plus fréquemment invoquée ; mais cette hypothèse n'est pas encore unanimement acceptée, les résultats positifs de l'expérimentation restant absolument exceptionnels.

Par contre, plusieurs auteurs ont pu mettre en lumière l'action des différentes toxines microbiennes (diphtérique, coquelucheuse) sur les centres nerveux et reproduire, en partant de ces toxines, des lésions dégénératives de l'encéphalite aiguë semblables entre elles, quel que soit le produit employé.

Dans le domaine clinique, les dates d'apparition des accidents encéphalitiques dans un certain nombre de cas, eu égard aux dates de début de l'infection, semblent se rapporter beaucoup plus à la période de libération des toxines par lyse microbienne qu'à la période proprement dite septicémique.

Toutefois, faut-il encore que les réactions du sujet favorisent la diffusion de ces toxines, puis leur fixation sur les cellules de l'encéphale ; sur ce point, la notion de l'allergie et celle du terrain occasionnel ou constitutionnel semblent bien se rejoindre. Enfin, les auteurs admettent en général l'apport des toxines par voie sanguine, et les expérimentations ont appris que les modifications vasculaires, la vaso-dilatation, favorisent considérablement la constitution d'une encéphalite.

J. Comby et Mlle M.-Th. Comby. Sur l'étiologie des encéphalites aiguës infantiles. *Paris Médical*, 2 nov. 1935.)

Laryngologie

Le traitement chirurgical du nodule vocal rencontre peu d'enthousiasme, et même l'opposition, de la part des laryngologistes. Le plus habituellement, le professionnel de la voix porteur d'un nodule vocal passe de laryngologiste en laryngologiste pour s'entendre simplement, sous des formes diverses, conseiller une quasi-abstention thérapeutique et l'abandon de sa profession.

On comprend fort bien qu'un acte chirurgical qui demande tant de précision et au cours duquel la moindre maladresse, la moindre incertitude, le moindre geste de défense du patient peut entraîner non pas seulement l'échec, mais une aggravation définitive du mal, soit considéré par les laryngologistes comme trop entouré de dangers pour être conseillé.

Si cependant la destruction chirurgicale du nodule représente dans la presque totalité des cas la seule chance de guérison, il importe de ne pas se dérober à cette opération et de la réaliser en s'entourant des précautions les plus minutieuses pour être sûr, tout d'abord, de ne faire aucun dégât ; de réunir, ensuite, les plus grandes chances de faire une opération décisive.

M. Dufourmentel emploie la technique opératoire suivante :

« Le malade est endormi profondément. Je donne l'anesthésie par voie rectale, complétée s'il y a lieu par un peu de chloroforme. Au moyen de la spatule de Bruning ou par la laryngoscopie en suspension, je découvre les cordes vocales et les touche à la solution cocaïnée à un dixième, juqu'à ce qu'aucun réflexe ne soit plus provoqué par les contacts. Je maintiens alors les cordes vocales écartées en plaçant un stylet légèrement spatulé entre leurs extrémités postérieures, au contact même des aryténoïdes. Sur les cordes ainsi maintenues et au moyen de cautères longs et très fins à peine poussés plus loin que le rouge sombre, je détruis le nodule par de petites cautérisations extrêmement prudentes. Autant que possible, je n'arrête l'opération que lorsque la corde est parfaitement nivelée.

Dans les cas où, malgré le soin avec lequel l'anesthésie est poussée, on n'arrive pas à la certitude d'une immobilisation parfaite, au lieu d'employer le cautère, je me contente de toucher le nodule avec un stylet à peine imbibé d'acide trichloracétique en solution concentrée.

Les suites opératoires sont et doivent toujours être extrêmement simples. Dans les jours qui suivent, la voix est légèrement voilée, le larynx paraît un peu rouge et la corde peut parfois présenter un certain défaut de tension ».

(L. Dufourmentel. Conduite à tenir en présence d'un nodule vocal. *Paris Médical*, 7 septembre 1935.)

C'est une opinion malheureusement trop répandue que, dans un établissement, la bibliothèque est le service qui peut supporter avec le moins d'inconvénient les diminutions de crédit plus ou moins temporaires. On ne saurait, en effet, comparer une bibliothèque à un terrain de culture qui laissé en jachère, accumule, sous l'effet des agents atmosphériques, des réserves dont profiteront les semailles futures. L'arrêt, pendant un temps plus ou moins long des acquisitions crée, on le sait trop bien, des lacunes souvent irréparables. (L. Bultingaire. Les besoins des bibliothèques scientifiques. *Revue Scientifique*, 14 décembre 1935.)

« Une grande enquête devrait être faite, dans les milieux hospitaliers de France, qui montrera dans les lignes générales (les malades non hospitalisés étant par ailleurs nombreux) quel danger fait courir à l'enfant de France, le rhumatisme de Bouillaud. Cette enquête s'impose d'autant plus que, comme notre statistique (*Clinique infantile de Lyon*) vient de le montrer, le nombre des cas augmente régulièrement et progressivement depuis 1929 et de même la mortalité. Si cette progression continue, il y aura bientôt un péril rhumatismal et les recherches devront alors se diriger sur l'établissement de sa prophylaxie. »

(Prof. Mouriquand et Mlle Weill. — Statistique des maladies rhumatismales traitées à la Clinique infantile de 1925 à 1934. S. M. des hôp. de Lyon, 22 janvier 1935. *Lyon Médical*, 19 mai 1935.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 janvier 1936

Allocutions de MM. SERGENT, président sortant ; RIST, président pour l'année 1936 ; RIVET, secrétaire-général sortant ; GAUTIER, secrétaire-général pour 1936.

Néphrite chronique avec syndrome azotémique sans œdèmes ni hépertension. — *MM. René Bénard, M. Poumailloux* et *Al. Negreanu* présentent l'observation anatomo-clinique d'une malade qui a été suivie quotidiennement durant quatre mois au cours desquels ils ont étudié l'influence des divers traitements habituellement préconisés pour lutter contre les azotémies.

Ils n'ont obtenu aucun résultat avec le cynara. Par contre l'administration alternative de régimes chlorurés et déchlorurés a déterminé des variations des plus nettes dans le taux de l'azotémie. L'administration d'urée, qui a été préconisée par certains auteurs comme un médicament utile et non nocif dans certains cas analogues, a été ici rapidement suivie d'une augmentation très notable du taux de l'urée sanguine.

A l'autopsie, on trouva des reins scléreux remarquablement petits ne pesant pas 80 grammes à eux deux. Il y a lieu de noter que malgré l'évolution prolongée et sévère de cette néphrite chronique la malade ne présenta à aucun moment de syndrome hypertensif.

M. de Gennes fait remarquer que le syndrome azotémique pur des néphrites chroniques n'est pas absolument exceptionnel. Dans six cas d'azotémie pure sans signes urinaires et sans hypertension, la rechloruration n'a amené que des échecs.

Paralysie diffuse à type extenso progressif avec dissociation albumino-cytologique et xanthochromie du liquide céphalo-rachidien au cours des oreillons. Mort par asphyxie. Examen anatomique. — *MM. J. Cathala, Ivan Bertrand, M. Bolgert* et *P. Auzépy* rapportent l'observation d'une paralysie ourlienne mortelle en huit jours : début par une paraplégie à laquelle s'ajoutent une parésie des membres supérieurs, une diplégie faciale, des troubles du pouls et de la respiration. Ces derniers entraînent brutalement la mort. Le liquide céphalo-rachidien xanthochromique présente une grosse dissociation albumino-cytologique. Les auteurs soulignent la rareté d'une telle observation, son évolution mortelle malgré l'emploi du sérum de convalescent, intra-rachidien et sous-cutané. Ils insistent sur l'absence de lésions histologiques de l'axe encéphalo-médullaire et décrivent les altérations du testicule et du pancréas.

M. Alajouanine relate un cas analogue, récemment publié. Le même syndrome fut observé : quadriplégie flasque avec diplégie faciale terminée par la mort au douzième jour par troubles cardio-respiratoires. Liquide céphalo-rachidien, xanthochromique, présentait une dissociation albumino-cytologique. Aucune étiologie ne put être précisée. Il insiste sur les caractères particuliers des lésions qui portent essentiellement sur les nerfs périphériques et en particulier sur la gaine de Schwann.

Parkinson aigu typhique. — *MM. de Gennes, Hanaut* et *R. de Véricourt* rapportent un cas de syndrome parkinsonien aigu survenu à la troisième semaine d'une fièvre typhoïde grave, et caractérisé par une hypertonie de type extra-pyramidal, un tremblement typique.

Contemporain de la phase aiguë de la maladie, il disparut avec elle. Après l'observation de Bouchut et Froment, ce cas est le second de syndrome parkinsonien complet signalé au cours de la fièvre typhoïde. Il a échappé à la règle d'extrême gravité que comportent les hypertonies des encéphalites typhiques puisqu'il a complètement guéri sans laisser de séquelles.

M. Garcin rapproche de cette observation un cas de chorée aigu fébrile, passagère, survenu au cours de l'évolution d'une fièvre typhoïde et disparaissant dès le début de la convalescence.

Il semble bien s'agir dans ce cas, comme dans celui des auteurs précédents, d'un type anatomo-clinique très spécial réalisé vraisemblablement par un virus neurotrope à localisation élective sur la partie initiale du nerf périphérique.

Hypertension artérielle et troubles humoraux. — *M. Jacques Decourt* fait une étude critique des différentes anomalies physiques et chimiques données comme caractéristiques du sang des hypertendus. Il montre leur inconstance et discute la part qu'il convient de leur accorder dans la physiopathologie de l'hypertension artérielle.

Avec *MM. L. Meyer, R. Trotot* et *Ch. O. Guillaumin*, il apporte à l'appui de cette communication l'analyse détaillée du sang de dix sujets hypertendus, apparemment indemnes de toute insuffisance cardiaque ou rénale.

M. May fait les plus grandes réserves sur la signification que comportent les modifications humorales constatées dans l'hypertension artérielle et sur la valeur des considérations pathogéniques qu'elles suscitent.

A propos du traitement de la maladie d'Addison par l'extrait cortico-surrénal. — *MM. Sergent, Cl. Launay* et *Racine* rapportent l'observation d'un addisonien suivi pendant neuf mois, décédé d'insuffisance surrénale aiguë, chez lequel l'autopsie a confirmé l'existence d'une caséose totale des deux surrénales et à qui, pendant six mois, l'extrait cortico-surrénal a été injecté à des doses parfois considérables, par voie sous-cutanée ou intra-veineuse, sans résultat clinique appréciable. Ils comparent cet échec à plusieurs résultats favorables obtenus chez d'autres addisoniens avec le même extrait et concluent à la grande variabilité des réaction individuelles vis-à-vis de ce produit. Malgré l'inefficacité clinique, la courbe de la glycémie et celle de la cholestérinémie se sont élevées à la suite du traitement comme dans les faits expérimentaux.

Ulcère gastrique ; syphilis héréditaire et syphilis nerveuse ; sclérose pulmonaire gauche et attraction du médiastin. — *MM. L. Ferrabouc, G. Veyssi*, et *R. Viala* ont observé un ulcère gastrique chez un sujet ayant une syphilis nerveuse en évolution. A la fin de la période douloureuse, les signes radiologiques disparurent spontanément. Les auteurs en concluent qu'on ne peut en un pareil cas tirer aucune conclusion étiologique du résultat obtenu au cours d'un traitement spécifique. Ce malade présentait des signes certains de syphilis héréditaire ; ainsi qu'une attraction du cœur et de la trachée par sclérose pulmonaire.

Lésions cutanées graves et prolongées guéries par un traitement digestif. — *MM. Jahiel* et *Armand*.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 janvier 1935

Sur la reconstruction de la glande mammaire. — *M. Claque* expose sa technique de reconstruction de la glande mammaire. Elle comporte deux temps essentiels. 1° La rotation et l'enroulement sur lui-même du moignon glandulaire avec son accrochage au chorion formant ligament suspenseur. 2° La mise en place de la région aréolo-mamelonnaire par rotation, plicature et invagination dans sa base de la portion du cône à tronquer.

Le réveil de la tonicité musculaire. — *M. H. Tissier* engage les médecins à utiliser dans tous les domaines, ce moyen si simple qui par lui seul est de nature à guérir certaines affections jusqu'ici incurables. Il en donne comme exemple le déséquilibre musculaire de l'œil, les parésies des cordes vocales, l'emphysème pulmonaire, le prolapsus utérin.

Deux radiographies de l'épaule montrant la nécessité d'une technique radiographique. — *M. M. Joly* montre deux radiographies de la même épaule faites à une demi-heure d'intervalle l'une est négative ; l'autre montre une calcification dans l'espace sous acromial. Cette différence, capitale pour le diagnostic et le traitement, provient uniquement d'une faute de technique dans la prise de la première radiographie.

G. LUQUET.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

L'importance du terrain dans les septicémies

Extrait d'une communication de M. Gaston Bonnal à la Société de chirurgie de Marseille.

Pourquoi ne pas admettre que, dans ces septicémies, devant lesquelles nous restons si impuissants, la résistance de l'organisme joue un rôle au moins égal, parfois même plus important que la spécificité microbienne qui retient seule, bien souvent, l'attention du chirurgien ?

Et ces considérations ont, à mon sens, une application pratique. La thérapeutique que nous utilisons devant ces infections massives, orientée vers l'action spécifique contre l'agent infectieux, me paraît souvent nocive. De peur de laisser échapper la médication spécifique, on utilise en vrac, sans grand discernement, tout l'arsenal thérapeutique anti-infectieux : injections répétées de vaccins, de sérums, de métaux colloïdaux, de septicémies, transfusions sanguines, que sais-je encore !

Et cet organisme qui lutte difficilement contre l'infection massive a encore à se défendre contre les chocs répétés, incessants, de cette thérapeutique désordonnée.

Comme il me paraît infiniment plus sage, en présence des grandes septicémies, d'être extrêmement prudent dans l'action de choc, et d'avoir pour objectif essentiel de seconder et d'intensifier la résistance de l'organisme épuisé, de mettre, comme le disait R. Grégoire, au Congrès de chirurgie de Strasbourg, « le malade en état de se guérir lui-même ».

Placer l'infecté au repos, dans une atmosphère calme, à la demi-obscurité, soutenir le myocarde par la glace et les injections répétées de camphre, hydrater le malade par des boissons chaudes et toniques, du sérum physiologique et glucosé, faciliter la diurèse, veiller à la vacuité de l'intestin, instituer une diététique sévère, voilà des moyens que nous connaissons bien, et dont l'action bienfaisante me paraît plus certaine que celle de cette thérapeutique plus brillante, à grand orchestre, à effet théâtral, et qui jugule la résistance d'un organisme déjà affaibli.

Cette thérapeutique prudente demande des soins constants, une attention soutenue. Il faut être prêt à traiter toute complication, à la prévenir si possible, à débrider toute localisation suppurée, à tonifier le système nerveux.

Cette surveillance continue du malade, en vue de venir au secours de son organisme déficient, doit être à la base du traitement des septicémies.

C'est parce qu'elle me paraît beaucoup plus utile et bien moins dangereuse que la thérapeutique anti-infectieuse, avec ses chocs répétés, que j'ai voulu soumettre ces quelques considérations.

Forme hépatomégalique du cancer pulmonaire

Un homme de 50 ans présente une énorme hépatomégalie descendant au-dessous de l'ombilic. En raison de ses caractères et en l'absence de tout syndrome fonctionnel traduisant l'atteinte d'un autre viscère, le diagnostic s'oriente vers celui d'un cancer primitif du foie. On pratique une radiographie qui révèle l'existence d'un néoplasme latent du poumon droit. A l'autopsie, on trouve une généralisation cancéreuse — épithélioma malpighien du poumon — dont la localisation hépatique était la seule manifestation clinique. (D. Olmer, J. Olmer et J. Paillas. *Comité Médical*, des Bouches-du-Rhône, juin 1935.)

Recto-colite hémorragique évoluant depuis quinze ans et ayant cédé à un traitement désensibilisant

Un malade de 41 ans présente depuis quinze ans un syndrome de recto-colite hémorragique typique vérifié à la rectoscopie. Toute la muqueuse recto-sigmoïdienne est recouverte d'un enduit de mucus très brillant sous lequel se dessine un piqueté hémorragique — sans ulcération — et qui donne à la muqueuse un aspect tigré tout à fait particulier. L'examen des selles ayant montré l'existence d'œufs d'ascaris, un traitement à la santonine est institué. Disparition rapide des parasites, mais aucune amélioration fonctionnelle.

On commence un traitement à l'hyposulfite de soude en injections intraveineuses : une injection tous les jours pendant vingt jours.

Régression rapide des phénomènes intestinaux, puis disparition complète.

Une rectoscopie de contrôle pratiquée avant le départ du malade permet de constater la disparition complète de l'état hémorragique de la muqueuse.

Dans un autre cas de recto-colite hémorragique, observé antérieurement et évoluant depuis sept ans, la guérison fut également obtenue par l'hyposulfite de soude en injections, intraveineuses, après échec de l'autohémothérapie.

Il y a lieu de faire remarquer que dans ces deux cas, il n'y avait pas de traces d'ulcération.

Les auteurs emploient, indifféremment le terme de colite ulcéreuse ou celui de colite hémorragique.

Une discrimination — n'ayant pas qu'un intérêt doctrinal, puisqu'elle comporte une sanction thérapeutique bien différente dans les deux cas — est à faire entre les deux syndromes :

D'une part, un syndrome de *recto-colite hémorragique vraie*, sans ulcérations, et qui relève presque toujours d'une *allergie digestive* à traduction colique ;

D'autre part, un syndrome de *colite ulcéreuse*, infiniment plus complexe, et comprenant en particulier toutes les colites spécifiques chroniques, amibiennes entre autres, et des colites dont l'origine reste indéterminée. (P. Savy, A. Chapuy et M. Girard. — *S. M. des hôp. de Lyon*, 9 avril 1935.)

Sept cas de maladie de Basedow sans goitre

M. J. Enselme et Mme Enselme (*S. méd. des hôp. de Lyon*, 7 mai 1935) ont observé depuis trois ans sept cas de maladie de Basedow — affirmée par la symptomatologie clinique et le métabolisme basal — sans goitre visible ou même sensible à la plus scrupuleuse palpation.

Ces sept cas ont été recueillis sur 180 cas de maladie de Basedow, ce qui fait une proportion de 3,88 %.

Ils comprennent une proportion anormale de cinq hommes pour deux femmes.

Six d'entre eux n'avaient pas d'exophtalmie, le septième avait une exophtalmie unilatérale.

Le métabolisme basal est peu influencé par cette absence d'hypertrophie thyroïdienne.

Hématome spontané de la paroi abdominale

Une femme de 75 ans ressent, dans la fosse iliaque droite, une douleur brutale, extrêmement violente, à type de déchirure, s'accompagnant de phénomènes généraux graves. A la palpation, on trouve une tumeur abdominale du volume d'une tête d'enfant. Intervention. On découvre un volumineux hématome du grand droit dû à une rupture de l'artère épigastrique à son entrée dans le muscle. Les caillots sont évacués, l'artère liée et la malade guérit. MM. Delannoy et Boury (*S. de méd. du Nord*, juillet 1935) qui rapportent cette observation insistent sur l'intensité des phénomènes locaux et généraux qui ont fait croire à une affection intrapéritonéale, et sur le volume exceptionnel de l'hématome.

La mydriase épileptique

Dans l'épilepsie essentielle, on observe, après la crise, une mydriase, qui dure de deux à trois semaines. Dès qu'on éclaire la rétine, un myosis se substitue promptement à la mydriase, ce qui ne se produit pas dans les cas de lésions cérébrales graves. Le Professeur Minor, de Moscou (*IIe Congr. Neur. Int.*, 1935) a observé ce symptôme dans 294 cas d'épilepsie essentielle et une fois seulement sur 29 cas d'épilepsie jacksonienne.

Un cas de cataracte par insuffisance des glandes endocrines

M. Brunetière a présenté (*C. R. Soc. Méd. Chir. Bordeaux*, 2 mai 1935) une jeune fille de 21 ans, opérée de cataracte avec succès.

Cette cataracte, qui a évolué depuis un an chez une jeune myope de trois dioptries, atteinte *d'obésité précoce* avec dysménorrhée et syndrome d'insuffisance pluriglandulaire, entre dans le cadre des cataractes endocriniennes.

M. Molin de Teyssieu fait remarquer qu'à son sens, toutes les cataractes sont endocriniennes.

En présence de cataracte chez des obèses, il faut donc penser aux insuffisances endocriniennes avant de faire le diagnostic trop incertain de cataracte d'origine thérapeutique.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Voivenel Campagnou. — *Lu dans le* MERCURE DE FRANCE (1er janvier 1936. REVUE DE LA QUINZAINE, Gabriel Brunet) :

A la formule (homo duplex », le Docteur Voivenel (*Propos de Campagnou*) donne une réalité visible. Il se montre aux hommes sous deux aspects : le Docteur Voivenel et Campagnou de l'autre. Le Docteur Voivenel exerce une fonction, il est engagé dans les cadres sociaux, il s'impose des contraintes, il tient compte des situations établies, il est l'homme d'une spécialite où l'enferment d'impérieux usages ; quant à son double Campagnou c'est un être primesautier et fantaisiste qui estime n'avoir de comptes à rendre à personne, qui folâtre à sa guise parmi toutes les questions et s'abandonne au charme des rêveries vagabondes. Inutile de dire que c'est Campagnou qui est tout particulièrement chéri de l'être double qu'on peut nommer Voivenel-Campagnou.

. . . .

Voivenel Campagnou nous donne de lui une image sympathique à l'imagination :

Mon métier est de médecine. Je parcours ma vallée d'Ariège dans tous ses creux et sur tous ses reliefs. Le feu se fait bienfaisant le soir à mes pantoufles méritées et dans le silence nocturne les idées nues et jeunes jaillissent de mes lectures.

Ce médecin pyrénéen qui, après avoir toute la journée couru d'une infortune à une autre et qui, le soir, dans son gîte bien clos, va d'un roman à un ouvrage de métaphysique et d'une rêverie à une méditation, « fumant » ses idées comme des cigarettes, tandis qu'au loin roule sourdement le Vicdessas, cette image me plaît ! Pour lui, l'exercice de la pensée est volupté de choix, enchantement secret de l'âme, grisante féérie intérieure ! Comme on se plaît à évoquer tous ces voluptueux de la pensée qui, dans les coins ignorés de province, dans les ermitages campagnards, la journée faite, s'offrent de capricieuses aventures de songe entre les pages des livres qui frémissent entre leurs mains !

Les recettes de vie. — *Sous ce titre, un article de M. Georges Duhamel dans* LE MERCURE DE FRANCE (1er janvier 1936). *En voici des extraits* :

Que deviendrait notre monde si quelque maladie nouvelle s'attaquait soudain au papier et réduisait en poussière toutes les bibliothèques ?

. . . .

Je pense que si l'humanité perdait ses bibliothèques, non seulement elle serait dessaisie de certains trésors d'art, de certaines richesses spirituelles, mais encore, mais surtout elle perdrait ses recettes de vie.

. . . .

Une bibliothèque, c'est d'abord un recueil de recettes et de méthodes. Une bibliothèque, c'est l'endroit vraiment respectable où les hommes conservent l'histoire de leurs expériences, de leur tâtonnements, de leurs découvertes et de leurs projets J'entends bien qu'il s'agit tantôt de l'histoire des peuples et tantôt des aventures individuelles. Il s'agit souvent de l'histoire de nos actes et parfois de l'histoire de nos pensées. Les livres contiennent tantôt les recettes nécessaires à la fabrication d'une locomotive, tantôt les recettes de la vie quotidienne, celles de l'esprit, celles du cœur. Si nous perdions d'un seul coup tous les livres à l'abri desquels s'épanouit notre civilisation fragile et compliquée, nous ne saurions plus, d'abord, préparer certains produits chimiques, construire un avion, élever les animaux, cultiver un sol ingrat, résoudre la plupart des problèmes ; nous ne saurions plus faire cuire nos aliments. J'ajoute, et c'est moins évident, que nous aurions le plus grand mal à nous servir de nos facultés, à retrouver la loi morale, à surmonter nos passions, à nous comporter enfin autrement que des sauvages ou que des bêtes misérables.

Les grandes bibliothèques publiques ne suffisent pas aux besoins des hommes. Ils possèdent presque tous, même les plus pauvres, même les plus instables, une petite bibliothèque personnelle qui est leur trésor de prédilection. Tout homme éprouve le besoin d'avoir ses recettes sous les doigts et sous le regard.

Onomastique révolutionnaire. — *De M. le docteur De Ribier dans le* JOURNAL DES DÉBATS :

— En l'an II de la République, une et indivisible, la commune de Saint-Bonnet-de-Salers avait élu comme secrétaire le citoyen Jean-Henri-Maximilien de Douhet, qui remplissait avec conscience les fonctions d'officier d'état civil.

Ce cy-devant gentilhomme n'avait certes pas le tempérament d'un jacobin, mais il était prudent et puisque la mode était de supprimer tout ce qui rappelait la religion et ses superstitions, il conseilla, voire imposa, à ses administrés de ne plus donner à leurs nouveau-nés de ces prénoms de saints, périmés aujourd'hui, mais des appellations diverses qui plus tard leur rappelleraient leur dignité d'hommes libres.

Aussi se mua-t-il incontinent en *Laurier-Thym* Douhet et, c'est accommodé de ces deux prénoms culinaires et aromatiques, que notre homme continua à enrigistrer les actes de naissance de *Romarin* Pagès, *Artichaut* Apcher, *Orge* Bourdat, *Sauge* Garcelon, *Ail* Borderie, *Armoise* Rouchy, *Basilic* Piédebœuf, *Lupin* Douzet, *Pastèque* Gendre, *Botte* Chanut, *Noisette* Guillaume et *Corbeille* Borderie.

La chute de Robespierre l'ayant un peu rassuré et sentant alors le ridicule de ses palinodies, M. de Douhet reprend ses anciens prénoms le 2 fructidor an II, sans cependant rendre le Saint à la commune. Quant à sa particule, elle ne reparaîtra dans les actes que le 18 nivôse an III.

C'est ainsi qu'en parcourant les registres de l'état civil, on relève dans les mois de vinôse, pluviôse et ventôse, les naissances de *Chat* Delcher, *Coignée* Arnal, *Veau* Jarrige, *Capillaire* Albessard, *Frêne* Tible ; pour germinal, floréal et pairial, ce sont : *Mélèze* Lafarge, *Ciguë* Guy, *Chêne* Joanny, *Fougère* Chevalier, *Aubépine* Cheymol, *Aubépine* Brousse, *Muguet* Chancel *Luzerne* Bac, *Accacia* Chancel, *Pavot* Tible, *Tanche* Garcelon.

Puis, la Terreur battant son plein, le *Saint* disparut du nom de la commune à son tour et l'officier public *de Bonnet* s'aperçut, non sans effroi, que Jean-Henri-Maximilien, suivis d'une particule n'étaient plus de saison.

Néanmoins les prénoms bucoliques ou grotesques continuent à orner les actes de naissance pour ne disparaître définitivement que pendant l'été de l'an III.

Toutefois une main pudique et pieuse a, dans la suite, surchargé tous ces prénoms païens pour les remplacer par des vocables de saints et l'opération a été si bien exécutée qu'il nous a été imposible de lire aucun des prénoms ainsi surchargés. Aussi n'avons-nous à noter pour cette troisième année républicaine que les naissances de *Cochon* Miallet, le 5 frimaire, et de *Plomb* Rolland, le 25 nivôse.

Visite chez Pavlov. — LA REVUE DE FRANCE (15 déc. 1935) *vient de publier quelques pages écrites par H.-G. Wells, au retour d'un voyage en Russie l'an dernier. En voici un extrait* (1) :

Après avoir écouté Gorki, qui dans un pays de littérature dirigée, évoquait la biologie en agitant dans l'air des plans d'architecte, ça été un immense soulagement que de jeter un coup d'œil sur le plus important travail de biologie qui se poursuive au monde actuellement, dans le nouvel institut physiologique de Pavlov, aux environs de Léningrad. Celui-là fonctionne vraiment et s'élargit de jour en jour sous la direction de son fondateur. C'est le moins grandiose et le plus pratique des bâtiments de recherche scientifique qu'il y ait en aucun pays. La réputation de Pavlov est un actif immense au bilan des Soviets; on lui donne maintenant en fait tout ce dont il a besoin comme matériel. Ceci est tout à l'honneur du gouvernement. J'ai trouvé le vieillard en excellente santé ; il m'amena, moi et mon fils, le biologiste, d'un groupe de bâtiments à un autre, au pas de course, nous exposant son nouveau travail sur l'intelligence animale, avec la plus grande animation sans interrompre sa course. Mon fils qui a toujours suivi son travail de très près, l'accabla de questions. Il nous invita après chez lui, où nous passâmes des heures à écouter ses exposés en buvant le thé dans des verres. Il a un teint coloré et des cheveux blancs; si Bernard Shaw taillait un peu sa barbe et peignait ses cheveux, on pourrait à peine les distinguer l'un de l'autre. Il y

(1) Texte français de Mme Antonna VALLENTIN.

a quatre-vingt-cinq ans. Il voudrait vivre jusqu'à cent cinq ans, rien que pour voir quels résultats donnera le travail qu'il vient d'entreprendre.

Mon fils et moi l'avions vu en 1920, quand Gip était encore étudiant à Cambridge ; il était naturel qu'une comparaison entre la Russie de 1920 et la Russie de 1934 vint à un moment ou à l'autre dans la conversation.

Il parla et réduisit au silence ses deux assistants communistes qui étaient à table avec nous.

Il parla comme il ne serait permis à aucun autre de parler en Russie. Jusqu'à présent, dit-il, le nouveau régime n'a produit aucun résultat digne d'être pris en considération. C'était encore une immense expérience maladroite sans contrôle approprié. Elle pourrait réussir avec le temps, elle était sans doute considérablement agaçante pour des gens bien élevés ayant des goûts de l'ancienne époque ; actuellement, on n'avait ni le temps ni la liberté de la juger. Il ne voyait aucun avantage dans le remplacement du culte du Crucifié par le culte de l'embaumé. Quant à lui, il allait encore à l'église.

C'était une bonne habitude, selon lui. Il fit un discours tout à fait selon mon cœur sur la nécessité de l'absolue liberté intellectuelle pour tout progrès scientifique, pour tout progrès humain. Et quand je lui demandai « ce qu'il pensait du matérialisme dialectique, pour toute réponse il échangea avec moi des gestes railleurs. Il ne se laisse pas incommoder par des prescriptions de détail ; il continue à dater ses lettres avec les vieux noms des jours de la semaine ; et sa façon de vivre, qui avait toujours été très simple, il l'a continuée après le grand changement, presque sans modification, comme il a poursuivi son magnifique travail de recherche. Il y a même chez lui, je le remarquai en passant, une chambre d'enfants avec une vraie gouvernante pour ses petits-fils ! Je doute qu'il y ait une autre gouvernante sur tout le territoire des soviets. Quand nous partîmes, mon fils me dit : « C'est étrange d'avoir passé tout un après-midi en dehors de la Russie soviétique ». C'était une remarque très juste, mais si nous étions en dehors de la Russie soviétique, où étions-nous ?

Ce n'était pas le passé. Etait-ce une petite île de liberté intellectuelle ? Etait-ce un bout du terrain de la république mondiale de la science ? Etait-ce un lambeau de l'avenir ? Nous décidâmes à la fin que c'était simplement Pavlov.

La peste à Chalon-sur-Saône en 1495. — JOURNAL DES DÉBATS :

Les magistrats de la ville jugèrent prudemment que, souffrant d'un aussi grand mal et exposés à un aussi rude châtiment de Dieu, ils ne pouvaient en être exempts que par un puissant intercesseur ; ils pensèrent que Monsieur Saint Sébastien voudrait bien tenir cet emploi. Ils décidèrent donc de « mettre sus le jeu et mystère du glorieux ami de Dieu, Monsieur Sébastien le jeu et mystère du glorieux ami de Dieu, Monsieur Saint Sébastien, pour y celui jouer le plus tot que faire se pourra bonnement et afin que la chose puisse venir à effet et qu'elle soit conduite ainsi qu'il appartiendra seront élus douze personnages », et, le 5 février 1596, trente bourgeois et habitants passèrent contrat dans l'hôtel de ville et firent serment sur les Evangiles d'accepter et agréer les personnages qui leur seraient donnés, de les représenter et s'habiller à leurs frais et dépens, sous peine de 10 livres d'amende.

Ainsi les personnages les plus importants de la ville, la bonne société du temps, était heureuse de paraître sur les planches d'un théâtre, il est vrai dans la cathédrale, pour faire applaudir par la population la légende de Saint Sébastien, être agréable ainsi à ce martyr et par son intercession obtenir que cesse la peste. Le nouvelliste qui, sous Louis XIII relate le fait, ajoute : « Je n'ose pas assurer que cette dévotion apaisa la maladie contagieuse, néanmoins elle ne continua pas en ce temps-là. » — H. P.

Trop de néologismes. — JOURNAL DES DÉBATS :

Je trouve le dernier venu dans une chronique médicale. Les néologismes, à vrai dire, sont là comme chez eux, en terrain conquis. Mais l'excès en la matière est un défaut. Il était question, dans ledit article, de matières *alibiles*. *Alibiles*.... je n'y étais pas, mais pas du tout. *Alibiles* me dépassait et m'humiliait de toute son obscurité. Finalement, faisant appel à mes vieilles connaissances de latin, je me rappelai à propos qu'il y avait en latin un certain verbe *alere*, d'où *aliment*, ce qui nourrit, et j'ai cru comprendre que les matières en question devaient être tout bonnement *nourrissantes*.

A. S.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 4 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 25 JANVIER 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

Travaux originaux

A. HIJMANS VAN DEN BERGH et C. DE LANGEN : Quelques remarques sur le pronostic du diabète. 137

Clinique médicale

Etienne CHABROL : Le brightisme précoce........................ 142

Stomatologie

Pyorrhée alvéolaire, par A. Wilcken... 151

Pratique médicale, par J. Chatain.... 152

Revue de Presse parisienne........ 152

Sociétés savantes

Académie de Médecine............. 159

Notes cliniques et thérapeutiques.. 161

Thérapeutique spécialisée.......... 162

Nouvelles........................ 131

Echos et Glanures................ 163

Supplément illustré

P. ASTRUC : Les Belles Pages Médicales : Gaspard, Laurent Bayle, Itard.


ΙΟΔΟΓΕΝΟL
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René
Vincent

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 14 janvier. — M. Hamoniaux. Les erreurs de statistiques du cancer. — M. Anglade. De l'actélectasie pulmonaire.

15 janvier. — M. Torrel. Le diagnostic clinique du rhumatisme articulaire tuberculeux. — M. de Coccola. Contribution à l'étude des galactogogues.

31 janvier. — M. Angelier. Sur l'étiologie des ictères de la chimiothérapie. — M. Pelleteur. Etude des polypeptides. — M. Robert. Etudes des calcifications pleurales.

22 janvier. — M. Lewlunska. Vraies et fausses grossesses extra-utérines, intraligamentaires. — M. Riveron. A propos du carcinome de la prostate. — M. de Chirac. Etude de la maladie de Mikulicz. — M. Deligdisch. L'infection diphtérique des plaies. — M. Gordon. Epidémiologie, sérothérapie et vaccination contre la poliomyélite épidémique aux Etats-Unis. — M. Gotteland. La santé par la terre, le Docteur Lanery et son œuvre médicale. — M. Pham-Quang-Anh. Pratique obstétricale dans la médecine sino-annamite. — M. Rewitch. Les gaz de combat. Historique de protection.

23 janvier. — M. Chômet. Technique orthopédique et mécanisme de la réduction des fractures transversales sus-condyliennes de l'humérus chez l'enfant. — M. Voulétitch. Etude du traitement chirurgical de la maladie de Basedow. — M. Couturier. Des imperforations congénitales de l'œsophage. — M. Caillard. A propos d'un cas d'occlusion tardive par l'anse afférente après gastrectomie. — M. Gau. Hormonothérapie génitale. — M. Jautot. Etude des troubles fonctionnels de la circulation dans les extrémités des membres. — M. Marchand. Sur quelques formes particulières de l'amylose rénale. — M. de Palma. L'hémiplégie spinale ascendante chronique. — M. Chaigneau. Illustration anatomique dans l'œuvre d'André Vesale.

23 janvier. — (Thèse vétérinaire). — M. Belleuf. Viandes hydrohémiques.

Concours de l'internat. — Sont nommés membres du jury :

Président : M. Chenevier, secrétaire général de l'Administration ; MM. les Docteurs Ribadeau-Dumas, médecin chef de service à la Salpêtrière ; Vincent, médecin chef de service à l'hôpital de la Pitié ; Tinel, médecin chef de service à la maison de retraite de la Rochefoucauld ; Pollet et de Brun du Bois-Noir, médecins des hôpitaux ; Auvray, chirurgien honoraire des hôpitaux ; Desmarest, chirurgien chef de service à l'hôpital Ambroise-Paré ; Soupault et Leibovici, chirurgiens des hôpitaux ; Cathala, accoucheur honoraire des hôpitaux.

Légion d'honneur. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Affaires étrangères. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Docteurs Pérard (au Maroc), Staub (à Léopoldville).

Médaille des épidémies. — *Médaille d'or.* — M. le médecin général inspecteur Boyé ; M. le médecin lieutenant Duris (à titre posthume).

Médaille de vermeil. — M. Touré, à Dakar (à titre posthume).

Médaille d'argent. — M. Yao Kissi (A. O. F.).

Médaille de bronze. — MM. Cavalade (O. A. F.), Bonnet (Cameroun), Talec (Pondichéry), Ribo (Côte d'Ivoire), Trinquier (Cameroun), Seyberlich, Miliau, Ranaivombelo et Ramarijoua (Madagascar), Changarin (Karikal).

Mention honorable. — MM. Sainte-Rose (Pondichéry), Wong (Fort-Bayard).

Concours pour la nomination à quatre places de médecin des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 24 février 1936, à 8 h. 30, les candidats seront avisés ultérieurement du lieu de l'épreuve écrite anonyme.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration de l'Assistance publique de 14 heures à 17 heures, du lundi 20 janvier au lundi 3 février 1936 inclusivement.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques). — Un cours hors série d'opérations chirurgicales, chirurgie de l'abdomen (tube digestif et glandes annexes), en dix leçons, par M. le Docteur Pierre Aboulker, prosecteur, commencera le lundi 3 février 1936, à 14 heures et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 250 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V^{e}).

Un deuxième et même cours, en dix leçons, commencera le 29 juin 1936.

Le registre d'inscriptions est clos deux jours avant l'ouverture du cours.

Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

Clinique d'oto-rhino-laryngologie du Professeur Portmann. — *Cours sur les nerfs crâniens.* — Le Professeur Portmann commencera son cours, par une conférence sur le pneumogastrique, le mercredi 5 février 1936, à 21 heures, dans l'amphithéâtre de la Glacière (15, rue de la Glacière).

Il le poursuivra, chaque semaine, le mercredi soir, à la même heure et dans le même hôpital, en exposant successivement les différentes paires craniennes.

Ces cours comprennent, pour chaque nerf : l'anatomie, la physiologie, ainsi que les conséquences cliniques et thérapeutiques.

Neuvième Congrès de l'Association française de Pédiatrie. — Le neuvième Congrès de l'Association française de

pédiatrie se tiendra à Bordeaux les jeudi 28, vendredi 29 et samedi 30 mai 1936, sous la présidence de M. le Docteur Ch. Rocaz.

Questions mises à l'ordre du jour : 1° Epidémiologie et pathogénie de l'acrodynie infantile, rapporteur M. PÉHU (Lyon) ; 2° Insulinothérapie chez l'enfant, rapporteurs 1° M. AUBERTIN (Bordeau) et 2° M. LELONG (Paris) ; 3° Déformations dystrophiques du thorax, rapporteurs : 1° M. LÉVEQUE (Paris) et 2° MM. OMBRÉDANNE et GARNIER (Paris).

Peuvent faire partie du Congrès: Membres Titulaires : Les membres titulaires et correspondants français de la Société de pédiatrie de Paris sont de droit membres du Congrès.

Les membres correspondants étrangers de la Société de pédiatrie de Paris sont de droit, membres du Congrès après versement d'une cotisation de 100 francs. Ils jouissent des mêmes avantages que les membres titulaires.

Les médecins français ou étrangers, membres d'une Société de pédiatrie régulièrement constituée et présentés par le bureau de leur Société et sous sa responsabilité, après payement d'une cotisation de 100 francs, jouissent des mêmes droits que les membres titulaires.

Membres participants nommés pour la durée du Congrès : tous médecins français ou étrangers autres que les précédents sous la réserve que leur candidature soit acceptée par le bureau du Congrès et qu'ils versent une cotisation de 100 francs.

Membres adhérents : les femmes et enfants des congressistes peuvent faire partie du Congrès au titre de Membres adhérents moyennant une cotisation de 50 francs. Ils participent à tous les avantages du Congrès mais n'ont pas droit aux compte rendus.

Le Congrès prévoit une réception à Arcachon, une journée d'excursion dans les vignobles du Sauternais et de Saint Emilion, une journée d'excursion dans le pays basque. Tous renseignements pratiques sur les excursions parviendront du reste en temps voulu aux membres du Congrès.

Les inscriptions et les demandes de renseignements doivent être adressées au Docteur Boisserie-Lacroix, 27 *bis*, cours Xavier-Arnozan, Bordeaux, Secrétaire général ou au mocteur Ed. Dubourg, 132, cours d'Alsace et Lorraine, Bordeaux, trésorier (compte de chèques postaux : 912 Bordeaux).

Modifications qui seront apportées en 1936 aux programmes des connaissances exigées des candidats au concours d'admission à l'Ecole du Service de santé militaire. — *Médecine.* — *Programme des connaissances exigées des candidats P. C. B.* — 1° Au programme de « biologie animale », sous la rubrique : A. Développement des organismes animaux, supprimer le paragraphe : V. La sexualité ; sous la rubrique : B. Vie des organismes animaux en état d'équilibre, supprimer le paragraphe ; IV. Croissance des organismes.

2° Au programme de « Biologie végétale », sous la rubrique : V. L'évolution des organismes », supprimer le paragraphe : 2° L'espèce.

Programme des connaissances exigées des étudiants en médecine concourant à quatre inscriptions. — 1° Au programme d'« anatomie », supprimer les rubriques : « Système nerveux central » et « Organes des sons », supprimer la rubrique : « Splanchnologie » et la remplacer par la suivante : « *L'appareil respiratoire.* Larynx, trachée, bronches, poumons, plèvre ».

2° Au programme d' « histologie », supprimer, sous la rubrique « Les organes », les paragraphes suivants : « Glandes endocrines », « L'appareil génital mâle et femelle », « Les Centres nerveux » et « Organes des sens ».

3° Ajouter le programme de « physiologie » suivant : 3° *Physiologie.* I. *Physiologie du milieu intérieur.* Notion du milieu intérieur. Le sang. Masse de sang. Le plasma sanguin et ses propriétés. — Physiologie des globules rouges et des globules blancs. La coagulation du sang. La lymphe.

II. *La circulation du sang.* — Physiologie du cœur : révolution cardiaque et ses manifestations extérieures. Le débit et le travail du cœur. L'automatisme cardiaque. Les nerfs du cœur. L'électrocardiogramme. Le rythme cardiaque physiologique et les rythmes autonomes. La circulation dans les artères. La pression artérielle et sa régulation. Le système nerveux vaso-moteur. La circulation veineuse. Physiologie des capillaires.

III. *La respiration.* — La respiration pulmonaire. La ventilation pulmonaire, phénomènes mécaniques et données spirométriques. Les phénomènes chimiques et la respiration pulmonaire. L'intervention respiratoire. La régulation respiratoire. La respiration tissulaire.

IV. *La digestion.* — La mastication et la déglutition. La sécrétion salivaire. La sécrétion gastrique. Les mouvements de l'estomac et le jeu du pylore. Les sécrétions biliaire et pancréatique. Sécrétion et motilité intestinales. L'absorption.

V. *Fonction d'excrétion.* — La sécrétion rénale : étude de la sécrétion urinaire, de son mécanisme et de sa régulation. L'excrétion de l'urine. La sécrétion sudorale.

VI. *Physiologie du tissu musculaire.* — 1° Le muscle strié ; la contraction musculaire ; ses diverses modalités ; ses phénomènes mécaniques électriques, chimiques, thermiques, circulatoires ; 2° physiologie du muscle lisse ; 3° la fatigue musculaire.

Les notions de chimie et de physique médicales inhérentes à chaque sujet de physiologie, seront demandées au concours.

Pharmacie. — *Programme des connaissances exigées des candidats concourant comme stagiaires.* — Au programme de « chimie » ; sous la rubrique « chimie organique », ajouter, après « benzène », « notions sur les fonctions chimiques » et, après « saccharose ; glucose », ajouter : « phénol-aniline ».

Programme des connaissances exigées des candidats concourant à quatre inscriptions. — Programme en tout point conforme au programme des Facultés pour l'année scolaire 1935-1936.

Médecins sanitaires maritimes. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Marseille les 5 et 6 mars 1936.

S'inscrire auprès du Directeur de l'Inscription maritime à Marseille.

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine. — Le Conseil d'administration de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine vient d'élire son Bureau pour 1936. En voici la composition : président : M. Herpin ; vice-présidents : MM. Fanton-d'Andon, Gourichon ; secrétaire général : M. Dournel ; trésorier : M. Bongrand.

Le Dixième bal de la médecine française. — Le vendredi 21 février 1936, sera donné le dixième bal de la médecine française, au profit des veuves et orphelins de médecins, dans les salons du Centre Marcelin-Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, à Paris.

A 22 h. 30, soirée artistique. Au programme, tableaux animés et décorés par Paul Colin, avec le concours de nombreuses vedettes parisiennes.

A minuit, souper par petites tables servi par des jeunes filles du monde médical sous la direction du Docteur Edouard de Pomiane et de Mme Henri Labbé.

Au cours du bal, nombreuses attractions, orchestres en vogue, vente d'enveloppes-surprises, etc...

Prix des cartes : bal et soirée artistique, 70 francs (étudiants, 50 francs) ; bal, 40 francs (étudiants, 35 francs) ; souper, 70 francs ; petit souper (étudiants, 25 francs).

Pour tous renseignements, s'adresser Société F. E. M., 95 rue du Cherche-Midi, Paris (VIe). Littré 48-12.



Opothérapie Hématique *Totale*

SIROP de
DESCHIENS
à l'Hémoglobine vivante

Renferme intactes les Substances Minimales du Sang total

MÉDICATION RATIONNELLE DES
Syndromes Anémiques
et des
Déchéances organiques

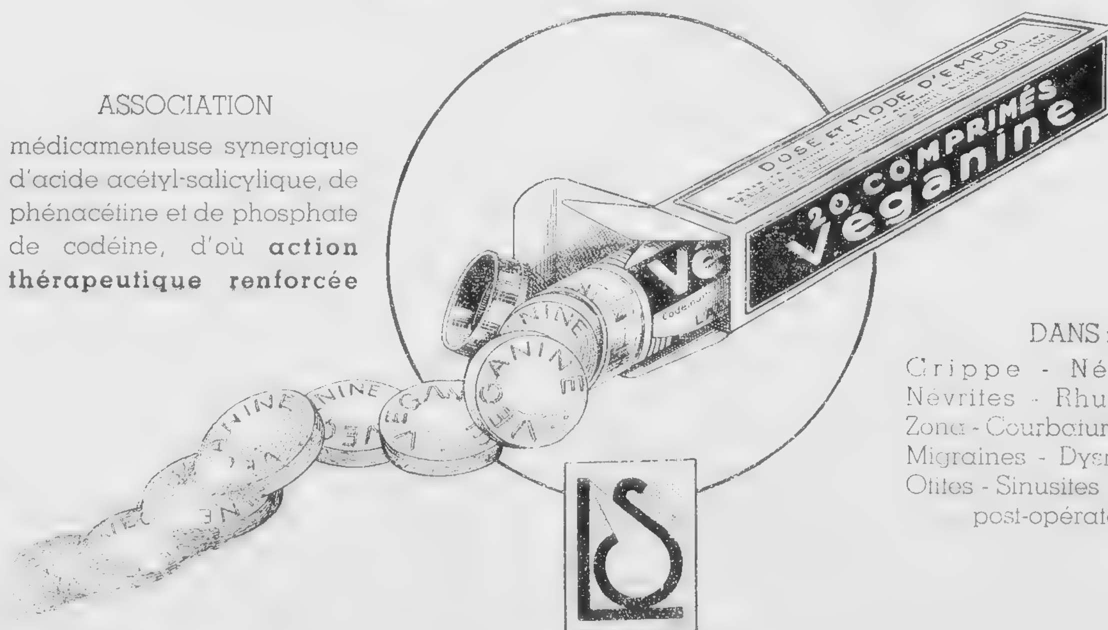
Une cuillerée à potage à chaque repas.

DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8e)

VEGANINE

ANALGESIQUE DE PRESCRIPTION ESSENTIELLEMENT MEDICALE
LE PLUS PUISSANT - LE MOINS TOXIQUE - LE MIEUX TOLÉRÉ

ASSOCIATION
médicamenteuse synergique d'acide acétyl-salicylique, de phénacétine et de phosphate de codéine, d'où **action thérapeutique renforcée**



DANS:
Grippe - Névralgies
Névrites - Rhumatismes
Zona - Courbatures fébriles
Migraines - Dysménorrhée
Otites - Sinusites - Douleurs post-opératoires

Littérature et Échantillons sur demande à MM. les Médecins
LABORATOIRES SUBSTANTIA
M. GUÉROULT, Pharmacien
13, Rue Pagès SURESNES (Seine)

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques remarques sur le pronostic du diabète [1]

Par le Professeur A. HIJMANS VAN DEN BERGH
et C. DE LANGEN

Le problème de l'assurance des diabétiques a été mis ces dernières années seulement au programme d'un Congrès de médecins d'assurance sur la vie. L'augmentation du nombre des diabétiques donne un intérêt croissant à cette question. Nous rencontrons, dans nos salles d'hôpital, trente à trente-cinq diabétiques alors que nous n'en observions qu'un ou deux, il y a trente ou quarante ans. Il serait faux de conclure à une augmentation équivalente. Une meilleure compréhension de la maladie et les heureux résultats du traitement médical incitent beaucoup plus de malades qu'autrefois à entrer à l'hôpital.

Les statistiques de mortalité contiennent de nombreuses causes d'erreurs. Le diabétique peut mourir du fait d'une maladie ou d'un accident intercurrent. Et ces éventualités sont d'autant plus fréquentes que les thérapeutiques récentes permettent une survie plus prolongée. Depuis qu'on mesure aisément la glycémie, beucoup de malades sont considérés comme diabétiques et figurent comme tels dans les statistiques. Or, ils présentent seulement une hyperglycémie sans glycosurie ; et ils n'auraient pas été considérés autrefois comme diabétiques. Aussi est-il difficile de préciser si le diabète est une maladie plus répandue qu'autrefois ou si cette augmentation n'est qu'apparente. Beaucoup de médecins inclinent à considérer cet accroissement comme réel ; et c'était ma conviction. Cette conviction a été ébranlée en relisant le livre de Bouchardat publié en 1883. Il écrit page 180 : « *Sur vingt hommes de* 40 à 60 *ans*, appartenant aux assemblées législatives, aux grandes sociétés savantes, aux positions élevées du commerce et de la finance et même de l'armée on est sûr de trouver *un glycosurique* ». Ainsi, dans ces milieux, 5 % des hommes sont diabétiques. Dans une note, Bouchardat se demande si cet accroissement du nombre des diabétiques est apparent ou réel. Il donne comme arguments ceux qui valent encore maintenant.

Les assurances ont-elles un intérêt pratique à savoir si le diabète est effectivement en voie d'augmentation ou non ? Le nombre de personnes atteintes d'une maladie ne les préoccupe pas. Seul le pronostic vital les intéresse pour établir les primes. Envisager ainsi la question constitue une incompréhension de la nature de l'assurance sur la vie. Il ne faut pas la considérer comme une affaire ordinaire dont le but exclusif est de rapporter de l'argent. A travers une institution commerciale, son principe fondamental est un principe humanitaire. Les assurances sur la vie ne peuvent donc pas rester indifférentes envers une maladie aussi répandue. En dehors de tout sentiment humanitaire, ce serait une politique malhabile d'exclure du bénéfice de l'assurance un grand nombre de sujets qui se sentent parfaitement bien portants. A quoi sert une assurance sur la vie si l'on n'admet que des sujets robustes et parfaitement sains, ceux qui peuvent espérer une longue survie et ont, par conséquent, le moins besoin d'assurance ? L'examen médical, que l'assurance sur la vie rend obligatoire, ne menace-t-il pas de devenir, pour beaucoup, un fléau aussi grand qu'il est un bienfait pour d'autres ? L'examen médical est devenu une condition obligatoire pour obtenir presque toutes les positions gouvernementales ou industrielles.

Celui qui est refusé par une Compagnie d'assurances trouve difficilement une situation sociale. Beaucoup de sujets présentent un léger souffle au cœur, des traces d'albumine dans les urines ou une autre légère déficience qui ne diminuent pas pendant des années leur puissance de travail ; ils sont cependant exclus d'emplois ou de professions où ils auraient pu rendre de grands services. La société ne devrait pas rester insensible à ce désavantage. Les médecins qui examinent les postulants devraient être aussi soucieux d'inclure que d'exclure.

L'unanimité des médecins estime qu'un régime alimentaire riche et une vie sédentaire provoquent l'apparition du diabète. A côté des statistiques des Compagnies d'assurances, on peut citer l'expérience de la grande guerre. Dans les Etats de l'Europe Centrale, le manque de nourriture a entraîné une diminution considérable de la morbidité et de la mortalité des diabétiques. La pratique hospitalière est en contradiction avec ce fait. Dans mon service, la majorité de mes malades sont loin d'avoir une nourriture copieuse. La plupart d'entre eux sont obligés de consacrer toutes leurs forces à gagner leur pain quotidien. Le diabète est cependant très fréquent parmi eux. Il y a là un paradoxe qui n'a encore trouvé aucune solution.

La découverte et l'utilisation universelle de l'insuline ont donné un nouvel intérêt à la question du diabète au point de vue assurance. On avait espéré que l'insuline allait suppléer entièrement à la déficience du fonctionnement pancréatique et permettre une existence de durée normale. Mais l'expérience a démontré que l'insuline, comme la plupart des autres remèdes, n'était pas un philtre qui donnait 100 pour 100 de guérisons. Dans ces dernières années un nouveau paradoxe est apparu. Nous constatons quotidiennement les excellents résultats de l'insuline. Nous avons tous vu des malades qui seraient morts en peu de temps, capables de mener une vie presque normale depuis la découverte de l'insuline. Et cependant la mortalité par diabète semble s'accroître ces dernières années. On a donné plusieurs explications à ce paradoxe. L'accroissement de la mortalité par le diabète n'est peut-être qu'apparent comme l'augmentation de la fréquence de cette maladie. Le diabète étant plus souvent reconnu devient plus fréquemment une cause de mort. La prolongation de la longévité dans tous les pays civilisés permet à plus de personnes d'atteindre l'âge favorable au développement du diabète.

Il n'est pas impossible que les sujets qui seraient morts jeunes du fait d'une maladie quelconque, de tuberculose surtout, puissent atteindre un âge plus avancé où ils deviennent victimes du diabète.

Il existe une autre éventualité à envisager. J'estime que ces différences fondamentales séparent les diverses formes cliniques du diabète. Le diabète n'est pas une entité clinique. C'est un syndrome. Comme la fièvre, il peut être provoqué par plusieurs facteurs étiologiques.

Le diabète qui se développe rapidement chez les sujets jeunes et présente une évolution aiguë est, à mon avis, de nature différente du diabète qui survient à un âge plus

(1) Traduit par E. Gilbrin.

avancé. Si l'artério-sclérose observée chez les diabétiques âgés est une conséquence du diabète, pourquoi le diabète ne provoque-t-il pas d'artério-sclérose prématurée chez les sujets plus jeunes ?

Chez les sujets plus âgés, le diabète est peut-être la conséquence de légères altérations des artérioles qui assurent la nutrition des éléments Langerhansiens. Si cette hypothèse était démontrée et s'il existe réellement une augmentation des troubles cardiovasculaires, cela expliquerait la fréquence plus grande du diabète à un certain âge. Si on peut appliquer ces mêmes arguments au diabète « des sujets âgés », ils expliqueraient aussi l'augmentation du taux de mortalité.

Les statistiques de John M. Flynn, parues dans l'*American Journal of the medical Sciences*, 1935, page 157, montrent que l'insuline est inefficace contre les lésions cardiovasculaires et rénales qui accompagnent le diabète chez les personnes âgées.

L'insuline donne au contraire des résultats inappréciables pour traiter les diabétiques jeunes et deux complications qui étaient fatales auparavant : le coma et l'infection.

La diminution du diabète, tant en fréquence qu'en gravité, dans les pays de l'Europe Centrale pendant la grande guerre a été attribuée à la sous-alimentation. On peut considérer de même que l'accroissement de la fréquence et de la mortalité du diabète après 1918 a été dû aux années de prospérité qui sont survenues.

Ces faits concordent avec l'opinion défendue surtout par Joslin. L'obésité serait la cause primordiale du diabète. Nous ne partageons pas cette opinion. Car, malgré la fréquence du diabète — mais ceci n'est peut-être exact que pour la Hollande — les cas d'obésité sont beaucoup moins nombreux dans les deux sexes, sauf ceux qui résultent d'un vice constitutionnel ou d'un trouble endocrinien. Le sport et la mode sont responsables en grande partie de cette diminution de l'obésité.

On peut résoudre la contradiction en supposant que le fait de devenir obèse à la suite d'une alimentation abondante prédispose au diabète. On expliquerait ainsi l'apparition du diabète chez les personnes obèses et chez celles qui réussissent à faire disparaitre leur obésité sur ordonnance médicale ou sous l'influence de la mode. La constitution de ces personnes permet au diabète de se développer même avec un régime strict. Les expériences de la grande guerre ne s'accordent pas avec cette théorie.

Quelle que soit l'explication donnée, on ne peut nier que l'insuline, malgré son efficacité, n'a pas réussi à diminuer la mortalité totale due au diabète. Il ne faut pas en conclure, estimons-nous, qu'on ne saurait pas plus qu'autrefois assurer sur la vie un diabétique.

Pour porter un pronostic, il est nécessaire d'étudier les circonstances d'ordre social et le caractère de chaque malade. Ce sont des facteurs qui nuisent souvent au traitement médical ultérieur. A peine deux malades sont-ils dans les mêmes conditions. Ainsi, j'ai suivi un fonctionnaire dont la femme avait pour seul but dans l'existence de soigner son mari et s'en acquittait avec le soin le plus intelligent et la plus grande compréhension de la maladie, éloignant de son mari tout ce qui pourrait nuire à sa santé. Au contraire, un travailleur a besoin d'une alimentation abondante pour subvenir à son effort physique et ne peut, pour des raisons diverses, se soumettre aux prescriptions médicales. Un commis voyageur, obligé de prendre ses repas dans un hôtel, à des heures irrégulières, ne peut suivre son régime, ni se faire faire ses injections d'insuline dans les conditions régulières.

La question de l'admission d'un malade pour l'assurance sur la vie n'est donc pas uniquement une question de statistiques médicales. Elle dépend aussi du caractère du malade, et de son milieu social.

Les Compagnies d'assurances sur la vie devraient être disposées à courir un petit risque en acceptant, à un taux fixé provisoirement — que l'on élèverait ou diminuerait éventuellement suivant les circonstances — les diabétiques recommandés par leurs médecins. Les médecins des Compagnies baseraient leur opinion sur les symptômes individuels du malade, sur le caractère du malade, sa compréhension, sa condition sociale et familiale et les exigences d'un traitement sérieux. Grâce à l'insuline, on pourrait admettre des diabétiques jeunes dont le pronostic était si redoutable avant l'insuline. L'assurance serait terminée avant l'âge où peuvent survenir des manifestations cardio-vasculaires. L'assurance ne serait accordée que si le caractère du malade et son milieu social ne nuisent pas au traitement médical ultérieur. Les diabétiques plus âgés ne seraient acceptés qu'en l'absence de toute lésion cardio-vasculaire et d'obésité. Dans tous les cas, on aura fait un examen radiologique du thorax ; la tuberculose pulmonaire est une complication toujours incompatible avec l'assurance.

Ces réserves permettraient d'aider un grand nombre de sujets jeunes sans que le risque soit trop grand pour les Compagnies d'assurances. On apporterait, en outre, une contribution importante à nos connaissances sur les chances de survie d'un diabétique.

Il faut distinguer le diabète des glycosuries simples dont le pronostic est beaucoup plus bénin. La distinction était basée sur les signes cliniques considérés comme inhérents au diabète véritable : polydypsie, polyurie, polyphagie, prurit, furonculose... Ces signes sont insuffisants, car le vrai diabète peut exister pendant des années sans les provoquer. On ne rattachait pas au diabète la glycosurie alimentaire, caractérisée par son apparition exclusive à la suite d'un repas riche en hydrates de carbone. Or, elle n'est sans doute qu'une manifestation de début d'un diabète véritable. Un malade atteint de glycosurie alimentaire doit donc être considéré, au point de vue de l'assurance, comme un diabétique ordinaire. Il faut étudier la tolérance des hydrates de carbone, les effets de l'insuline, le caractère du demandeur et son milieu social.

Salomon, de Vienne, a singulièrement accru la confusion en créant le nom de « diabetes innocens ». Sous cette dénomination, on a groupé beaucoup de formes atténuées de vrai diabète. Mais on ne peut prédire ni si ces formes vont évoluer en un diabète véritable, ni le moment où cette évolution se produira. Il est très possible que le groupe isolé par Salomon comprenne quelques cas de diabète rénal dont nous parlerons plus loin.

Récemment, on a commencé à distinguer le diabète véritable dû à une lésion des îlots de Langerhans et le diabète dû à une autre lésion. Dans ces cas, on attribue la glycosurie à des lésions des autres glandes endocrines. Cette distinction nous parait trop absolue. L'hormone pancréatique, et les îlots de Langerhans qui la produisent, interviennent pour une très grande part dans le métabolisme des hydrates de carbone, l'origine et l'évolution du diabète. Mais les cellules hépatiques ont une action presque aussi importante et bien d'autres facteurs influencent le métabolisme des hydrates de carbone. Aussi n'est-il pas surprenant d'observer une glycosurie permanente ou temporaire au cours de différentes maladies du foie et de la lithiase biliaire. Certains auteurs attribuent cette glycosurie à des processus inflammatoires débutant dans le foie ou la vésicule biliaire

et s'étendant au pancréas. Une autre hypothèse peut être envisagée : le trouble du fonctionnement de la cellule hépatique peut s'accompagner de formation ou de rétention de glycogène et la glycosurie se produirait en dépit d'une production normale d'insuline.

L'influence d'autres glandes endocrines sur le métabolisme des hydrates de carbone est aussi connu que celui du système nerveux autonome et d'un grand nombre de centres cérébraux. Nous ne connaissons pas encore toutes les lésions non langerhansiennes (extra insular system) du diabète véritable. Nous ne savons pas encore si un trouble du métabolisme des hydrates de carbone dû à une lésion d'un autre organe que le pancréas peut déterminer un diabète véritable. Mon opinion sur cette question repose sur les modifications du métabolisme des hydrates de carbone que l'on observe souvent au cours de l'hyperthyroïdie. Dans nombre de cas de la maladie de Graves, on observe une hyperglycémie et une glycosurie passagère, dans d'autres cas un vrai diabète. Ces faits sont trop fréquents pour qu'on puisse les expliquer par une simple coïncidence. Ils démontrent les rapports qui existent entre la glycosurie non langerhansienne et le vrai diabète. On conçoit donc aisément qu'il soit en général impossible, même après une observation à l'hôpital, de préciser, s'il s'agit d'une glycosurie non pancréatique ou d'un vrai diabète. A mon avis, on doit considérer au point de vue de l'assurance sur la vie toute glycosurie comme un symptôme de diabète ; elle peut se transformer progressivement en un vrai diabète. Aussi croyons-nous utile d'appliquer à chaque demandeur atteint de glycosurie, la police que nous avons préconisée pour les sujets atteints de vrai diabète. Une seule exception peut être faite pour la glycosurie rénale. Nous discuterons cette question plus loin.

Il faudrait faire dans chaque cas, une investigation aussi complète que possible, étudier attentivement les résultats en tenant compte des données médicales, des circonstances d'ordre social et du caractère des malades. Une observation à l'hôpital est toujours nécessaire pour apprécier l'état d'un demandeur atteint de glycosurie. Il faut être sûr que le résidu trouvé dans l'urine est bien de la dextrose et non un autre hydrate de carbone tel que lactose, pentose ou lévulose. Il faut éliminer les glycosuries passagères dues à une infection aiguë, à une intoxication ou à une maladie du foie aiguë et passagère. On recherchera l'existence de lésions extrapancréatiques qui influencent la glycosurie. Il faut déterminer la tolérance aux hydrates de carbone, établir une courbe de glycémie et préciser les effets de l'insuline. Seule l'hospitalisation permettra de distinguer le diabète véritable de la seule forme de glycosurie que nous puissions considérer comme inoffensive : c'est-à-dire le diabète rénal. Cette glycosurie est-elle due à une lésion organique ou à un trouble fonctionnel du tissu rénal ou, selon l'avis d'Umber, au système endocrinien neuro-végétatif, ne méritant pas le nom de rénal ? Cette question n'intéresse pas, à l'heure actuelle, les Compagnies d'assurances.

On entend généralement sous le nom de glycosurie rénale l'excrétion de dextrose par l'urine, alors que le taux de la glycémie est inférieur à celui qui détermine de la glycosurie chez les autres sujets. On observe, comme c'est souvent le cas, un état de seuil rénal abaissé pour le passage de la dextrose du sang dans l'urine. On admet communément le taux de 1 gr. 80 comme seuil normal. Il n'est pas certain que la cause de cet abaissement du seuil siège dans les reins. Cette question n'a qu'un intérêt théorique. Nous pouvons la laisser de côté. Les Compagnies d'assurance sur la vie désirent seulement savoir comment on peut distinguer la glycosurie rénale du vrai diabète et comment porter un pronostic.

La réponse à cette deuxième question est beaucoup moins simple qu'elle ne paraissait. Dans le vrai diabète, on peut observer une élimination de glucose malgré un seuil anormalement bas. Existe-t-il une association de diabète rénal et de vrai diabète, faut-il penser à une forme clinique particulière du diabète, ou à une forme de transition entre la glycosurie rénale et le vrai diabète ? Nous pensons qu'il suffit de distinguer avec le maximum de probabilité la glycosurie rénale du vrai diabète. Nous avons montré que la seule présence d'un seuil abaissé ne suffit pas pour diagnostiquer une glycosurie rénale. On exige généralement les diverses preuves que j'ai résumées, il y a plusieurs années dans le « Text-book of Life Insurance Medicine ».

L'expérience montre que la glycosurie a toujours été très faible lorsque le diabète rénal a persisté pendant des années. L'élimination quotidienne habituelle de sucre ne dépasse pas 1 %. La quantité totale de dextrose éliminée, par vingt-quatre heures ne s'élève pas à plus de 10-12 grammes ou peut-être 20 grammes.

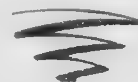
Mc Laren, dans son remarquable livre sur l'examen médical pour une assurance sur la vie, fixe le maximum à 25 grammes. En Hollande, De Langen, Schut et Elzas ont indiqué le même chiffre. Il est arbitraire, comme le sont toutes les limites en médecine. Il est difficile de concevoir pourquoi une glycosurie rénale ne donnerait pas une élimination plus importante. Je trouve qu'il est prudent de ne pas autoriser un maximum trop élevé.

Le sucre éliminé ne devrait pas être sensiblement modifié par le régime du malade. La courbe de la glycémie ne doit pas dépasser celle que l'on observe chez les sujets normaux 1 gr. 60 environ, la glycémie doit être inférieure à la limite de 1 gr. 80, lorsque le malade élimine de la dextrose. Le demandeur ne présentera, par ailleurs, aucun signe pathologique et, en particulier, aucun des symptômes du diabète. On peut, dans ces conditions, porter le diagnostic de glycosurie rénale et assurer le demandeur sans prime supplémentaire. Certes, j'ai observé des cas qui se sont transformés en vrai diabète et des sujets qui avaient parmi leurs parents de vrais diabétiques. Mais ces faits sont isolés et ne doivent pas nous faire abandonner la notion du pronostic favorable de la glycosurie rénale.

L'examen médical en vue de l'assurance sur la vie doit être un crible qui écarte les gens malades et évite ainsi des risques trop grands. On ne peut pas lui demander d'exclure toutes les éventualités possibles. J'ai souligné plusieurs fois dans cet exposé l'utilité d'observer à l'hôpital chaque demandeur atteint de glycosurie. Cette observation a l'inconvénient de coûter cher et de demander la coopération du demandeur. De plus expérimentés que nous préciseront si on peut éliminer cette objection et comment. On pourrait la supprimer si les Compagnies décidaient de ne jamais accepter un demandeur qui s'y refuserait.

Nous n'avons exposé aucun point de vue nouveau ; nous n'avons établi aucune règle rigide pour apprécier l'état des malades atteints de glycosurie. Nous avons seulement voulu suggérer quelques idées qui pourront être le point de départ d'une discussion (1).

(1) Ces idées ont été défendues par les auteurs au Congrès international d'assurances-vie, Londres, juillet 1935.



CLINIQUE MÉDICALE

CLINIQUE MÉDICALE DE SAINT-ANTOINE

Prof. Loeper

Le brightisme précoce

Par le Docteur Etienne CHABROL

Sous le nom de brightisme précoce, je me propose d'étudier devant vous la néphrite maligne des jeunes, l'atrophie rénale singulière, qui détermine au seuil de la vie une urémie hypertensive, fort comparable à celle que l'on observe au déclin de leur existence, chez les vieillards dénommés brightiques. Nous en trouvons le thème dans une observation que j'ai récemment publiée, avec Jean Sallet (1).

C'est au cours d'une série de crises épileptiformes, que notre malade avait été admis à l'hôpital Saint-Antoine. Il s'agissait d'un jeune homme de 19 ans, ayant la taille et la morphologie d'un adolescent, qui depuis trois jours affolait sa famille par la répétition de ses accès convulsifs. Rien ne manquait à la description classique du mal comitial : la bave sanguinolente et l'incontinence des urines succédaient aux secousses cloniques des membres et des globules oculaires, tandis que la somnolence et le stertor marquaient le terme des accès. Sans une analyse systématique des urines et du sérum sanguin, nous aurions méconnu l'origine de ces manifestations impressionnantes. En fait, les urines décelaient une albuminurie massive de 1 gr. 50 par litre et l'examen du sang mettait en évidence une azotémie supérieure à 3 grammes. Nous avions affaire à une *urémie convulsive* et non pas à une épilepsie essentielle. Reprenons avec quelques détails l'étude de ce malade.

1° *Son syndrome urinaire* tout d'abord. Pendant les huit jours où nous l'avons observé, l'abondance relative des urines nous a quotidiennement frappé. Malgré la répétition des crises et l'incontinence urinaire, nous avons pu faire recueillir quotidiennement 800 à 1.200 grammes de liquide en 24 heures. Ces urines si pâles que l'on pouvait les prendre pour de l'eau offraient un très léger reflet verdâtre ; elles contenaient 1 gr. 25 à 2 grammes d'albumine, 2 à 3 grammes d'urée et 3 gr. 65 de chlorures par litre. L'adultération des reins ressortait d'autre part de la centrifugation qui montrait l'abondance des cylindres hématiques ou granuleux.

2° *Syndrome urémigène* — Fait curieux, l'évolution sournoise des accidents masqua leur gravité jusqu'à la dernière semaine. L'urémie n'avait eu d'autres prodromes qu'une légère céphalée occipitale, remontant à un mois. La famille ne s'en était pas inquiétée, sachant que malgré sa petite taille et son aspect gracile, ce jeune homme avait toujours joui d'une santé parfaite ; l'albumine n'avait jamais été recherchée avant le jour de l'admission à Saint-Antoine.

A cette dernière étape, les signes de l'urémie nerveuse l'emportaient nettement sur les troubles digestifs ou respiratoires ; à la céphalée des premiers jours avaient succédé les convulsions généralisées toniques ou cloniques. Celles-ci se reproduisaient presque quotidiennement, laissant derrière elles une torpeur progressive, accompagnée d'une respiration bruyante. Il ne s'agissait point de la dyspnée dite de Cheyne-Stokes, avec son apnée et sa polypnée d'amplitude inégale, successivement croissante et décroissante. Le rythme respiratoire entrecoupé de soupirs évoquait par ses pauses et son expiration gémissante la dyspnée de Kussmaul. que l'on observe dans le coma diabétique. C'était là un signe d'acidose et de fait nous pûmes par l'examen du sang fixer *la part de la rétention azotée* et *de l'intoxication acide* dans la genèse des accidents nerveux.

Le jour de l'admission à Saint-Antoine, l'azotémie avait été de 3 gr. 60 p.1.000; elle fut au sixième jour de 4 gr. 55; le lendemain, veille de la mort, sa courbe atteignit 6 gr. p. 1.000. Le chiffre de la tyrosine sanguine évalué à cette date suivant la technique de Goiffon et Spaey (1), nous donna un aperçu bien imparfait du métabolisme azoté : dans le filtrat phosphotungstique le taux de la tyrosine était de 111 milligr. 11; dans le filtrat trichloracétique, il atteignait 142 milligr. 88 : nous eûmes ainsi par différence une polypeptidémie de 31 milligr. 77 exprimée en tyrosine. Rappelons que d'après les auteurs précédents, le chiffre normal de la tyrosine sanguine serait de 3 à 6 milligrammes. Le jour où nous pratiquâmes ce dosage, un givre d'urée fort impressionnant traduisait de toute évidence la gravité de la rétention azotée.

A la même date, l'*acidose rénale* vint également jeter sa note dans le cortège des accidents urémiques. Le taux du Cl. globulaire s'éleva à 3 gr. 20 p. 1.000, en regard d'un Cl. plasmatique de 3 gr. 80. Le rapport $\frac{\text{Cl globulaire}}{\text{Cl. plasmatique}}$ = 0,84 se trouva de ce fait supérieur au chiffre normal de 0,50. Parallèlement la réserve alcaline tomba à 16 volumes, chiffre du plus fâcheux augure. Nous n'eûmes aucune surprise de voir ces deux signes accompagner une somnolence voisine du coma et une respiration suspirieuse du type de Kussmaul ; l'ensemble témoignait d'un état d'acidose, bien que le taux de la glycémie fût normal (1 gr. 10 p. 1.000) et qu'il n'existât ni glycosurie ni acétonurie susceptibles d'interpréter ces signes d'intoxication.

Tandis que l'azotémie et l'acidose atteignaient leur apogée, nous pouvions déceler des perturbations importantes dans le domaine circulatoire.

3° *Syndrome cardio-vasculaire*. — Jusqu'au dernier jour, le pouls vibrant et modérément accéléré présenta une tension de 19-12 au Vaquez. Le cœur énorme battait dans le 7e espace intercostal gauche, véritable cœur de bœuf suivant la comparaison de Traube. Existait-il un bruit de galop ? nous le crûmes un instant, en percevant au-dessus et en dedans de la pointe un troisième bruit qui prit bientôt le timbre d'un frottement. En fait, l'autopsie devait nous révéler une péricardite fibrineuse et légèrement exsudative.

4° *Syndrome lipoïdique*. — En employant ce terme, nous nous gardons de laisser entendre qu'il existait chez notre malade les grands signes de la néphrose lipoïdique. Le degré de l'albuminurie pouvait y faire songer, mais à l'encontre de ce diagnostic plaidaient l'hypertension artérielle et l'absence complète de syndrome hydropigène. Le sérum sanguin n'en était pas moins lactescent, très riche en lipides (9 gr. 75 p. 1.000) et en cholestérol : 4 gr. 50 p. 1.000.

Par ailleurs le rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ n'avait plus sa valeur normale de 1,7. Il était tombé à 1,2 avec des chiffres de 41 grammes pour la sérine et de 34 grammes pour la globuline.

Tous ces examens de laboratoire furent pratiqués à la faveur des saignées quotidiennes que nous renouvelâmes dans l'espoir de retarder l'échéance d'une urémie sans appel.

(1) Etienne CHABROL et Jean SALLET. — Un cas de brightisme précoce. *Bulletins de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n° 25, séance du 12 juillet 1935.

(1) GOIFFON et SPAEY. — Méthode colorimétrique de mesure des polypeptides du sérum. *C. R. de la Soc. de Biologie*, n° 7, 1934, p. 711-713.

Au huitième jour, en plein coma, nous assistâmes au phénomène curieux et rare de la sudation d'urée. Les téguments se couvrirent d'un givre que nous interprétâmes comme la suprême réaction des émonctoires défaillants.

Il fut non moins intéressant d'observer à cette date une brusque ascension de la courbe thermique à 39°5.

Ce fait en désaccord avec l'opinion régnante, qui associe volontiers dans leur évolution l'hypothermie et l'hyperazotémie, nous parut dans une certaine mesure explicable par le développement de la péricardite inflammatoire.

***

Ce ne fut pas sans étonnement que nous découvrîmes à l'autopsie la raison de cette urémie aiguë, d'autant plus surprenante qu'aucun accident toxi-infectieux, immédiat ou lointain n'en avait laissé prévoir l'éclosion.

Ce syndrome trouvait son origine dans une *atrophie remarquable des deux glandes rénales, dont les poids respectifs étaient tombés à 40 et 60 grammes.* Comme chez les vieillards brightiques, leur capsule était granuleuse et très adhérente ; la corticale atrophiée ; les pyramides mal dessinées. Nous reviendrons dans un instant sur les traits histologiques de cette *néphrite interstitielle.*

De pareils faits sont loin d'être fréquents, si l'on en juge par la statistique de Lecorché, qui déclare n'en avoir découvert qu'un seul cas avant l'âge de 20 ans, sur un total de 308 autopsies concernant exclusivement des sujets brightiques. Nous n'en avons trouvé que neuf observations dans la thèse de J. Bezançon (1) et de Poillot (2), consacrées l'une et l'autre à ce sujet sur l'inspiration de Lancereaux.

Depuis 1913 la question a pris un nouvel essor avec les publications anglo-américaines et avec les travaux de M. Comby et de M. Apert (3), sur l'infantilisme rénal. La thèse de Foubert (4) (1927), la revue générale de Derot (5), le rapport de Izod Bennett (6), au récent Congrès d'Evian (1933) fournissent sur ce sujet de précieux documents.

Pour les étudier avec fruit, il est indispensable de les considérer sous deux angles différents : *marquons d'abord la place du brightisme précoce dans le cadre des néphropathies de l'enfance* ; nous envisagerons ensuite les perturbations qu'il apporte au jeu fonctionnel des glandes endocrines.

Le brightisme précoce offre une autonomie indéniable dans son expression anatomo-clinique : il est rare ; il est rapidement redoutable, puisque son évolution n'est guère compatible avec la vie au delà de la vingtième année ; il est nettement défini par l'atrophie profonde des deux reins, qui fait tomber leur poids à quelques grammes. Ajoutons à ces traits que l'origine exacte du syndrome échappe généralement à nos investigations.

Combien ce tableau diffère de celui que l'on observe habituellement dans l'enfance, lorsqu'une néphrite s'aggrave et se termine par la mort. Il ne rappelle en rien la néphrite hydropigène à gros rein blanc, qui survient au déclin de la scarlatine et qui assombrit le pronostic des angines malignes. Sans doute nous savons qu'un assez grand nombre de ces néphrites infectieuses peuvent régresser momentanément et préparer à bas bruit, pour le tournant de la cinquantaine, l'éclosion d'une urémie nerveuse ou digestive. Mais sont-elles vraiment le prélude de ce que l'on appelle communément le petit rein contracté ? Nos aînés n'ont pas été toujours d'accord sur ce point, à l'époque où nombre d'entre eux faisaient de la néphrite interstitielle l'apanage quasi-exclusif de la goutte et du saturnisme.

Constatons simplement que dans les antécédents du brightisme précoce la scarlatine aussi bien que les angines malignes se trouvent d'ordinaire en défaut. C'est dans un autre domaine qu'il faut rechercher, selon nous, l'origine de ce syndrome énigmatique.

Nous devons également souligner que les albuminuries cycliques, intermittentes ne figurent point dans le passé de ces jeunes brightiques. Ont-ils présenté à un moment donné une albuminurie orthostatique, digestive ou fébrile, susceptible de révéler leur débilité rénale ? La quasi-totalité des observations sont muettes sur ce point.

Il ne faut point davantage confondre le brightisme précoce et le chloro-brightisme rendu célèbre par les cliniques de Dieulafoy.

Nous ne retrouvons pas dans l'histoire de ces enfants, urémiques avant l'âge, le récit d'une anémie de long cours, ayant fait dialoguer une mère de famille et un praticien. Chez notre jeune sujet, à la veille de la mort, la valeur globulaire était sensiblement normale avec 3.380.000 globules rouges et un taux d'hémoglobine de 70 p. 100. Nous savons, par ailleurs, grâce à l'enseignement de Hayem et du maître de l'Hôtel-Dieu lui-même, que le chloro-brightisme (1) n'aboutit presque jamais à la grande insuffisance du mal de Bright. Cette anémie singulière, si rare de nos jours, semble plutôt la compagne des albuminuries d'origine humorale que Semmola mit jadis en honneur, et qui guérissent parfois sous l'effet des chlorures, de l'arsenic et du fer, mieux encore que sous l'emprise du régime lacté. Les résultats favorables qu'apporte dans leur évolution la cure de Saint-Nectaire ne sont pas sans éclairer leur pathogénie, tout en les écartant du cadre du brightisme précoce, urémique et hypertensif.

***

C'est par ses *troubles endocriniens satellites* que le brightisme précoce mérite surtout de s'imposer à notre attention.

Nous avons vu que notre malade, âgé de 19 ans, se présentait comme un sujet infantile, avec un développement imparfait des organes génitaux et une absence quasi-complète de caractères sexuels secondaires ; sa taille était de 1 m. 55 et son poids de 45 kilogr. Son visage glabre, anémié et légèrement bouffi eût fait songer au myxœdème sans la découverte d'une albuminurie abondante.

Cette chlorose juvénile et cet arrêt de développement n'avaient pas échappé à Lancereaux qui, les rapprochant de l'atrophie rénale, développa à leur propos sa conception de l'aplasie artérielle. Pour cet observateur, un même trouble circulatoire tenait sous sa dépendance la néphrite et l'infantilisme ; une même théorie dystrophique figurait à l'origine des accidents que d'autres expliquaient par la théorie inflammatoire.

De nos jours, les auteurs anglais et M. Apert se sont ingéniés à graduer les dystrophies rénales sur le terrain clinique. On peut en décrire trois modalités : le rachitisme rénal, le nanisme rénal et l'infantilisme.

Le rachitisme rénal (2), habituellement tardif, est loin d'avoir la richesse d'expression du rachitisme simple. Il ne se présente pas avec le front olympien, le thorax en carène et les tibias incurvés que l'on observe chez les jeunes enfants entachés d'hérédo-syphilis. C'est par des déformations épiphysaires cantonnées à l'extrémité inférieure du fémur que la maladie se révèle habituellement sous les traits d'un genu valgum. La radiographie fournit un appoint au diagnostic de rachitisme, en révélant une décalcification et des épaississements périostés.

Le nanisme rénal laisse entendre par son nom un retard

(1) J. Bezançon. — D'une néphrite liée à l'aplasie artérielle. *Thèse de Paris*, 1889.

(2) Poillot. — Contribution à l'étude de la néphrite artérielle chez les jeunes enfants. *Thèse de Paris*, 1891.

(3) Apert. — Voir *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, n° 5, 19 février 1934, p. 226 à 235.

(4) Foubert. — Le nanisme rénal. *Thèse de Paris*, 1927.

(5) Derot. — Le nanisme rénal. *La Science médicale pratique*, 15 XII 1933.

(6) Izod Bennett. — Modifications du calcium sanguin dans l'insuffisance rénale. Rapport au *Congrès d'Evian*, septembre 1933, Masson éditeur.

(1) Dieulafoy. — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 20 juin 1893 et *Manuel de Pathologie interne*, tome IV.

(2) R.-C. Lucas. — *The Lancet*, 1883, I, 993.

◆◆

de développement qui n'est pas incompatible avec les déformations osseuses du rachitisme. Ce retard porte à la fois sur la taille et sur le poids: tel adolescent de 14 ans mesure 1 m. 10 comme un enfant de 7 ans ; tel autre âgé de 15 ans ne dépasse guère 1 m. 05.

Il existe enfin, et c'est dans ce cadre que semble rentrer l'observation de notre malade, des troubles de développement associés à une lésion rénale et définis essentiellement par l'absence des caractères sexuels secondaires et l'atrophie des organes génitaux. On les désigne sous le nom *d'infantilisme rénal*, tout en soulignant leur rareté, car l'évolution de ce syndrome suppose que les malades atteints de nanisme rénal n'ont pas succombé avant la puberté.

Il va de soi qu'entre ces trois variétés cliniques, le rachitisme, le nanisme pur et l'infantilisme proprement dit, on peut observer toutes les formes de passage.

Comment expliquer l'apparition de ces troubles endocriniens au fur et à mesure que progresse la néphrite interstitielle ? L'étude histologique des glandes à sécrétion interne n'apporte malheureusement aucune lumière dans cette dis-discussion doctrinale ; nous ne pouvons l'esquisser qu'en formulant des hypothèses.

Faut-il parler d'un retentissement des poisons brightiques sur l'hypophyse, les surrénales, la thyroïde, les parathyroïdes, ou les glandes génitales ? Sandrail et Bézy (1) l'ont affirmé en prêtant à l'acidose mieux encore qu'à l'azotémie un rôle d'élection. Les auteurs anglo-américains incriminent plus volontiers des perturbations du métabolisme du calcium et du phosphore. Izod Bennett le rappelle au Congrès d'Evian, en soulignant la fréquence de l'hypocalcémie et l'augmentation du taux du phosphore sanguin au cours des insuffisances rénales.

Mais la défaillance des reins a d'autres conséquences que des actions chimiques s'exerçant sur les tissus et sur les milieux humoraux ; elle retentit encore directement sur le jeu des endocrines, en troublant l'excrétion urinaire des hormones que le pancréas, l'hypophyse, les glandes génitales ou d'autres parenchymes à sécrétion interne déversent en quantité plus ou moins appréciable dans la circulation. MM. Loeper, Soulié et Merklen (2) se sont attachés à démontrer la réalité des hypercrinémies par rétention chez les brightiques ; ils en ont trouvé la marque pour l'insuline dans la baisse du sucre sanguin, pour la pepsine dans l'excès des polypeptides que renferme le plasma et, à l'appui de leur conception de l'hypercrinémie d'origine rénale, ils n'ont pas manqué de faire valoir les résultats expérimentaux fort comparables que leur a donnés chez des lapins la néphrectomie.

On peut également invoquer une insuffisance de la sécrétion interne du rein à l'origine du nanisme et de l'infantilisme. Bradford n'a-t-il pas entravé le développement d'un jeune chien en enlevant à cet animal les deux tiers de ses glandes rénales ?

Dans toutes ces conceptions, la dystrophie endocrinienne doit être considérée comme franchement secondaire à l'adultération brightique.

D'autres penseront peut-être qu'elle est contemporaine, les endocrines pouvant être frappées en même temps que l'émonctoire urinaire par un même virus toxique ou infectieux. Mais quelle est la nature de ce virus problématique ?

On a parlé de malformations congénitales. C'est ainsi qu'en rapportant vingt observations de nanisme recueillies au London Hospital, Ellis et Evans (3) déclarent avoir trouvé à l'autopsie une dilatation du tractus urinaire, s'étendant du sphincter uréthro-vésical jusqu'aux glandes rénales atrophiées.

(1) Sandrail et Bézy. — Sur l'interprétation pathogénique du nanisme. *Arch. de méd. des enfants*, juillet 1933.

(2) Loeper, Soulié et Merklen. — *La Presse Médicale*, 28 janvier 1933, p. 154.

(3) Ellis et Evans. — *Quart. J. Méd*, 1933, II, p. 231.

D'autres cliniciens ont recherché systématiquement un facteur toxique. Frappés de la fréquence du brightisme précoce en Australie et notamment au Queensland, les médecins anglais ont même suggéré une explication qui n'est pas sans originalité. Izod Bennett la présente en ces termes : Le Queensland est un pays très chaud où la pluie est fort rare et où l'on habite des maisons de bois peint, entourées de vérandas ; sous l'action de la chaleur la peinture se sèche et s'écaille. Lorsque par hasard il pleut, les enfants ravis de ce phénomène inaccoutumé sortent et lèchent les gouttes de pluie ruisselant sur les piliers des vérandas. Résultat : intoxication par le plomb.

C'est une autre interprétation que suggère l'examen histologique des reins dans notre observation personnelle. Sur la trame conjonctive de la néphrite scléreuse, dans l'intervalle des tubes urinifères dilatés et des nodules fibreux qui s'étaient substitués aux glomérules, nous avons remarqué l'importance des réactions inflammatoires et des désordres vasculaires. Les parois des artérioles et des grosses artères étaient constituées par des fibres adultes, qui épaississaient leurs tuniques et réduisaient leur lumière. Un véritable tourbillon de cellules fusiformes marquait la limite des capillaires bourrés de globules rouges.

C'est sur de semblables désordres vasculaires que Lancereaux a jadis édifié sa conception de l'aplasie, remise de nos jours en honneur par les auteurs allemands qui ont parlé de « néphrite artérielle ».

Nous nous garderons d'affirmer que dans notre observation le processus vasculaire tenait à lui seul l'atrophie du rein sous sa dépendance, mais, tout en faisant la part de la glomérulite et de la réaction interstitielle, nous ne pouvons négliger l'importance de ce facteur artériel, qui mit jadis en opposition les deux grandes théories dystrophique et inflammatoire.

Ne faut-il pas voir en lui la signature d'une *syphilis héréditaire* que l'on a maintes fois invoquée à l'origine des dystrophies chez les sujets jeunes ? La syphilis était en cause dans les observations de Hutinel et Maillet, de Nobécourt, de Widal, Lemierre et Pasteur Vallery-Radot. En faveur de cette étiologie nous pouvons retenir l'importance de l'albuminurie qui cadre mal au premier abord avec l'ensemble des signes de l'atrophie brightique. Nous pouvons également faire valoir que la mère de notre malade était atteinte d'aortite avec hypertension.

Dans l'hypothèse de la spécificité, un même facteur dystrophique nous donnerait la raison de l'insuffisance rénale et des troubles endocriniens qui lui sont associés et permettrait de comprendre les multiples retentissements de ce brightisme précoce, qu'il faut savoir dépister tour à tour sous les traits du rachitisme, du nanisme ou de l'infantilisme.

« Un étudiant en médecine qui a fait de la chimie en philosophie, au P. C. B. et à la Faculté de médecine, soit pendant trois ans, ne sait souvent pas, par cela même, les éléments de la chimie. Pourquoi, par ailleurs, saurait-il plus de chimie que ses enseigneurs en médecine, en chirurgie ou en obstétrique qui en savent si peu ? Et voilà, illustrée, l'erreur de la spécialisation, indispensable dans un laboratoire de recherche, utile dans un enseignement post-scolaire de perfectionnement, et si fâcheuse transposée dans le domaine pédagogique. Quand donc les professeurs, qui sont à la fois chercheurs, enseigneurs et examinateurs, comprendront-ils que la matière de leur spécialité qui est leur principale raison d'être dans le domaine scientifique, ne reste pour leurs élèves qu'une toute petite pierre parmi toutes celles qu'ils doivent réunir pour bâtir le solide et cohérent édifice nécessaire à l'exercice de leur profession ? Quand donc réaliseront-ils que, quelle que soit la matière de leur enseignement, ils sont ou doivent être avant tout des éducateurs de futurs praticiens ? »

(Prof. J. Delmas. — Quelques réflexions sur les causes profondes de la crise médicale. *La Presse Médicale*, 4 janvier 1936.)




CIBA

STOMATOLOGIE

Pyorrhée alvéolaire

Dans plusieurs articles parus à cette même place, j'ai indiqué, comme une très grande nécessité, la collaboration étroite du médecin praticien et de l'odonto-stomatologiste. Cette collaboration doit être plus particulièrement étroite lorsqu'il s'agit de malades atteints de syphilis et surtout de pyorrhée alvéolo-dentaire. Cette maladie qui se répand de plus en plus, surtout dans la classe aisée, ne peut être améliorée ou guérie, qu'à la condition de lui appliquer à la fois un traitement local et un traitement général, sous peine de ne pas obtenir de résultats.

Jusqu'à présent l'étiologie de la maladie a été assez imprécise. Certains lui attribuent une origine locale (inflammatoire ou traumatique).

D'autres incriminent le terrain (rhumatisants, arthritiques, intoxiqués). Il est hors de doute que la pyorrhée est une manifestation locale d'un état général défectueux et il faut considérer, en l'occurence, l'influence de l'hérédité, la nutrition défectueuse, les troubles métaboliques des états dyscrasiques. Pour mon compte, je donne la définition suivante de cette maladie : « *arthrite du ligament alvéolo-* « *dentaire d'origine calculeuse, avec suppuration et des-* « *truction progressive du ligament et du tissu osseux adja-* « *cent.* »

L'origine constitutionnelle de la maladie est hors de doute, et l'attribuer à un manque de soins hygiéniques de la bouche, est une grossière erreur, due au manque d'observation. Il suffit de considérer que les crânes très anciens n'en portent pas les stigmates, que les enfants n'en sont jamais atteints et ne soignent pourtant pas leur bouche. Ce sont au contraire les adultes à partir de l'âge moyen, qui donnent le gros contingent de pyorrhéiques et plus particulièrement ceux de la classe aisée qui, pourtant, sont généralement les plus soucieux d'hygiène dentaire. La maladie est beaucoup plus rare chez les gens de classe inférieure privés de soins et d'hygiène dentaires. Dans le règne animal, il n'y a que les animaux domestiques qui en sont atteints (chiens et chats). La maladie est plus développée de nos jours qu'autrefois et pourtant on n'a jamais vendu autant de dentifrices ni de brosses à dents que maintenant.

Mais le stomatologiste qui s'informe, apprendra que son pyorrhéique est atteint de rhumatisme ou de goutte, c'est le diabétique, l'arhritique, l'hépatique, il a des troubles digestifs, s'alimente à tort et à travers, mange très vite. Si sa circulation est mauvaise, les déchets de combustion séjournent dans l'organisme. Son sang est insuffisamment alcalin et ne dissout pas les déchets, dont l'élimination stagne. Le sang et les sécrétions salivaires insuffisamment alcalins pourront donner lieu à la formation de calculs.

René Vincent (1) dit que la pyorrhée alvéolaire est toujours symptomatique d'une infection subaiguë ou chronique. Le foyer originel est ordinairement gastro-intestinal et représenté par des entéro-colites, la colibacillose, l'appendicite subaiguë ou chronique, les ulcérations gastro-intestinales, les cholécystites, l'insuffisance hépatique. En admettant cette théorie, il ne faudra pas chercher le microbe pathogène de la pyorrhée, dans la cavité buccale, mais admettre qu'il y est apporté, depuis le foyer causal, par la voie sanguine. Quant au traitement, René Vincent est d'avis de traiter la maladie par injections d'auto-vaccin, obtenu par hémoculture. Son traitement aurait l'avantage sur tous autres, d'agir à la fois sur l'état général, sur la lésion d'origine et sur l'état local,

(1) *Bulletin Médical*, 13 avril 1935.

Je suis d'avis de présenter l'étiologie de la manière suivante : les diverses glandes salivaires sécrètent une salive plus on moins chargée de calcaire (sels alcalino-terreux). Celui-ci se dépose sur les dents, celui de la salive des sublinguales derrière le groupe incisif inférieur, celui de la salive parotidienne, déversée par le canal de Stenon, se dépose au niveau des molaires supérieures. Ce tartre doit évidemment être enlevé de temps à autre par mesure d'hygiène, mais il n'est pas nocif et ne peut déterminer la pyorrhée. Mais, indépendamment de ce tartre salivaire, il y a un tartre sérique qui est un oxalate de chaux. Ce sel est véhiculé par le sang, il a la même origine et la même composition que celui qui va se fixer dans divers organes tels que le foie et les reins. Ce tartre sérique se dépose directement sur le cément des racines, en repoussant et décollant le ligament alvéolo-dentaire. Les aiguilles tartriques ainsi formées ulcèrent continuellement le ligament. A la faveur de cette ulcération, l'infection s'installe et le clapier est établi. La maladie n'a plus qu'à continuer à évoluer jusqu'à la destruction du ligament et la résorption osseuse de l'alvéole et la chute des dents atteintes si on n'intervient pas au plus tôt.

Diverses étiologies ont été présentées et conséquemment divers traitements préconisés : traitements locaux et généraux. Ce sont : interventions locales chirurgicales (résection des tissus malades, destruction des clapiers, curettage des racines) ; traitements chimiques par les acides chromique, sulfurique, trichloracétique, lactique, le bifluorhydrate d'ammoniaque ; traitement électrique par les courants de haute fréquence, etc...

Ces traitements, pour des résultats très insignifiants, présentent un pourcentage d'échecs important.

La vaccinothérapie a davantage de succès à son actif par les stocks-vaccins et auto-vaccins, mais elle traite plutôt l'effet que la cause, à mon avis, calculeuse.

Partant de l'étiologie calculeuse, j'ai institué sur mes malades un traitement local et général désincrustant, suivi d'un traitement sclérosant. A part quelques cas vraiment désespérés où les cloisons osseuses alvéolaires se trouvaient détruites préalablement au traitement, j'ai obtenu dans la très grande majorité des cas des résultats surprenants, très encourageants qui paraissent confirmer l'exactitude de l'étiologie calculeuse, que je viens d'émettre.

A. Wilcken (de Paris).

« Les centres cancéreux ont été institués dans les grandes villes de France. Quels savants y sont entrés ? Ils sont obligés de gagner leur pain quotidien et vont ailleurs. Au moins, dans un pays sensé, conviendrait-il que les possibilités de travail soient offertes aux chercheurs, puisque des bâtiments magnifiques ont été affectés à l'espérance de leur effort.

Quelle audace de prétendre à une telle ambition ! Les squelettes sont là, c'est-à-dire les corps de bâtisses. Nul ne s'est avisé qu'il fallait d'abord commencer par le recrutement des âmes, nous voulons dire les génies, capables de pénétrer les profondeurs et de discerner les rapports imprévus des opérations de la nature. »

(Ch. Fiessinger. — L'erreur par les cadres. *Journal des Praticiens*, 12 octobre 1935.)

Corporation médicale ou corporation sanitaire ? — « Il ne faut pas mélanger sur le même plan les dirigeants et les exécutants, les médecins et leurs aides-infirmiers ou sages-femmes, les pharmaciens et leurs préparateurs, et les dentistes. Il ne doit être mis sur le même plan que des gens de même formation intellectuelle. »

(Maurice Mordagne. — Corporation médicale ou corporation sanitaire. *La Presse Médicale*, 30 octobre 1935.)

PRATIQUE MÉDICALE

La sympathectomie et l'ionisation iodée dans le traitement des troubles trophiques et les séquelles consécutives aux plaies des nerfs

Ces deux méthodes combinées après suture des plaies des nerfs peuvent donner des résultats excellents.

M. Michel Salmon (1) rapporte un cas où, à la suite d'une chute sur un tesson de bouteille, il y avait eu section de toutes les parties molles de la région antérieure de l'avant-bras. De même que tous les tendons, le nerf médian, le nerf cubital, la bande antérieure du nerf radial, les artères radiale et cubitale étaient sectionnés. Intervention immédiate : sutures nerveuses avec double point d'appui (deux fils passés au niveau des bords du nerf servent de point d'appui), suture des tendons au fil de lin. Dans les jours suivants apparition d'un léger syndrome de Wolkmann. On pratique vingt séances de traitement électrique, puis vingt séances d'ionisation (iodure de sodium) suivant la technique de Bourguignon : les mouvements actifs de flexion au niveau des phalanges atteignent presque l'angle droit, le poignet peut fléchir à 45°. Mais il persiste des troubles trophiques extrêmement importants au niveau de la main.

Après mise à nu de l'artère humérale au tiers inférieur du bras sur une étendue de 6 cm., l'effet fut remarquable : la température de la main augmenta de 3 degrés, les doigts et le poignet devinrent plus souples, la rétraction des doigts moins marquée des téguments perdirent leur teinte violacée.

Du retentissement rénal et hépatique de la cholécystectomie

Il semble, à première vue, que l'ablation de la vésicule biliaire dont le rôle est surtout mécanique, ne puisse retentir sur les fonctions rénales ou hépatiques.

Cependant si on étudie celles-ci avant et après l'intervention, en se plaçant dans les conditions les meilleures, on est étonné de constater qu'elles peuvent être perturbées. Plusieurs auteurs (2) ont systématiquement pratiqué les épreuves hépato-rénales pré et post-opératoires. Dans une soixantaine de cas, il s'agissait de sujets en excellent état général, sans aucune tare, présentant une cholécystite simple sans obstruction calculeuse du cholédoque. L'anesthésique employé fut varié : protoxyde d'azote, éther, et même rachianesthésie. Tous ces malades furent opérés rapidement, simplement. Leurs épreuves préopératoires tant hépatiques (dosage de la bilirubine dans le sérum, élimination des colorants) que rénales (dosage de l'urée sanguine) étaient normales.

Les chiffres obtenus dans les dosages post-opératoires ont montré, dans la majorité des cas, une augmentation du taux de la bilirubine dans le sang, et une mauvaise élimination des colorants. Il faut noter, par ailleurs, que la bilirubinémie post-opératoire est d'autant plus constante et importante qu'il y a hyperbilirubinémie pré-opératoire. Quant à la rétention des matières colorantes, elle est sans rapport avec cette dernière. Fait important, si les cystique était altéré avant l'intervention, les troubles observés après celle-ci sont pratiquement nuls, comme si, estime Puestow (3), il s'était déjà fait dans ce cas, une adaptation de l'organisme au non fonctionnement de la vésicule. Ces troubles sont d'ailleurs passagers ; ils disparaissent les jours suivants et ne durent guère plus de quatre jours.

Il est difficile de leur donner une explication. Ils font penser à une altération passagère de la fonction d'excrétion du foie ; peut-être faut-il faire intervenir, par suite de la cholécystectomie, une diminution dans la vitesse d'évacuation de la bile.

Quant aux troubles de la fonction rénale, ils peuvent être importants. C'est ainsi que, chez certains malades portant une cholécystite chronique, on a pu voir s'installer une urémie post-opératoire alors que le fonctionnement rénal était apparemment normal avant l'opération. Les cas (1) où on a pu examiner histologiquement les reins de ces malades ont montré : une atteinte de l'épithélium des tubes urinaires, des hémorragies locales, et une infiltration leucocytaire. Aucune hypothèse n'est satisfaisante pour expliquer ces troubles. On a invoqué des toxines d'origine hépatique ayant une affinité pour les tissu parenchymateux rénal.

Il s'agit donc de problèmes encore très complexes. L'intérêt de ces travaux est de montrer que même une intervention portant sur un organe non indispensable à la vie, peut perturber l'espèce d'équilibre qui semble exister entre les divers organes.

Jean Chatain.

(1) *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, tome IX, n° 6, juin 1935, page 350.

(2) Cantarow, Gartman et Ricchinti. — Effet de la cholécystectomie sur la fonction hépatique. *Archives of Surgery*, 1935, p. 865.

(3) Puestow. — Écoulement de la bile. *Archives of Surgery*, 1931, p. 1013.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Varices

Quelle est la valeur respective des deux grandes méthodes actuellement employées pour le traitement des varices : chirurgie et injections intraveineuses, dites sclérosantes ? — Il n'est pas douteux, disait M. Fredet — à l'occasion d'une discussion sur ce sujet à la Société de chirurgie — que l'on puisse obtenir la guérison de certaines varices par l'injection de diverses substances irritantes dans les veines, mais il convient de mettre en garde les médecins contre les dangers possibles d'une méthode dont on proclame avec trop de complaisance l'innocuité quasi-constante.

Il y a lieu, dans la question du traitement des varices des veines superficielles des membres inférieurs, d'établir deux chapitres bien distincts ; l'un qui a trait aux varices essentielles et primitives, qui sont de beaucoup les plus fréquentes ; l'autre aux varices symptomatiques et secondaires. Encore, dans celles-ci, faut-il laisser de côté celles qui relèvent de certains états physiologiques, comme la grossesse, pour envisager seulement celles qui sont consécutives aux états pathologiques, ayant occasionné des phlébites profondes et oblitérantes des membres inférieurs.

Les dilatations variqueuses des veines superficielles, qui s'établissent après ces lésions profondes, apparaissent à la manière d'une circulation complémentaire, et la surcharge sanguine, dont ses vaisseaux sont le siège, entraîne bientôt des altérations profondes de leur paroi. De ce fait, ces varices secondaires sont particulièrement graves, et, en tant que voie de suppléance, il semble qu'il puisse y avoir inconvénient à les supprimer complètement. Sicard estimait qu'elles n'étaient pas justiciables de sa méthode, mais il pensait qu'elles pouvaient bénéficier d'une opération rationnellement conduite.

Les varices symptomatiques se voient surtout à la cuisse ou à la jambe. Sur celle-ci elles sont souvent douloureuses et se compliquent fréquemment d'ulcères particulièrement tenaces et graves. M. Alglave a cherché à y remédier par des résections pratiquées avec mesure dans les territoires veineux les plus

(1) Lieber et Stewart. — Modifications rénales après obstruction biliaire. *Archives of Pathol.*, 1935, p. 636.

malades. Des ulcères déjà anciens ont guéri et le sont restés par ce moyen.

Lorsqu'on revoit plusieurs années après, les malades traités par les injections sclérosantes, on ne peut pas partager toute la confiance de Sicard et de ses élèves, ou de leurs imitateurs, dans la valeur curative de la méthode.

Les résultats obtenus peuvent être classés en trois groupes :

1° Le résultat a paru bon, mais il n'a été que passager ; les varices ont récidivé ;

2° Le résultat a été apparemment nul ;

3° Résultat passager ou apparemment nul, les injections ont donné lieu à des accidents: phlébites, escharres, impotence avec amyotrophie, gêne cardiaque, embolies graves ou mortelles.

La méthode sclérosante est aveugle dans son mode d'action, inapplicable aux varices symptomatiques, simples ou compliquées, et souvent impuissante sur les grosses lésions, surtout enflammées ou ulcérées, cependant qu'elle expose à des récidives fréquentes, et plus ou moins précoces, avec des lésions banales.

La raison des insuccès de la méthode sclérosante doit être recherchée dans le rôle qui est dévolu aux veines dites perforantes ou communicantes.

La bonne opération est celle qui se propose l'ablation aussi complète que possible des lésions et de plus la recherche attentive et la ligature des communicantes qui ont contribué à créer ces lésions.

Cette opération est d'ailleurs bénigne quand elle est pratiquée correctement après une préparation rationnelle des téguments, surtout dans les points où ceux-ci sont malades ou risquent d'être encore infectés après avoir été ulcérés.

« Pendant plus de trente années, nous avons appliqué notre méthode à plus d'un millier de cas de varices essentielles ; les unes simples, mais souvent de gros volume et de caractères sérieux, les autres compliquées d'hémorragies, de phlébites ou d'ulcères.

Nous avons pu revoir, à plus ou moins longue échéance de nos interventions, un grand nombre de nos opérés, souvent après dix ans, quinze ans, vingt ans même.

Et sur cet ensemble de faits, nous pouvons affirmer, aujourd'hui comme dans le passé, toute la valeur thérapeutique de notre opération, en continuant à croire à la supériorité qu'elle possède, sur les autres moyens, quand il s'agit d'assurer la bonne et durable guérison des lésions souvent devenues graves et par lesquelles beaucoup de malades, souvent jeunes encore, ne sont déjà plus que des infirmes.

Pour y réussir, il s'agit seulement d'y acquérir un peu d'expérience, comme pour tout acte chirurgical d'une certaine importance. »

(P. Alglave. Le traitement des varices. *La Presse Médicale*, 12 juin 1935.)

Tuberculose

La typho-bacillose constitue-t-elle, comme l'a avancé Landouzy, une nouvelle forme de tuberculose aiguë, qui s'ajoute aux autres formes, la pneumonie caséeuse et la tuberculose miliaire ? — Les constatations apportées par les méthodes nouvelles d'investigation dont nous disposons s'opposent à ce que la typho-bacillose soit considérée comme un état typhoïde sans localisation viscérale et comme une troisième forme de tuberculose aiguë, à côté de la tuberculose miliaire et de la pneumonie caséeuse ; elle apparaît comme un syndrome, qui, du point de vue clinique, ressortit aux formes typhoïdes de l'infection tuberculeuse et du point de vue anatomique répond à des localisations variées de tuberculose.

Si on veut lui conserver son individualité, on peut réserver cette dénomination aux cas où un état fébrile d'allure typhoïde est l'expression de la primo-infection bacillaire, qu'elle survienne chez le nourrisson, l'enfant ou l'adulte. Son évolution, comme l'avait si justement constaté Landouzy, comporte trois périodes, une période fébrile, de primo-infection, une période de rémission et enfin la période de lésions pulmonaires ou extra pulmonaires. Fréquemment ces périodes, à l'inverse de ce que l'on constate dans la marche de la tuberculose habituelle, peuvent s'intriquer, ou présenter une évolution « en raccourci » dont le pronostic est plus sévère.

Le démembrement de la typho bacillose ne saurait porter atteinte à la sagacité du sens clinique de Landouzy qui a donné de ce syndrome une description magistrale et l'a nettement différencié de la dothiénentérie, à une époque où n'existaient ni séro-diagnostic typhique, ni hémoculture, ni radiologie, ni cuti réaction tuberculinique.

(G. Poix, R. Azoulay et Brandy. Conception actuelle de la typho-bacillose. *La Presse Médicale*, 20 juillet 1935.)

La thoracoplastie itérative est une intervention longue et difficile, exigeant, pour n'être pas dangereuse, beaucoup de soins et de patience. Elle est dans certains cas le seul et dernier moyen dont on dispose pour obtenir une guérison totale et durable. Encore faut-il — surtout dans les thoracoplasties itératives pour tuberculose pulmonaire — étudier longuement ses indications pour ne pas risquer de faire plus mal en voulant faire mieux.

(P. Dreyfus. — Le foyer. Les thoracoplasties itératives. *La Presse Médicale*, 21 septembre 1935.)

S'il ne vient pas à l'idée de personne de classer la tuberculose dans le groupe des maladies toxiques, on comprend que l'on ait regret à la faire figurer parmi les maladies virulentes. Avec quelques autres affections, elle réalise le plus souvent, autant par la qualité des protéines qu'elle libère que par leur faible quantité, un état anaphylactique, qui est, non seulement l'élément le plus important de l'allergie tuberculeuse, mais qui, encore, conditionne toutes les lésions de la tuberculose maladie au cours de son évolution.

(R. Pons. Pourquoi l'infection tuberculeuse est elle allergisante et n'est-elle pas vaccinante. *La Presse Médicale*, 21 septembre 1935.)

Le problème de la bacillurie tuberculeuse sans lésions apparentes de l'appareil urinaire est toujours très discuté. Même étudiée chez les phtisiques, la bacillurie tuberculeuse est envisagée par les uns comme d'une fréquence extrême, par les autres comme un processus d'exception.

Il a paru intéressant de reprendre cette question sur un terrain nouveau, de rechercher si des malades atteints d'infections aiguës non tuberculeuses peuvent éliminer du virus tuberculeux par leurs urines.

Voici les conclusions de ces recherches expérimentales et cliniques :

I. — Au cours d'infections aiguës non tuberculeuses, on peut observer l'élimination du virus tuberculeux par les urines, grâce à la méthode de l'extrait acétonique de bacilles de Koch (21,4 pour 100 de la statistique).

II. — Ce virus, hébergé dans l'organisme d'une manière occulte, ne peut être révélé que par une cuti-réaction positive. Aucun processus évolutif tuberculeux n'accompagne cette bacillurie.

III. — Le virus tuberculeux isolé des urines ne s'est pas comporté d'emblée, vis-à-vis des animaux d'expériences, comme le bacille de Koch classique :

Trois souches à colonies rugueuses se sont montrées, au moment de leur isolement, pathogènes non seulement pour le cobaye, mais aussi pour le lapin. Après plusieurs réensemencements, ces propriétés pathogènes pour le lapin ont disparu et ces bacilles se sont comportés comme des bacilles humains typiques.

IV. — Cette élimination de virus tuberculeux par les urines n'a été rendue possible, deux fois sur trois, que grâce à des lésions temporaires de pyélonéphrite provoquée par la maladie aiguë, en l'espèce la dothiénentérie.

V. — Cette bacillurie a été transitoire, car elle n'a pas pu être mise en évidence par la même méthode six mois et deux ans et demi après la première épreuve chez deux de ces malades entièrement guéris.

(L. Nègre et Jean Troisier. Élimination du virus tuberculeux par l'urine au cours d'infections aiguës non tuberculeuses. *La Presse Médicale*, 9 novembre 1935.)

Voies urinaires

Une méthode de dilatation des rétrécissements de l'urètre, appelée méthode de la bougie à demeure par son auteur, diffère en ceci des procédés classiques : alors que la plupart des urologues se contentent de laisser en place la bougie dilatatrice pendant quelques minutes seulement, dans la méthode de la bougie à demeure, cette dernière est laissée en place vingt-quatre ou quarante-huit heures.

La technique de cette méthode, basée sur le contact doux et prolongé de la bougie avec les parois urétrales, est très simple.

On introduit tous les jours des bougies, progressivement de plus en plus grosses, et on les laisse à demeure. Lorsqu'on

arrive au dernier numéro qui peut entrer *sans frottement*, pour ne pas cesser brusquement la dilatation, on introduit ce dernier numéro tous les deux jours, puis tous les trois jours, à cinq ou six reprises, en les laissant en place, chaque fois une heure seulement.

Mais une condition est *indispensable* pour que cette méthode donne de bons résultats, c'est de n'user d'aucune violence pendant le cathétérisme. Il faut que la bougie entre aisément et sans aucun frottement. Le malade pourra alors uriner facilement autour de la bougie et tolérer cette dernière sans la moindre douleur. Il pourra même marcher quelque peu avec elle.

Cette méthode a une double action, biologique surtout et mécanique accessoirement ; elle provoque la distension et le déplissement de l'urètre rétréci ; elle détermine aussi le relâchement des parois urétrales, l'hypersécrétion des glandes, le ramollissement des rétrécissements et la phagocytose plus ou moins intense du tissu fibreux et des produits septiques.

Enfin, le jet d'urine qui passe, pendant la miction entre la bougie et les parois urétrales, provoque, d'une part, une dilatation nouvelle, hydraulique et biologique, répétée plusieurs fois dans la journée et durant environ une minute chaque fois. Il fait, d'autre part, un lavage du canal urétral, qui est balayé à répétition pendant le nycthémère et débarrassé des sécrétions glandulaires et de tous les tissus nécrotiques. C'est pour cela que le séjour de la bougie pendant vingt ou trente jours ne provoque jamais d'irritation de l'urètre, comme par la sonde à demeure. L'on n'observe jamais les accidents septiques, locaux, à distance ou généraux de la sonde à demeure.

Elle est indiquée surtout pour les rétrécissements blennorragiques filiformes et pour certains rétrécissements traumatiques.

(Professeur Sp. Œconomos (Athènes). La dilatation des rétrécissements urétraux par les bougies à demeure. *La Presse Médicale*, 12 octobre 1935.)

Quelques remarques sur trois méthodes récentes de diagnostic et de traitement de la blennorragie. — *Spermoculture.* — Mal faite, elle ne montre pas de gonocoques lorsqu'il y en a (mauvais milieu de culture) et montre des gonocoques lorsqu'il n'y en a pas (pseudo-gonocoques poussant sur de mauvais milieux).

Bien faite, avec d'excellents milieux et élimination soigneuse des pseudo-gonocoques, la spermoculture a une grosse valeur, puisqu'elle révèle environ 5 p. 100 de gonocoques qu'aucun autre examen n'avait mis en évidence. Ce chiffre de 5 p. 100 correspond à la clinique.

Une spermoculture négative n'est pas un critérium absolu de guérison.

Vaccinothérapie appliquée. — Appliquée seule au traitement de blennorragie, elle donne exceptionnellement des résultats satisfaisants.

Dans 80 p. 100 des cas aigus elle se montre absolument inefficace :

— Elle ne tarit pas l'écoulement ;
— Elle n'empêche pas le développement des gonocoques ;
— Elle n'empêche pas les complications ;
— Les malades non guéris par les vaccins (80 p. 100) et soumis ensuite aux lavages ne semblent pas tirer profit de leur vaccination préalable ;
— La vaccinothérapie est complètement inefficace contre les repaires gonococciques : littrites, faux canaux, diverticules ;
— L'efficacité du vaccin est très douteuse sur les complications de la blennorragie ;
— L'action du vaccin paraît être en rapport direct avec le choc qu'il produit et sans tenir compte de sa spécificité.

Les vaccins antigonocciques seront utilisés avec modération. On ne peut les considérer que comme les adjuvants des traitements locaux.

Chimiothérapie. — La chimiothérapie complexe gonacrine-santal ou gonacrine-bleu de méthylène apparaît à l'auteur comme le traitement de choix des urétrites suraiguës chez l'homme et chez la femme. Voici la technique :

Gonacrine : deux à trois injections (de 5 centimètres cubes, solution à 2 p. 100) par semaine.

Santalol : huit à dix capsules de 0 gr. 20 par jour par voie buccale (sous forme d'Eumictine par exemple).

ou

Bleu de méthylène : quatre pilules de 2 centigrammes par voie buccale et par jour.

Cette chimiothérapie complexe, gonacrine-santol ou gonacrine-bleu, est nettement plus active que chacun de ses composants pris séparément. Elle permet d'espacer les injections d'acridine : dans cet intervalle où l'élimination de l'acridine abaisse son taux, l'élimination du médicament pris par voie buccale continue régulièrement. Un certain nombre de cas ont guéri complètement, par cette seule méthode, en vingt-cinq jours environ (sept à dix injections de gonacrine).

L'acuité atténuée, les grands lavages reprennent tous leurs droits.

(Pierre Barbellion. La blennorragie. Mtéhodes récentes de diagnostic et de traitement. *Paris Médical*, 14 septembre 1935).

Psychiatrie

A l'asile des aliénés, on observe trois variétés de malades : les aigus, les périodiques, les chroniques. Ne pourrait-on pas classer les malades sous ces trois chefs ? — Si une telle manière de voir était adoptée, on pourrait arriver a réaliser un tableau spécial et assez précis pour une statisque générale des maladies mentales :

AIGUS : 1° délire, 2° confusion mentale ; 3° manie ; 4° asthénie ; 5° autres syndromes.

PÉRIODIQUES : 1° Manie périodique ; 2° asthénie périodique ; 3° asthénie et manie périodiques.

CHRONIQUES : 1° délires ; typiques hallucinatoires ; atypiques hallucinatoires ; sans hallucinations : 2° démence précoce ; 3° paralysie générale ; 4° autres démences ; 5° idiotie, imbécillité, débilité mentale avec incapacité de se diriger ; 6° épilepsie avec troubles mentaux chroniques ; 7° asthénie chronique séquelle ; 8° autres affections.

(R. Benon. Statistique et pathologie mentale. *Le Bulletin Médical*, 9 novembre 1935.)

Chirurgie expérimentale

Chez dix sept chiens, une dérivation biliaire totale, par anastomose cholédoco-urétrale, ou vésiculo-vésicale a été réalisée : les effets sur trois glandes à sécrétion interne — thyroïdes, parathyroïdes, surrénales — ont été étudiés après des temps variant de trois jours à un an. — Les lobes thyroïdiens augmentent de volume. A l'examen histologique, on trouve l'agrandissement des vésicules où s'accumule une grande quantité de colloïde foncée, l'aplatissement des cellules épithéliales. En somme, il y a des signes d'hypofonction thyroïdienne.

Les parathyroïdes présentent une hypertrophie macroscopique considérable. Histologiquement, il y a de l'œdème entre les cordons cellulaires et les septa conjonctifs, de l'hyperplasie, avec cellules parenchymateuses très volumineuses renfermant de gros noyaux. Les capillaires sont dilatés, les lipoïdes absents. Il s'agit vraisemblablement d'hyperfonction.

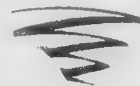
Les surrénales augmentent modérément de volume. La corticale présente une énorme quantité de spongiocytes, la médullaire est très congestionnée.

Si l'on fait la réimplantation du cholédoque dans l'intestin, on observe après trois semaines le retour de la thyroïde à la normale, avec signes de très grande activité (cellules très grandes, colloïde claire presque absente), alors que les parathyroïdes présentent les mêmes signes d'hyperfonction qu'antérieurement et que les surrénales montrent les mêmes images histologiques que pendant la dérivation prolongée.

Chez cinq chiens, il a été ajouté à la dérivation biliaire une thyro-parathyroïdectomie partielle. Un seul chien de cette série a souffert de tétanie avec hypocalcémie, alors que les quatre autres n'ont présenté aucun signe de déficience parathyroïdienne. Apparemment, l'hypertrophie parathyroïdienne n'est pas indispensable au maintien du taux calcique du sérum.

Deux observations rapportees par les auteurs montrent que la clinique reproduit les faits expérimentaux.

(R. Leriche et Adolphe Jung. Des modifications de quelque glandes à sécrétion interne : parathyroides, thyroïde, surrénales consécutivement à la dérivation biliaire expérimentale. Conséquence cliniques de ces modifications. *La Presse Médicale*, 16 novembre 1935.)



SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 janvier 1936

M. SIREDEY, président sortant, rappelle dans son discours les travaux de l'Académie pendant l'année 1935, et fait une allusion à la création de l'Académie de Chirurgie :

« Un certain nombre de nos collègues ont été émus, comme moi, d'une innovation qui nous a causé quelque surprise : la création d'une Académie de Chirurgie. Assurément, le titre d'académicien ne perd rien de son prestige ; il exerce une incontestable attraction sur beaucoup de nos contemporains, si l'on en juge d'après le nombre, sans cesse croissant, des Académies de tout genre qui surgissent à notre époque, et cette considération est flatteuse pour nous.

« Mais, après avoir entendu, en 1920, lors de la célébration du centenaire de l'Académie de Médecine, plusieurs orateurs appartenant à des milieux très variés, nous démontrer de la façon la plus saisissante, que la fusion des chirurgiens, des médecins unis à des chimistes, à des physiciens et à des physiologistes consacrait, pour la science médicale dans son ensemble, un progrès décisif, une organisation désormais inaltérable, on comprend assez mal ce qui se passe.

« D'autres sections de l'Académie vont-elles suivre le mouvement ? Allons-nous assister à un émiettement des divers groupements scientifiques, dont la réunion intime semblait assurer les meilleures garanties pour la santé publique? Jamais la collaboration des médecins, des chirurgiens et des biologistes n'a été plus étroite, plus nécessaire qu'à l'heure actuelle.

« Je ne connais pas assez les détails de la campagne qui vient d'avoir lieu, pour en pressentir les conséquences. Mais il est peut-être permis de regretter qu'une entente préalable n'ait pas précédé cette solution, qui a provoqué quelque émotion même au delà de notre monde médical. Il est à souhaiter que quelques explications dissipent prochainement ces incertitudes. »

La division des airs. Examen fonctionnel des poumons supurés. — *MM. F. Bezançon, Paul Braun, A. Soulas, Guillaumin, M. Cachin.* — La pratique de plus en plus repandue du pneumothorax thérapeutique simple ou bilatéral, mais surtout celle de la thoracoplastie extra-pleurale, implique une évaluation aussi précise que possible de la fonction respiratoire des poumons séparés. Les progrès de la bronchoscopie permettent à l'heure actuelle de faire la séparation des airs, comme on fait la séparation des urines et de pratiquer l'examen comparatif fonctionnel des poumons comme on fait, grâce au cathétérisme des uretères, l'examen fonctionnel de chacun des reins.

La première application de la bronchoscopie à la division des airs est due à Jacobaeus, de Stockholm, qui se sert d'un bronchoscope double à l'extrémité distale duquel est adaptée une manchette en caoutchouc et, à l'autre extrémité, un spiromètre double.

M. Bezançon a utilisé dans les grandes lignes la technique de Jacobaeus, en cherchant à la simplifier et surtout à réduire le plus possible le traumatisme respiratoire. Dans ce but, il emploie le bronchoscope « Standard » de Chevalier Jackson, sans avoir besoin d'en augmenter le calibre ; il a préféré ne pas recourir au cathétérisme simultané pratiqué par Jacobaeus pour éviter l'emploi d'un instrument de gros calibre traumatisant ; et il a procédé au cathétérisme successif des deux côtés ; dans toutes ses observations, il n'a eu aucun incident opératoire, pas même d'élévation de la température.

Le bronchoscope introduit, selon la technique habituelle, on gonfle, avec une poire adaptée à un manomètre, la baudruche située à l'extrémité distale et on bloque la bronche. L'air doit donc suivre la voie du bronchoscope, et il est recueilli dans un ballon, grâce à un tube en verre, en forme d'Y, sur lequel sont fixées deux soupapes à très large débit. On peut ainsi, par une simplification extrême de la technique, éviter l'emploi d'un spiromètre, mesurer la ventilation pulmonaire sur le remplissage du ballon de caoutchouc, et faire ensuite la recherche du quotient respiratoire, selon la technique usitée pour la recherche du métabolisme basal.

M. Bezançon et ses collaborateurs ont pu pratiquer ainsi la séparation des airs dans 30 cas, dont 26 cas de tuberculose pulmonaire.

Dans les cas où l'on peut prévoir cliniquement la suppression fonctionnelle du poumon, comme dans le cas de pneumothorax effectif et de lésions étendues du poumon, on trouve des différences considérables entre les données comparatives des deux poumons. On peut donc inversement en conclure, dans les cas où les différences données par les chiffres sont importantes, au fonctionnement différent des deux poumons.

Dans cette première communication, M. Bezançon et ses collaborateurs ont voulu, confirmant les résultats obtenus par Jacobaeus, simplifiant la technique de celui ci, montrer qu'il est dorénavant possible en pratique clinique de pratiquer la division des airs ; des perfectionnements nouveaux en technique bronchoscopique devant rendre encore plus pratique l'examen fonctionnel et, d'autre part, le nombre de plus en plus grand des observations devant permettre de préciser l'importance des résultats.

Les contagions hospitalières. Les modes de transmission de la rougeole. — *MM. P. Armand-Delille, Ch. Lestocquoy* et *J.-L. Herrenschmidt* ont étudié les conditions de transmission des maladies contagieuses dans les services d'hôpitaux d'enfants munis de box individuels, mais dont les cloisons ne s'élèvent qu'à mi-hauteur de la salle.

Dans le service des douteux de l'hôpital des Enfants-Malades, ainsi disposé, ils ont pu, grâce aux précautions rigoureuses imposées au personnel (changement de blouses, port de gants et de masque) éviter les contagions qui se font indirectement, ainsi que les infections à contage strictement direct.

C'est ainsi que dans l'espace de dix-huit mois, et avec un mouvement de 1.329 malades, ils n'ont eu aucun cas de contagion de coqueluche pour 82 entrées, aucun cas d'oreillons pour 12 entrées, 4 cas seulement de diphtérie pour 164 entrées et 4 cas de scarlatine pour 132 entrées.

Par contre, ils ont noté une forte proportion de contagion intérieure, non seulement pour la varicelle, 31 cas pour 49 entrées, mais également pour la rougeole : 58 cas pour 170 entrées.

Ils avaient observé des transmissions analogues à l'hôpital Hérold, pourvu de box individuels de même disposition (incomplètement fermés).

Ils concluent tout d'abord que la rougeole peut être transmise aux bons voisins par l'air chargé de particules de mucus mises en suspension par la toux ou l'éternuement : en effet, en fermant certains box au moyen de toits de tarlatane, ils ont pu éviter ces contagions intérieures.

Par conséquent, ils préconisent pour les salles des hôpitaux d'enfants des box individuels entièrement fermés, munis d'une antichambre à tambour et possédant leur aération particulière sur l'extérieur, leurs lavabo et vidoir et leur chauffage individuel.

La répétition des cas de tumeurs malignes dans une même famille. — Etudiant le problème de l'hérédité du cancer et l'argument tiré de la répétition des cas dans une même famille, *M. Auguste Lumière* estime qu'on ne peut pas affirmer que les exemples cités dans la littérature médicale correspondent à autre chose qu'à des coïncidences. Pour donner une réponse ferme à la question, il est indispensable de dresser des statistiques bien contrôlées portant sur un graud nombre de familles de même composition numérique et d'examiner si les fréquences des répétitions dépassent celles que donne le calcul des probabilités.

Un procédé de conservation des jus de fruits. — *MM. Mazé* et *H. de Rothschild.* — Ce procédé est basé essentiellement sur deux chauffages des jus, en flacons privés d'air par le vide, à une température modérée ne dépassant pas 70°.

Il obvie à nombre d'inconvénients que comporte la conservation industrielle des jus de fruits. Il respecte les vitamines, et en particulier la vitamine C, mises par le vide à l'abri d'une oxydation qui les détruirait plus ou moins vite. Il conserve la valeur nutritive, le pouvoir laxatif et par conséquent, toutes les propriétés des fruits naturels et frais.

Les qualités gustatives et aromatiques recherchées par les gourmets demeurent intactes ; les jus traités gagnent souvent en moelleux et perdent en partie l'âpreté des jus non chauffés.

Rôle hygiénique des aromates. — *M. Maurice Boiget.* — Le poivre, moutarde, les pickles brûlants sont les remplaçants modernes et industrialisés des aromates. Ceux-ci devraient, au contraire, se substituer aux premiers, reparaître sur toutes les tables et devenir d'un emploi général.

Ils ont une double action : antifermentescible et sécrétrice.

Ils répondent à une foule d'indications thérapeutiques, notamment dans les cas de flatulence et d'anorexie. Leur usage a le mérite d'avoir été sanctionné par le long usage des siècles. La « poudre royale » que la Faculté de Paris avait minutieusement étudiée et mise au point à la demande de Fagon, et dont Louis XIV usait dans les dernières années de sa vie, pour saupoudrer ses mets, était célèbre.

Il serait opportun de tirer de l'oubli les aromates.

La mortalité post-opératoire peut être abaissée. Traitement et prophylaxie des accidents toxiques post-opératoires. — *M. Max Lévy* insiste sur la persistance des accidents post-opératoires malgré tous les progrès de la chirurgie : ils sont liés à une véritable toxémie accompagnée d'hypochlorémie. La prophylaxie en est possible, grâce à la chloruration post-opératoire systématique sous le contrôle quotidien du laboratoire.

Prophylaxie des complications broncho-pulmonaires de la coqueluche et de la rougeole en milieu hospitalier. — *M. Chevrel.*

Séance du 14 janvier 1936

L'exercice de la médecine vétérinaire. — « *L'Académie de médecine, sur la proposition de sa section de médecine vétérinaire,*

« *Considère qu'à tous égards, et pour les motifs exposés dans le présent rapport, il est d'intérêt public de réserver aux seuls vétérinaires et docteurs vétérinaires, l'exercice de la médecine vétérinaire dans les conditions stipulées par le projet de loi envisagé.* »

Cette résolution mise aux voix est adoptée à l'unanimité.

La « réaction du cancer » d'Aron. — *M. Béclère*, au nom de *MM. Stoltz, Aron, Weiss* et *Kuntzmann*, apporte le résultat de recherches sur la valeur théorique et pratique de la réaction du cancer d'Aron. Cette technique nouvelle est destinée à mettre en évidence un principe contenu dans l'urine des cancéreux. Elle est douée de la propriété de provoquer des modifications du cortex surrénal. Les auteurs apportent des statistiques qui montrent que la technique est passible d'être améliorée. Elles autorisent l'espoir que du plan théorique, il sera ultérieurement permis de passer à celui des applications pratiques.

Fréquence de la paralysie générale chez l'indigène de Cochinchine. — *M. Derolle.* — Contrairement à la notion traditionnelle, des recherches récentes ont montré la fréquence de la syphilis nerveuse latente et du tabès chez l'indigène de Cochinchine (Montel, Motais, Tung). L'auteur montre que le dépistage de la paralysie générale dans un service spécialisé, prouve la fréquence de cette maladie chez l'indigène : 27 cas en dix-huit mois sur 298 malades mentaux.

Le diagnostic est appuyé dans tous les cas par les réactions biologiques qui confirment les symptômes psychiques et neurologique. La paralysie générale évolue dans la très grande majorité des cas chez des sujets non traités antérieurement, impaludés naturellement, soumis à l'action continue des rayons solaires et des infections cutanées, exempts de tout surmenage intellectuel, ce qui contredit les théories émises sur le rôle des traitements insuffisants, de l'infection palustre, de l'allergie cutanée, du surmenage intellectuel, dans la détermination neurotropique du virus.

Une nouvelle conception de la régulation de la pression artérielle. — *M. le Professeur Pouchet* expose les résultats des expériences de *M. Raymond Hamet*, qui montrent qu'il suffit d'augmenter le tonus du système nerveux sympathique pour qu'une injection d'adrénaline abaisse la pression artérielle au lieu de l'augmenter comme elle le fait normalement. L'auteur admet l'existence d'une régulation humorale de la pression artérielle, les capsules surrénales pouvant provoquer par une augmentation appropriée de leur sécrétion, soit l'abaissement d'une pression excessive, soit la hausse d'une pression insuffisante.

L'alimentation dans le monde et la Société des Nations. — *M. Lapicque.*

Ostéoporose tibio-tarsienne rhumatismale et radiothérapie paravertébrale dorso-lombaire. — *MM. Gaudier* et *Desplats.*

Un cas d'actinomycose vertébrale primaire due à un actinomyces nouveau. — *MM. A.* et *R. Sartory* et *J. Meyer.*

L'optimum thermique et le développement des jeunes mammifères. — *M. Baccino.*

Séance du 21 janvier 1936

Coup d'œil sur la dermatologie après le Congrès de Budapest. — *M. J. Darier* constate le succès éclatant qu'a remporté le *IXe Congrès international de Dermatologie* qui s'est réuni à Budapest en septembre dernier sous la présidence du Professeur Nékam. A cette occasion et à celle de la publication du volume de *Dermatologie générale*, dont il est l'auteur avec MM. Civatte, Tzanck et Flandin, formant le tome Ier de la « Nouvelle Pratique dermatologique » éditée par MM. Masson et Cie. Il expose l'état actuel de la dermatologie ; il envisage les principes, les progrès, les tendances modernes et montre son rôle en pathologie générale.

Dans l'historique qui lui avait été demandé pour le Congrès il a fait ressortir que ses acquisitions et ses progrès dérivent de trois points de vue : du *morphologisme* clinique et histologique qui a déterminé les types morbides, mais leur catalogue ne constitue pas une science ; de l'*étiologisme* auquel la bactériologie due au génie de Pasteur a apporté des bases expérimentales solides mais qui ne peut pas servir tout uniquement à une classification satisfaisante. Une cause peut en effet avoir des résultats différents selon le sujet et les conditions (anaphylaxie, allergies, réactions d'intolérance) et un même aspect peut résulter de causes diverses. Cette antinomie prouve l'intervention du terrain en pathologie, c'est-à dire le rôle de l'organisme vivant. Celui-ci peut être intolérant (par idiosyncrasie innée ou par sensibilisation acquise) vis-à-vis d'un agent toléré par l'immense majorité des sujets de même espèce. Ces considérations ont imposé le point de vue du *biologisme* moderne.

L'intolérance, ainsi que mon collaborateur Tzanck l'a mis en lumière depuis plus de quinze ans, diffère fondamentalement de l'intoxication, laquelle est imposée, subie et dont les effets sont proportionnels à la dose ou à l'intensité du poison ; elle est au contraire individuelle ou collective et ses réactions ne sont pas strictement correspondantes à la dose ou à l'intensité la nature de l'agent « réactogène » ; ses réactions représentent un phénomène essentiellement vital.

Il est irrationnel qu'en dermatologie, et d'ailleurs dans la pathologie tout entière, on ne tienne pas compte assez de la vie de l'organisme et par conséquent du phénomène de l'intolérance qui en est la manifestation la plus significative.

Pour l'intelligence et la classification des types morbides la morphologie anatomo-clinique ne suffit pas, mais elle a sa place, particulièrement apparente à la peau. La notion de la cause est parfois décisive (étiologiques) mais souvent la cause apparente ne joue que le rôle d'occasion ou d'agent de déclenchement. On doit considérer selon les auteurs de la récente dermatologie générale que les « apparences ou syndromes résultent soit : *a*) de lésions imposées *ou accidents*, soit *b*) de *réactions* d'intolérance, soit enfin *c*) consistent en *dystrophies* paraissant indépendantes de toute cause nocive actuelle. Souvent ces trois mécanismes interviennent concurremment. Il y a importance à en faire la discrimination par un diagnostic analytique, tant pour la nosographie qu'en vue de la thérapeutique.

Cette conception ou manière de voir que par abréviation on peut appeler « doctrine biologique » est valable non pour la dermatologie seulement, mais pour la pathologie dans son ensemble.

La dermatologie peut donc être fière d'avoir par son orientation biologique conduit à reconstituer l'ancienne unité de la médecine que ses spécialisations nombreuses tendaient à morceler.

Téléræntgenthérapie à doses faibles et prolongées des cancers généralisés. — *M. Lucien Mallet.* — Le traitement des généralisations cancéreuses par les rayons X était considéré jusqu'ici comme difficile à exécuter par suite des accidents généraux et sanguins.

Depuis quelques années la pratique de la téléræntgenthérapie totale de tout l'organisme pour des affections telles que les leucémies et la lymphogranulomatose, a montré à l'auteur qu'avec des doses très faibles on obtenait souvent des régressions et des améliorations surprenantes.

Averti de ces notions l'auteur a essayé de traiter des cancers

généralisés dont la radio-résistance est considérée comme beaucoup plus grande. Il a donc entrepris le traitement des des malades qui présentaient soit des cancers avec adénopathies multiples ou infiltrations viscérales, soit des propagations aux poumons et surtout au système osseux, à l'aide de champs d'irradiation extrêmement larges.

Ces irradiations pratiquées à grandes distances (1 à 2 mètres) en radiothérapie profonde de 200 kilowolts, tous les jours, plusieurs heures par jour et pendant des mois, chaque dose journalière se trouvant extrêmement petite grâce à la distance, ont permis à l'auteur d'améliorer dans des conditions non rencontrées jusqu'ici, des malades qui jusqu'alors étaient considérées comme vouées à une fin rapide et au traitement palliatif purement médical, et d'envisager dès maintenant le traitement par cette méthode, de certains cancers à leur phase de début, difficilement traitables par la chirurgie.

Les déplacements et déformations de la pupille après l'extraction totale de la cataracte. — *M. de Saint-Martin.* — Ils ne constituent pas, comme certains l'ont prétendu, une complication spéciale à cette méthode opératoire. Ils sont la conséquence d'accidents survenus soit en cours d'opération, soit lors des suites opératoires. L'auteur qui en fait une description détaillée dans un récent rapport à la Société française d'Ophtalmologie leur attribue deux causes principales : la rupture de la membrane hyaloïde, avec issue du vitré hors de l'œil ou seulement dans la chambre antérieure et les retards de cicatrisation de la plaie. Dans le premier cas la déformation pupillaire est presque fatale et la pupille a été laissée ronde, très fréquente si une iridectomie totale a été pratiquée. Dans le second cas le processus résulte d'adhérences contractées entre la face antérieure de l'iris et la face postérieure de la cornée restées trop longtemps au contact l'une de l'autre.

La prophylaxie consiste dans l'exécution très correcte de tous les temps opératoires, rendue elle-même plus facile par la mise en œuvre des procédés « de sécurité » préconisés ces dernières années : paralysie de l'orbiculaire, hypotonie et immobilité oculaires obtenues par injection rétro-bulbaire de novocaïne adrénaline, paralysie du droit supérieur, suppression du pansement remplacé par un masque métallique.

Ils doivent donc devenir d'observation de plus en plus rare et ne sauraient diminuer les mérites de la nouvelle opération.

Méningite à streptocoques hémolytiques, d'origine otitique, traitée par le sérum de H. Vincent. Guérison. — *MM. Hamon* et *Bolzinger.* — Il a été publié jusqu'ici un certain nombre d'observations de méningite aiguë ou de méningo-encéphalite à streptocoques, guéries par la sérothérapie. Le malade que nous avons observé paraît être le huitième cas connu de guérison semblable.

A la suite d'une otite suppurée droite est apparue un syndrome de méningite aiguë d'une extrême gravité. D'abord négatives, les réactions cytologiques, chimiques, biologiques et bactériologiques du liquide céphalo-rachidien sont devenues rapidement positives avec polynucléose, forte proportion d'albumine (1 gr. 70), abaissement du glucose, présence abondante du streptocoque hémolytique.

L'état du malade paraît désespéré : nuque « soudée », fièvre élevée, coma, délire, incontinence des matières, langue rôtie, etc. La malade a été traité par les injections simultanées de sérum dans la cavité rachidienne et dans la veine.

Au cinquième jour du traitement méningé, le coma a disparu et le liquide céphalo-rachidien était devenu stérile.

Une mastoïdite aiguë apparue au cours de la méningite a guéri rapidement par la mastoïdectomie et la sérothérapie intraveineuse.

Il nous peraît que, dans les méningites à streptocoques, le sérum doit être injecté simultanément dans la cavité rachidienne et dans la veine.

Streptococcémie post-morbilleuse compliquée de congestion pulmonaire bilatérale, de phlébite et d'oto-mastoïdite aiguë. Guérison rapide par le sérum anti-streptococcique de H. Vincent. — *M. R. Sohier.* — Il s'agit d'un malade qui, au cours d'une rougeole sevère, a présenté des symptômes septicémiques accompagnés de congestion pulmonaire double (matité, souffle tubaire, râles sous-crépitants, etc.) avec céphalée violente, agitation, délire, puis phlébite importante du membre inférieur droit. Otite moyenne, suppurée gauche, mastoïdite. Prostration profonde, température élevée, polypnée, cyanose persistante, oligurie, légère raideur de la nuque. Le chirurgien consulte refuse d'opérer la mastoïdite, tant est grave l'état du malade ; il craint de voir celui-ci succomber sur la table d'opération. La marche des symptômes infectieux a été extrêmement rapide.

Une première hémoculture faite au début de la maladie, ainsi qu'un examen du liquide rachidien, d'abord négatifs, sont renouvelés le lendemain. L'hémoculture révèle, cette fois, la présence du *streptocoque hémolytique*.

La sérothérapie est commencée aussitôt, amenant une rémission de la fièvre, puis la cessation du délire et de l'adynamie. Les jours suivants on note une diurèse abondante, la disparition des complications pulmonaires, la chute de la fièvre. L'état de l'oreille et de la mastoïdite s'amende simultanément.

Au quatrième jour du traitement sérothérapique, le malade commençait à s'alimenter normalement.

La guerison de cette septicémie très grave a été rapide et complète. Le malade a conservé pendant quelque temps un peu de lourdeur du membre consécutive à sa phlébite.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Ulcère de l'estomac et hérédité

A la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (oct. 1935) MM. Mandillon, Beauvieux et Goumain ont rapporté un cas de maladie de Cruveilhier familiale. Il s'agit d'un Espagnol atteint d'ulcère gastrique perforé, dont le frère et le père ont été opérés le premier en 1934, le second il y a une dizaine d'années pour ulcère de l'estomac. Le grand-père maternel est mort d'une affection gastrique indéterminée et la sœur souffre à l'heure actuelle de l'estomac.

Sans considérer l'ulcère comme une maladie à proprement parler héréditaire, les auteurs insistent sur l'importance des tares de constitution transmissibles, en particulier sur les troubles de l'équilibre vago-sympathique.

Phlébite du membre supérieur à la suite d'une injection intra-veineuse d'alcool

Une observation rapportée par M. M. de Vernéjoul, M. Audier et A. Picaud, à la Société de médecine de Marseille (27 nov. 1935) montre la nécessité qu'il y a d'être prudent dans la thérapeutique intra veineuse chez les malades présentant un foyer infectieux persistant.

Un malade atteint de chondrite typhique fait une congestion pulmonaire post-opératoire. On pratique des injections intraveineuses d'alcool. Après la troisième injection, strictement endo-veineuse, apparition de douleurs localisées le long d'un cordon veineux du bras. Ultérieurement développement d'un œdème considérable du bras.

Le Test d'Aldrich et Mac Clure fut positif. Des séquelles vaso-motrices importantes persistèrent.

L'atonie générale et son pronostic

En présence d'une rétention vésicale, on a actuellement trop facilement tendance, dit M. O. Pasteau (*XXXVe Cong. de l'A. Fr. d'Uro.*), a pratiqué d'emblée une cystotomie d'emblée, sans chercher à établir le pronostic de cette rétention qui, dans beaucoup de cas, peut disparaître, et définitivement, à la suite d'un traitement par cathétérisme. Un signe est susceptible de donner des indications sur la conduite à tenir. Il s'agit de l'étude de l'atonie vésicale par l'examen de l'urine par la sonde, on peut admettre que les cathétérismes resteront insuffisants si après un essai d'une durée convenable il reste impossible de relever le niveau du pavillon de la sonde pour obtenir l'écoulement de l'urine vésicale.

Papillomatose du larynx

M. Tarneaud (*S. d'O. R. L. de Paris*, 20 juin 1935), a pu suivre pendant vingt ans une malade atteinte de papillomes récidivants du larynx. Trachéotomisée d'urgence en 1916, elle fut depuis opérée par voie endolaryngée à diverses reprises. Depuis 1920, la médication magnésienne, seule employée et toujours continuée, a donné d'intéressants résultats : état général excellent ; arrêt du développement des papillomes ; récupération d'une voix normale.

THERAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Les extraits lipidiques de rate dans l'eczéma infantile. — Les extraits lipidiques de rate (Soula) spécialisés sous le nom de Liposplénine du Docteur Groc étaient, jusqu'à ce jour, surtout utilisés en médecine infantile, dans les troubles douloureux dentaires ou dans les retards de dentition (Communication à la Société de thérapeutique, 8 février 1933) et dans les cas d'hypothrepsie, de rachitisme, de minéralisation défectueuse, de retards de croissances pondérale et staturale (Communication à la Société d'hématologie, 3 février 1932).

Une intéressante observation communiquée le 18 juin 1935 à la Société de pédiatrie de Paris et une communication à la Société de médecine infantile de Bordeaux et du Sud-Ouest (20 novembre 1935) tendent à démontrer qu'ils agissent, notamment sous forme de gouttes ou d'ampoules injectables, dans l'eczéma du nourrisson. Etant donné leur innocuité et leur facilité d'emploi, les extraits lipidiques de rate (Soula) *per os* méritent de prendre place dans l'arsenal thérapeutique des eczémas infantiles.

Du nouveau sur le dinitrophénol. — Au débat sur les dinitrophénols, Ph. Dally verse aujourd'hui (*Concours Médical*, 15 décembre 1935), une contribution pleine de mesure et de raison. C'est une mise au point exacte de la question telle qu'elle ressort des innombrables travaux parus dans ces derniers temps.

Après avoir revu rapidement les effets du dinitrophénol sur le métabolisme en général et les combustions organiques, la chute pondérale quasi-mathématique qui en résulte, l'auteur passe à l'étude des susceptibilités individuelles, de nature essentiellement allergiques, d'autres incidents mineurs (urticaire, périnévrites fugaces, etc.). Il étudie plus longuement les questions de l'agranulocytose et de la cataracte, et, d'emblée, souligne ce fait capital que de tels phénomènes ne sont apparus qu'aux Etats-Unis.

On a relevé aux Etats-Unis six cas d'agranulocytose imputables aux dérivés nitrés contre 166 cas imputables au pyramidon, ces six cas ont d'ailleurs guéri rapidement. Ni André Mayer sur les animaux, ni Tainter sur 170 malades, n'ont vu de tels faits, car ils se sont servis de produits purs ne contenant pas d'isomères qui, eux, sont nocifs pour le sang.

C'est à ces mêmes impuretés qu'on peut rattacher la série de cas de cataracte apparus au même endroit et à la même époque, toujours aux Etats-Unis, alors qu'ailleurs, en France en particulier, rien de tel n'a jamais été signalé. Bouchard et Charin avaient déjà produit la cataracte expérimentale chez le lapin avec le naphtalène : le dinitro*naphtol*, impureté du dinitrophénol, est la cause des cataractes observées aux Etats-Unis.

L'auteur a tenu, dit-il, à s'étendre sur cette mise au point. Il n'y a jamais eu un seul cas mortel en France, les cas américains sont dus à des erreurs de doses volontaires ou non, et l'on comprend mal l'émotion causée en France par un danger aussi incertain.

Il pense ensuite aux indications : avant tout l'obésité, même lorsqu'elle est d'origine hypothyroïdienne, surtout lorsque le régime a épuisé ses effets et que l'exercice est impossible, l'obésité avec hypertension. A ces indications classiques ont été ajoutés les gastro-névroses avec anorexie, les états dépressifs et anxieux.

Les réactions chimiques d'intolérance proposées jusqu'ici sont incertaines. Les meilleures précautions sont d'ordre clinique (étude du foie, du rein, des allergies préexistantes). Le malade devra être surveillé médicalement. Mais la meilleure prophylaxie est, par l'inscription à un tableau spécial, de faire du dinitrophénol un produit de *prescription purement médicale*. On évitera ainsi son emploi en dehors du contrôle du médecin, car il importe de protéger en France ce médicament d'une grande importance doctrinale et d'une grande utilité pratique.

Une médication sthénique nouvelle

MM. Quignon et Lignac signalent (*Clinique et Laboratoire*, décembre 1935) une nouvelle association médicamenteuse qui vient d'enrichir la thérapeutique toni-reconstituante.

Des résultats durables sont obtenus par l'association des acides aminés hématogènes à l'état pur (histidine, tryptophane), de l'extrait total muscle-muqueuse gastriques et du phosphore organique des embryons de graminées.

Administrée par voie buccale, cette association exerce une action remarquable et quasi-immédiate sur l'*anorexie*. Le réveil de l'appétit, au bout de quatre à six jours est la règle. La modification de l'état général est profonde et prolongée. Une augmentation de poids s'observe parallèlement : chez les amaigris et convalescents 1 kgr. à 1 kgr. 500 en trois semaines de traitement. Chez les anémiés, en trois semaines, le chiffre des leucocytes passe de 3 millions à 4 millions 500.000.

La tolérance stomacale parfaite est due à la présence de muscle et de muqueuse gastriques qui joint un pouvoir peptique non négligeable au facteur anti-anémique de Castle. Le maintien de l'amélioration augmente l'intérêt de cette thérapeutique.

Deux des constituantes : le Tryptophane et la Lysine, indispensables à l'équilibre azoté et au maintien du poids, permettent chez l'être jeune de combattre efficacement les troubles de croissance. De plus, le calcium organique des céréales amène chez les surmenés une sédation rapide des troubles nerveux et le retour du sommeil.

Le « Panbiol » (Laboratoires Bailly) réalisant cette association, est une application nouvelle des travaux sur l'acidaminothérapie (Aron, Weiss, Fontès et Thivolle). C'est le premier complexe qui utilise parallèlement le phosphore organique directement assimilable et les noyaux cycliques des acides aminés hématogènes. Les résultats sanctionnent ce que la théorie laisse prévoir ; retour progressif à l'état physiologique normal, sans excitation nerveuse par une nutrition polyvalente atoxique rationnelle du tissu sanguin et du tissu nerveux.

Revue des cours et conférences. — Paraît le 15 et le 30 de chaque mois, du 15 décembre au 30 juillet. Abonnement : France, un an : 60 francs. Boivin et Cie, éditeurs, 3 et 5 rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 15 janvier 1936 : G. Bachelard : La dialectique de la durée (I) : Avant-propos. — Pierre Moreau : Jeunesse d'écrivains français. La jeunesse de Barrès. — Gustave Michaut : La Bruyère (II) : La Bruyère dans la maison de Condé. — G. Zeller : Les relations internationales au temps de la Renaissance (III) : La guerre et la paix. — J. Segond : La signification de la tragédie (V) : L'individualité. — Edward K. Rand : Les esprits souverains dans la littérature latine (V) : Tacite maître de jugement souverain. — A. Feugère : Rousseau et son temps (IX) : Le sentiment religieux chez Rousseau.

Echos et Glanures

« Je m'en voie, escornillant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Entrée gratuite des membres de l'Académie de médecine dans les Musées. — *Mais c'était il y a un siècle et le privilège ne jouait pas toujours, si l'on en juge par cette lettre que M. Baderon a retrouvée dans les Archives du Louvre :*

Le Secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine à Monsieur l'Intendant de la liste civile à Paris.

Paris le 13 mars 1838.

« Monsieur l'Intendant,

« Dans l'espérance d'être admis au Musée de peinture pendant la durée de l'exposition, les membres de l'Académie royale de médecine on fait frapper des médailles qu'ils se proposaient de présenter aux gardiens, afin d'obtenir l'entrée, comme l'obtiennent, par l'exhibition de leurs médailles, les membres des autres Académies.

« Cette mesure avait obtenu l'approbation de Monsieur le Ministre de l'Instruction publique.

« Cependant, bien que présentant leurs médailles, les membres de l'Académie royale de médecine ont souvent essuyé des refus.

« Auriez-vous la bonté, Monsieur, de lever les obstacles, s'il en existe, et de donner des ordres pour que la médaille de notre Académie jouisse, cette année, du même prestige que les autres médailles.

« Je suis avec respect, Monsieur l'Intendant, votre très humble et très obéissant serviteur. E. PARISET. »

L'histoire ne dit pas si les membres de la docte Assemblée obtinrent satisfaction !

Paul Bourget et les aliénés. — *Il y a quelques vingt ans, Guillaume Apollinaire consacrait un écho du* MERCURE DE FRANCE (16 décembre 1913) *aux visites fréquentes que l'auteur du* DISCIPLE *faisait alors à l'Infirmerie du Dépôt. Voici cette page retrouvée :*

Je dînais dernièrement parmi quelques aliénistes ; la conversation tomba sur M. Paul Bourget et j'appris que cet important écrivain s'occupait des fous avec passion. Je demandai à l'un des jeunes médecins de m'écrire quelques détails touchant les occupations de l'éminent psychologue lorsqu'il va au Dépôt se livrer à ses études favorites. Le lendemain je reçus la lettre suivante sur M. Paul Bourget et les aliénés.

« Mon cher ami, vous m'avez demandé, l'autre jour, des renseignements sur Paul Bourget au Dépôt. Les voici.

Dans la saison où il n'est pas trop ridicule pour un élégant de se montrer à Paris, Paul Bourget hante l'infirmerie spéciale du Dépôt. Il y fait figure de penseur et ceux qui l'ont aperçu recroquevillé sur lui-même, ayant l'air d'un immense cerveau qui a presque honte de son corps et cherche à le réduire le plus possible (comme les Sélénites du roman de Wells), sont incapables de l'oublier.

Un malade entre ; les yeux de Bourget se tournent vers lui comme vers une proie et il écoute son délire, prenant de ci de là quelques notes d'une écriture maladroite sur une feuille de papier (c'est une occasion de plus de montrer son dédain des choses matérielles d'écrire mal, juste assez pour réaliser la pensée). L'interrogatoire terminé, le penseur se ramasse sur lui-même... et pense. Le résultat de sa méditation est à l'ordinaire quatre ou cinq pages de cette écriture maladroite où il développe ses observations et leur résultat.

C'est ce résultat qu'il est curieux de connaître. Pour l'aliéniste la forme d'un délire a peu de valeur. Peu importe la complication plus ou moins grande du système d'un persécuté. L'essentiel est que ce malade ressent un trouble profond de sa personnalité qui change ses rapports avec le monde extérieur et lui fait croire que ce monde est hostile. Le trouble de la personnalité est des plus intéressants à étudier. S'il est en rapport avec une affection transitoire, le malade guérira ; s'il est chronique, il est certain que le délire ne finira qu'avec la vie. D'autre part à côté de ces troubles de la sensibilité (qui se traduisent dans le domaine physique par des douleurs névralgiques très fréquentes), il faut faire état du plus ou moins d'intégrité de l'intelligence. Une intelligence affaiblie ne réagira pas de même qu'une intelligence intacte ou à peu près. Voici, grossièrement exposés, les deux principaux points qui intéressent le médecin et qu'à l'ordinaire il recherche avec soin.

Pour Bourget les choses sont différentes.

Un malade délire ou tient des propos incohérents, caractérisés par une enfilade de mots sans suite. Bourget note ces mots

et cherche à les réunir par un lien logique et à les grouper autour d'associations d'idées principales et accessoires. Les mots *fleurs, jardin, bouquet, maison* reviennent souvent ; il écrit sur un papier que la malade aimait son jardin et sa maison, qu'elle aimait à cueillir des fleurs pour en orner sa chambre, etc.... Vous voyez le procédé ; il est un peu enfantin. Personne, en effet, n'a jamais contesté que les délires ne fussent bâtis avec des matériaux empruntés à la réalité et associés plus ou moins bien ensuite grâce à des liens morbides. Que cela indique ce qui surnage d'intact au milieu d'un chaos provisoire ou définitif, c'est une chose évidente, mais dont la connaissance ne semble pas d'un intérêt primordial pour un médecin. Bourget, au contraire, doit y trouver un excellent prétexte à littérature et doit profondément émouvoir, en faisant le récit, ses amies les duchesses...

Peut-être Bourget vient-il chercher au Dépôt tout simplement des histoires qui puissent lui fournir des canevas de nouvelles ; malgré moi, j'ai toujours pensé que c'était là le principal intérêt qui l'y amenait. Mais il faudrait, pour affirmer ce que j'avance, l'avoir suivi plus longtemps. Voilà, mon cher ami, ce que je pense de Bourget au Dépôt ; c'est une impression personnelle, et dont vous pourrez faire ce que vous voudrez. Je vous demanderai seulement de ne pas me citer, car je ne tiens nullement à attirer sur ma modeste personne les foudres du *penseur*, qui ne pratique pas toujours le pardon des injures, malgré sa conversion, et d'autre part, a une influence certaine sur la plupart des grands médecins d'aujourd'hui, etc., etc...

Histoire de l'anesthésie générale. — *Détaché d'un article de M. Lucien Plantefol, dans la* REVUE DES DEUX MONDES (1er janvier 1936), *intitulé* : OU EN EST L'ANESTHÉSIE ?

... Le 30 mars 1842, un médecin de campagne, W. C. Long, utilise, pour enlever sans douleur une petite tumeur ganglionnaire du cou, cet éther sorti des cornues des alchimistes et des vapeurs duquel, au XIXe siècle, on se grisait si volontiers. Il fait, sous anesthésie, quelques petites opérations, sans les publier.

Deux ans plus tard, un jeune dentiste, Horace Wells, vingt et un ans, assiste à un cours de chimie ; il s'agit du « gaz hilarant » ; un assistant s'offre pour démontrer ses propriétés physiologiques ; quelques larges inspirations, puis la scène d'ivresse, le patient roule à terre et se contusionne violemment les jambes contre les bancs. bientôt réveillé, il répond à Wells, qu'il n'a rien senti. L'idée de génie est déjà née. Séance tenante Wells demande qu'on l'endorme et qu'on lui arrache une dent. C'est fait. Il se réveille et s'écrie : « Voici une nouvelle ère dans l'extraction des dents ! Cela ne fait pas plus mal qu'une piqûre d'épingle. »

Enfin en 1846, sur cette même terre d'Amérique où l'anesthésie avait été deux fois inventée, devait avoir lieu au Massachusetts Hospital de Boston la première application de la narcosedans les grandes interventions. On ne saurait évoquer sans émotion la salle aux murs sombres, meublée de chaises et de fauteuils comme un salon ; au milieu une tache claire ; sur une table la patiente,qu'un hasard a vêtue d'une robe blanche, est étendue sur un matelas recouvert d'un drap ; autour des hommes en redingote, aux cravates blanches cachant le col, empreints d'une dignité médicale un peu doctrinaire, une assistance recueillie de médecins et d'étudiants ; près de la malade, le professeur Warren, un grand chirurgien, W. Morton, un dentiste qui donne l'anesthésique, le « léthéon » préparé par le chimiste Jackson (ce n'est d'ailleurs sous ce nom pompeusement commercial que de l'éther). L'opération progresse dans un silence merveilleux. Pas un de ces cris ni de ces plaintes dont cette salle a si souvent retenti. C'est fini. L'opérée continue à dormir doucement. Emu de ce succès prodigieux, Warren rate le mot qui pouvait fixer une minute historique et conclut solennellement : « Messieurs, ce n'est pas du chiqué ! » Mais tous sentent bien que c'est une ère nouvelle de la chirurgie.

Nous savons aujourd'hui qu'il faudra encore parcourir une autre étape avec Pasteur et l'asepsie , et que des hommes doivent rivaliser d'intelligence, d'ingéniosité et d'audace pour faire de la chirurgie l'art merveilleux qu'elle est aujourd'hui.

Ether, protoxyde d'azote, voilà donc avec quels agents anesthésiques, s'ouvrait cette ère chirurgicale. De suite, dès 1847, sous l'impulsion de Flourens, le chloroforme se joignait à eux. Mais le protoxyde d'azote devenait l'anesthésique des dentistes. Un nouvea venu, le chlorure d'éthyle, s'assurait le domaine de la petite chirurgie. Et c'est sur le plan de la grande chirurgie qu'une rivalité étroite opposait éther et chloroforme. Celui-ci l'a d'abord emporté. La guerre lui valut son dernier triomphe. Partout il cède aujourd'hui la place à l'éther. Mode, peut-être ? Non. Mais doctrine imposée par les contrôles statistiques reposant sur des milliers d'expériences et application judicieuse des enseignements fournis par l'étude physiologique de la narcose.

Le Bureau universitaire de statistique. — *De M. Robert Gauthier dans* SAVEZ-VOUS (18 janvier 1935) :

Qu'est donc ce bureau universitaire de statistique — disons ce B. U. S. — que tous les étudiants, tous les lycéens — et surtout leurs parents — auraient intérêt à connaître ?

Il ne saurait être question de résumer, dans le cadre d'un article, l'activité du B. U. S. depuis sa fondation ; nous voudrions

seulement, après avoir brièvement indiqué les buts derniers de cet organisme insister sur les services qu'il est susceptible de rendre immédiatement aux jeunes diplômés sans emploi.

Le B. U. S. a été créé fin 1933. — M. de Monzie étant ministre de l'Education nationale — par l'Union nationale des Associations générales des étudiants de France, la Confédération des travailleurs intellectuels, la Fédération des Associations de parents d'élèves des lycées et collèges et l'Institut national d'orientation professionnelle.

Ce qu'il voudrait, c'est éviter à leurs cadets, les douloureux déboires que connaissent aujourd'hui maints jeunes diplômés, et prévenir le retour d'une crise de chômage intellectuel aussi grave que celle que nous subissons.

Le B. U. S. a donc établi, d'une part, des statistiques professionnelles (statistiques des principales carrières juridiques : notaires, avoués, huissiers, greffiers, commissaires-priseurs, etc. ; du nombre, par cantons, des médecins, chirurgiens, dentistes, pharmaciens, sages-femmes exerçant en France ; du nombre des architectes, des ingénieurs, des avocats, etc.) de l'autre des statistiques scolaires (nombre des étudiants par grandes écoles ou par facultés ; nombre de diplômes décernés dans les Universités ; des élèves inscrits dans les lycées et collèges, etc.).

Les premières lui permettent d'évaluer approximativement les besoins des diverses professions libérales et techniques, et, par comparaison avec les secondes, de déceler les voies qui se trouvent fermées et celles qui, au contraire, demeurent susceptibles d'offrir un débouché. Le B. U. S. peut ainsi conseiller, guider, diriger ceux — parents ou élèves — s'adressant à lui.

Mais le B. U. S. ne se préoccupe pas seulement des futurs jeunes diplômés ; il vient en outre en aide aux chômeurs actuels.

. . . .

Le B. U. S. a également établi un plan d'action contre le chômage intellectuel susceptible d'assurer immédiatement d'importants débouchés aux diplômés sans emploi.

Ce plan comporte la prolongation de la scolarité ; la réglementation du travail des étrangers ; l'abaissement de l'âge limite de mise à la retraite dans les Administrations et l'institution d'une limite d'âge pour l'exercice des professions libérales ; la réglementation des cumuls publics et privés, etc...

Le B. U. S. a, en outre, dressé un tableau des carrières administratives accessibles aux femmes diplômées ; il publie régulièrement, dans des circulaires bi-mensuelles, les avis de concours administratifs, publics ou privés, ainsi que les renseignements susceptibles d'intéresser les jeunes diplômés. Ces avis sont nécessairement fort brefs mais les candidats peuvent trouver au B. U. S. toutes les informations complémentaires.

Enfin — et bien que cela s'écarte quelque peu de ses statuts — le B. U. S. a créé un service de placement. Il recueille les demandes que lui envoient étudiants ou diplômés et reçoit des offres d'industriels ou de commerçants. Dès sa création, ce service s'est révélé fort utile, tant aux jeunes gens à la recherche d'une place qu'aux employeurs de tous ordres désireux de trouver du personnel offrant le maximum de garanties.

Tel est ce B. U. S. qui, depuis deux ans va de l'avant sous l'impulsion de M. Rosier, reçoit maintes visites et doit répondre, chaque jour à quelque cinquante ou soixante demandes de renseignements. Et si, au mépris d'une bonne logique, nous avons insisté sur les aspects mineurs de son activité, c'est que, fournir immédiatement un emploi à des jeunes chômeurs, nous paraît aujourd'hui tâche aussi impérieuse que la prévision du marché du travail en 1938.

(*Le B. U. S. est installé 110, rue de Grenelle, Paris XVII*e) *dans les locaux du ministère de l'Education nationale*).

Naturalisations de médecins étrangers. — *De l'exposé fait dernièrement par M. Mordagne à la* FÉDÉRATION CORPORATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉGION PARISIENNE :

.....J'ai fait une enquête dans certains milieux administratifs, et je suis arrivé à savoir qu'il devait y avoir à peu près 110.000 demandes de naturalisation par an, pour toutes professions réunies : c'est un chiffre que personne ne sait parce qu'il ne paraît nulle part. Là-dessus, il y aurait environ 25.000 naturalisations prononcées par an, soit le quart. Il faut ajouter à ces 110.000 un certain nombre de demandes de naturalisations qui forment une catégorie à part : je n'ai pas pu savoir à combien elles se chiffrent.

Pour les professions libérales, il est impossible de savoir les chiffres par Faculté et, dans chaque Faculté, par conséquent, la proportion des étudiants et des diplômés. Je n'ose dire que le silence sur ce point est élevé à la hauteur d'un principe. Tout de même, je suis arrivé à savoir que, depuis juillet 1935, neuf docteurs en médecine auraient été naturalisés. Sur le nombre des étudiants naturalisés, on est muet.

La tenue des étudiants au Kouantoung. — JOURNAL DES DÉBATS :

Le Bureau de l'enseignement du gouvernement provincial du Kouantoung (Chine) a publié les règles suivantes que devront dorénavant observer tous les étudiants sous peine de sanctions sévères :

1° Les étudiants doivent se vêtir d'habits faits de tissus du pays ;

2° Les garçons doivent être rasés ;

3° Les jeunes filles ne doivent pas onduler leurs cheveux ;

4° Le rouge, la poudre et les chaussures à talons hauts sont expressément défendus ;

5° Les jeunes filles ne doivent pas se parer d'ornements voyants, tels que bagues avec brillants, bracelets, etc...

Le Gérant : A. ROUZAUD CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 5 LE NUMÉRO : 50 Centimes 1er FÉVRIER 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

Actualités

A. MAYER : Charles Richet (1850-1935) ... 177

Faits cliniques

A. BRÉCHOT et GIRARD : Fractures du fond du cotyle avec pénétration intra-pelvienne de la tête fémorale ... 191

Thérapeutique

Les traitements mercuriels par A. MARMEAUX ... 192

Revue de Presse parisienne ... 196

Sociétés savantes

Société de Thérapeutique ... 197
Académie de Chirurgie ... 197

Nouvelles ... 171

Echos et Glanures ... 201

Bibliographie ... 174 188 206



NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 25 janvier. — M. Gatté. Considérations sur le traitement de l'hémorragie rétro-placentaire dans ses formes graves. — M. Richard. Etude des grossesses triples, considérations radiologiques. — M. Strulovici. Injections de post-hypophyse dans le muscle utérin à travers la paroi abdominale dans les hémorragies de la délivrance. — M. Roy. Etude du traitement des colibacilloses par le bactériophage. — M. Moniez. Le babeurre. — Mme Orgeolet. A propos de cinq cas familiaux de sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson.

29 janvier. — M. Monnier. La radiographie pulmonaire sans écrans renforçateurs. — M. Morin. Statistique de la mortalité infantile et ses causes. — M. Velt. Brûlures par le brome dans l'industrie et leur traitement.

30 janvier. — M. Bardon. Etude du cancer primitif du poumon chez l'enfant. — Mlle Hollier-Larousse. Les dyspnées chez le nouveau-né. — M. Bériot-Velt. L'école de puériculture de la Faculté de médecine de Paris.

Légion d'honneur — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Santé publique. — *Au grade de commandeur.* — M. le Professeur Desgrez, directeur scientifique de l'Institut d'hydrologie de Paris ; M. Siredey, ancien président de l'Académie de médecine.

Santé publique. — *Au grade d'officier.* — MM. les Docteurs Lahaye (de Longuyon), Téchoueyres, directeur de l'Ecole de médecine de Reims ; Bory, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis ; Jouffray, chirurgien en chef de l'hôpital de Cannes ; Louis Le Sourd, médecin de l'hôpital Saint-Joseph, à Paris ; Sébillotte, à Paris.

Au grade de chevalier. — MM. les Docteurs Breteille, Carteaud, Jean Crouzat (de Paris), Darras (de Saint-Omer), Gassend (de Digne), Huchot (de Paris), Liautard (de Marseille), Oberlin (de Paris), Pize (de Quingey), Quiquandon (de Clermont-Ferrand), Sommelet (d'Arc-en-Barrois), MM. Mimart, chirurgien-dentiste à Paris; Vaesken, chirurgien-dentiste à Dunkerque ; Leclainche, à Paris ; Bourdier, à Guéret ; Jourda de Chabanolles, à Chamonix; Meugé, à Neuilly-sur-Seine ; Perpère, au Mont-Dore ; Verdeaux, à Lyon.

Guerre. — *Au grade de chevalier.* — M. Chatelot, à Villersexel.

Intérieur. — *Au grade de chevalier.* — M. Chaussé à Paris.

Travaux publics. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Pillet, médecin des Chemins de fer de l'Etat.

Concours des prix de l'internat. — Médaille d'or : M. Mialaret ; médaille d'argent : M. Boudreaux ; accessit : M. Pierre Lance

Faculté de médecine de Marseille. — M. Corsy, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er janvier 1936, professeur d'anatomie à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille.

Faculté de médecine de Strasbourg. — *Attribution du fonds Déjérine de Strasbourg.* — Au début de janvier, les collaborateurs du Professeur Barré, à la clinique neurologique, ont fêté l'attribution au Docteur Abel Charbonnel du « Fonds » institué par Mme Déjérine pour encourager les recherches anatomiques et physio-pathologique dans le domaine de la neurologie.

Le Docteur Charbonnel avait accompli une série de recherches anatomo-cliniques sur les relations vestibulo-cérébelleuses et contribué à la connaissance du signe de la « Dysharmonie vestibulaire ».

Hopitaux de Saint-Etienne. — La Commission administrative des hospices civils de Saint-Etienne donne avis de l'ouverture à l'hôpital Edouard Herriot de Lyon, le lundi 25 mai 1936, à 8 h. 30, d'un concours public pour la nomination d'un médecin des hôpitaux.

Ce concours aura lieu devant un jury médical présidé par un membre de la Commission administrative : il se composera de cinq épreuves.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général des hospices, rue Michelet, 37 *bis*, à Saint-Etienne.

Le registre d'inscription sera clos le vendredi 15 mai à 18 heures.

Les Journées médicales de Bruxelles. — Elles se tiendront à l'Université libre de Bruxelles, du 20 au 24 juin 1936, sous la présidence de M. le Professeur Robert Danis.

Pour tous renseignements s'adresser au Docteur R. Beckers, secrétaire général, 141, rue Belliard, Bruxelles.

Hôpital Foch (*Les Médaillés militaires*, 60 rue Vergniaud, XIIIe). — Les actualités médicales pratiques. — Conférences médico-chirurgicales gratuites ouvertes à tous les médecins et étudiants en médecine et faites par les médecins de l'hôpital Foch (Les Médaillés militaires) le dimanche matin de 9 h. 30 à 11 h. 30, dans la salle des conférences de l'hôpital Foch, 60, rue Vergniaud (XIIIe).

Programme. — 16 février, 9 h. 30, M. Deniker : La chirurgie des capsules surrénales ; 10 h. 30, M. Gastinel : Notions actuelles sur la poliomyélite. — 23 février, 9 h. 30, M. Coutela : Valeur séméiologique des troubles pupillaires et déductions thérapeutiques qu'ils comportent ; 10 h. 30, M. de Sèze : Les spasmes vasculaires cérébraux.

1er mars, 9 h. 30, M. Devraigne : Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine ; 10 h. 30, M. Thiroloix : Diagnostic et traitement de l'angine de poitrine. — 8 mars, 9 h. 30, M. Dausset : La physiothérapie endocrinienne ; 10 h. 30, M. Hautant : Indications et résultats thérapeutiques dans le cancer du larynx. — 15 mars, 9 h. 30, M. Moulonguet : L'électro-coagulation dans le traitement des cancers externes ; 10 h. 30,

M. Delafontaine : Traitement médical des ulcères gastro-duodénaux. — 22 mars, 9 h. 30, M. Ravina : Le diagnostic biologique de la grossesse ; 10 h. 30, M. Brin : Les réactions sérologiques irréductibles dans la syphilis. — 29 mars, 9 h. 30, M. Lamy : Diagnostic et traitement de la luxation congénitale de la hanche ; 10 h. 30, M. Paul Descomps : Traitement des algies des membres inférieurs.

5 avril, 12 avril, 19 avril, vacances de Pâques, pas de conférence. — 26 avril, 9 h. 30, M. Le Grac : Les diverticules sigmoïdiens et leurs complications ; 10 h. 30, M. de Sèze : Traitement des algies faciales et cervico-brachiales.

3 mai, 9 h. 30, M. Coutela : Les céphalées d'origine oculaire ; 10 h. 30, M. Deval : Technique des prélèvements pour le laboratoire.

10 mai, 9 h. 30, M. Dausset : Trois ans de pratique des ondes courtes ; 10 h. 30, M. Lortat-Jacob : Indications de la cryothérapie en dermatologie. — 17 mai, 9 h. 30, M. Deniker : L'ostéosynthèse : état actuel de la question ; 10 h. 30, M. Thiroloix : Traitement de l'hypertension artérielle. — 24 mai, 9 h. 30, M. Lamy : Diagnostic et traitement du mal de Pott ; 10 h. 30, M. Pierre Bourgeois : Le pneumothorax controlatéral.

Congrès français de prophylaxie de la syphilis (Paris, Institut Alfred Fournier, 12-13 mars 1936). — La Société française de prophylaxie sanitaire et morale fondée par Alfred Fournier, le 31 mars 1901, la Ligue nationale française contre le péril vénérien, la Société française de sérologie et de syphilis expérimentales organisent une réunion de médecins pour la commémoration du 30e anniversaire des premières recherches de Metchnikoff et Roux sur : La préservation individuelle de la syphilis.

Cette commémoration réunira, nous l'espérons, à l'Institut Alfred Fournier, un grand nombre de médecins français et étrangers, qui nous apporteront les résultats de leurs expériences.

Ce sera un Congrès de prophylaxie de la syphilis auquel nous espérons recevoir votre adhésion.

Les droits d'inscription au Congrès de prophylaxie de la syphilis sont fixés à cinquante francs.

L'adhésion est gratuite pour les membres titulaires de la Société de prophylaxie, de la Ligue et de la Société de sérologie.

Les adhérents venant de la province bénéficieront d'une réduction de 40 % sur les transports en chemin de fer.

Validité des billets aller et retour du 7 au 18 mars 1936.

Programme. — Jeudi 12 mars 1936, à 14 heures, réunion à l'Institut Alfred Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques. Visite de l'Institut Alfred Fournier ; à 16 heures, séance commémorative du 30e anniversaire des premières recherches de Metchnikoff et Roux sur : La préservation individuelle de la syphilis.

Rapports de M. le Professeur Spillmann, M. le Docteur Clercq, M. le Docteur Gaudicheau, M. le Professeur Levaditi, M. le Professeur Gougerot. — Vendredi 13, à 9 h. 30, Communications et discussion.

Adresser toute la correspondance à M. le Docteur Sicard de Plauzoles, à l'Institut Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe). Compte chèque-postal : 627-00.

Médecins amateurs de jardins. — Un groupement est en voie d'organisation entre les médecins amateurs de jardin et s'intéressant à l'horticulture. Son but est de servir de lien entre ces confrères et de favoriser ce goût commun.

Pour renseignements et adhésions, écrire au : Docteur Herbinet, président de la Société horticole de Pontoise, 2, rue Victor-Hugo à Pontoise (Seine-et-Oise), ou au Docteur Dejust, 58, rue Saint-Lazare, Saint-Ouen-l'Aumône (Seine-et-Oise).

Un Comité médical Italie France. — Le Comité Italie-France, présidé par le sénateur Borletti, vient de créer une section médicale pour répondre à la section médicale du Comité France-Italie, présidé par M. Pierre de Nolhac. Le secrétaire général de cette nouvelle section est le secrétaire général du Syndicat national des médecins fascistes, le Professeur Morelli, de Rome. Il s'est adjoint le Professeur Donati, de Milan, représentant la chirurgie, et le Professeur Frugoni, de Rome, représentant la médecine. Le fait que la plus haute personnalité médico-sociale de l'Italie ait pris en main directement cette section est la conséquence de la reconnaissance que les médecins italiens gardent aux médecins français pour leur manifeste organisé par le Comité France-Italie.

Fondation Chauveau. — La Faculté de médecine de Lyon vient de décerner le prix annuel (2.000 francs) de la Fondation Chauveau, qui était attribué en 1935 à la section de médecine, à M. le Docteur Etienne Berthet, interne lauréat des hôpitaux de Grenoble, pour son mémoire consacré à l'étude expérimentale et clinique du rôle des voies lymphatiques cervicales dans l'infection interstitielle du poumon (tramite et périlobulite).

Le prix Chauveau de 1936 aura un caractère social et de solidarité médicale. Il sera affecté à soulager une infortune (revers, maladie) d'un membre de la plus grande famille médicale (confrère, femme ou enfants de médecins, étudiants en médecine).

Les dossiers des postulants devront parvenir, sous pli recommandé, au secrétariat de la Faculté de médecine, 8, avenue Rockfeller, Lyon-Monplaisir, en double exemplaire, avant le 25 octobre 1936, date de la clôture rigoureuse du registre d'inscription.

Remise d'une médaille au Docteur Mouisset de Lyon. — C'est devant une assistance nombreuse de collègues, d'élèves, et d'amis qu'une médaille, œuvre de l'artiste lyonnais J. Chorel, a été remise le dimanche 19 janvier, à M. le Docteur Mouisset, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon, président du Comité départemental du Rhône pour la lutte contre la tuberculose, et à Mme Mouisset, administrateur des hospices civils de Lyon et organisatrice d'un centre d'enseignement d'infirmières visiteuses d'hygiène.

La médaille porte à l'avers la double effigie de M. le Docteur Mouisset et de Mme Mouisset consacrant ainsi leur étroite collaboration dans la création et le développement des organismes antituberculeux du département dont Lyon est le centre administratif et hygiénique. De nombreuses allocations ont souligné leur dévouement, leurs rôles respectifs ainsi que les précieux résultats prophylactiques et curatifs obtenus sous leur impulsion.

BIBLIOGRAPHIE

Lésions du Pancréas et troubles fonctionnels pancréatiques. (*diagnostic en clinique par l'épreuve à la sécrétine purifiée*), par Marc Bolgert. Un volume de 262 pages avec 22 figures. 45 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Après avoir rappelé l'inconstance des signes cliniques traduisant l'altération du pancréas et la valeur discutable des nombreux procédés biologiques qui ont été successivement proposés, pour la mettre en évidence, l'auteur reprend l'étude de la sécrétine purifiée au double point de vue expérimental et clinique.

Il résume la technique de son emploi chez l'homme pour le diagnostic des troubles fonctionnels de la sécrétion externe (tubage duodénal préalable, injection intraveineuse de sécrétine purifiée, suivie du recueil du suc pancréatique, et dosage des activités liposique et trypsique) ; les différentes causes d'erreur qui peuvent intervenir au cours de l'épreuve sont passées en revue.

Un chapitre spécial est consacré à une nouvelle interprétation des résultats, susceptible d'une plus grande précision. Il y est notamment tenu compte de la quantité de liquide recueilli, fait trop négligé jusqu'ici dans la recherche de l'insuffisance pancréatique par examen du suc duodénal. Enfin, l'action *in vitro* de solutions artificielles de sels biliaires sur l'activité des diastases contenues dans le suc duodénal est également envisagée.

Les derniers chapitres sont consacrés aux résultats obtenus au cours d'affections pancréatiques proprement dites, et chez des sujets atteints de diverses affections (ictères, cirrhoses, cholécystites, troubles gastro-duodénaux, tuberculose pulmonaire, anémie de Biermer), au cours desquelles on a pu soupçonner une participation pancréatique.

Il semble que la nouvelle interprétation de l'épreuve à la sécrétine ne soit susceptible non seulement de permettre souvent un diagnostic précis sur l'état fonctionnel de l'organe, mais aussi de montrer que des troubles pancréatiques peuvent s'observer au cours d'affections digestives, hépatobiliaires ou générales, plus fréquemment qu'il n'est classique de le croire.

Chirurgie de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx, par Georges Laurens, 3e édition entièrement refondue, avec la collaboration de Maurice Aubry. Un volume de 1.075 pages, avec 786 figures Cartonné toile, 150 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, 120, Paris.

Ce traité comprend à la fois la pathologie chirurgicale et la technique opératoire. Toutes les opérations faites par voie externe y sont exposées, ainsi que la technique des petites interventions faites par voie naturelle, avec des détails minutieux.

La pathologie chirurgicale y fait l'objet de longs développements. Presque tous les chapitres comportent un exposé clinique, une étude approfondie et raisonnée : des indications et des contre-indications opératoires, des soins consécutifs, des complications et des résultats. La technique, d'autre part, constitue la partie essentielle de l'ouvrage. Elle est délicate parce que de nombreuses interventions portent soit sur des cavités osseuses anfractueuses et profondes, soit sur des muqueuses sensibles et vasculaires.

Les auteurs ne décrivent qu'un seul procédé, celui dont ils ont l'expérience.

La plupart des chapitres de cette édition ont été revisés, même les plus classiques, comme la trépanation mastoïdienne, l'évidement pétro-mastoïdien, l'amygdalectomie.

De nombreux chapitres sont nouveaux ainsi :

Les complications endo-craniennes des otites font l'objet d'une longue étude qui comprend les méthodes les plus récentes d'exploration et de traitement.

Le traitement chirurgical du vertige.

Les tumeurs de l'acoustique.

Toute la chirurgie du cancer : de l'oreille, du massif facial, du pharynx du larynx, avec leurs nouvelles méthodes de traitement.

Les différentes techniques de la thyrotomie et de la laryngectomie.

Le traitement chirurgical de l'immobilisation médiane des cordes vocales.

Les diverticules de l'œsophage.

L'espèce, par L. Cuénot. Un vol. in-8° de 320 pages avec 42 figures dans le texte, 30 francs. (Encyclopédie scientifique). Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe)

La notion d'espèce est une nécessité pratique : il faut bien que l'Homme désigne par un mot particulier les êtres qu'il reconnait et qu'il sépare des autres êtres ; mais elle a ceci de paradoxal qu'aucune définition théorique ne satisfait les naturalistes, alors que les systématiciens s'accordent, à quelques unités près, lorsqu'il s'agit de dresser la liste des animaux ou des plantes d'une région donnée. Pour analyser ce que ces derniers entendent grouper sous les différents termes dont ils usent (espèce, sous-espèce, jordanon, écotype, etc.), il faut étendre l'enquête à toutes les disciplines, microbiologie, botanique, zoologie, paléontologie ; il est en effet nécessaire de les comparer, parce que leurs unités ne sont pas exactement superposables.

Récemment un progrès considérable a été réalisé : l'Homme a vu se former sous son contrôle, non plus seulement des races, mais de véritables espèces nouvelles, rigoureusement comparables aux espèces linnéennes ; mieux encore, retrouvant un des procédés de la Nature, il a pu effectuer la synthèse de plusieurs formes sauvages. Nous connaissons maintenant dans les grandes lignes le mécanisme des mutations et des transmutations des gènes et des chromosomes, changements qui sont à la base de la délimitation et de l'évolution des espèces.

Cet ouvrage comprend les parties suivantes : après une introduction et un court historique de la notion d'espèce depuis la fin du XVIIIe siècle jusqu'à la période postdarwinienne, vient une étude technique des faits dont la connaissance est indispensable pour la compréhension du sujet ; la formation des gamètes, les diverses sortes de variation héréditaire ou non, la sélection écologique. Sont examinées ensuite les unités de la systématique, telles que les ont définies les auteurs d'après des critères variés; une quatrième partie est consacrée à des monographies d'espèces, choisies parmi les cas les plus difficiles dans les différentes disciplines, afin d'éprouver la valeur des unités proposées. Dans la cinquième partie, l'auteur montre comment se constituent de nouvelles espèces autonomes, les processus étant notablement différents chez les végétaux et les animaux. Le livre se termine par un essai de définition ou de synonymie des termes supérieurs et inférieurs à l'espèce, et par un glossaire des mots techniques, sortes de résumé et de conclusion.

Talleyrand, Homme d'Etat, par Franz Blei. Traduit de l'allemand par René Lobstein. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique. 20 francs Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

M. Franz Blei est viennois. Il a séjourné à plusieurs reprises en France et, au cours d'une carrière d'écrivain très remplie, a publié de nombreux ouvrages sur l'histoire et la littérature françaises.

Quand l'édition originale de son *Talleyrand* a paru en 1932 en langue allemande, M. Marcel Brion lui consacra les lignes suivantes :

« Le *Talleyrand* de M. Franz Blei possède toutes les qualités d'un livre d'histoire et d'un roman. Je veux dire que l'auteur, qui connait admirablement cette époque, a situé le personnage dans son temps ; il l'a expliqué par les événements, et il semble, en effet, que Talleyrand ait été porté par les événements, qu'il n'ait pas eu d'autre effort à faire que de souplesse et d'adaptation, pour tirer parti de toutes les circonstances et utiliser, en vue de son propre succès, aussi bien les malheurs de sa patrie que ses triomphes. Avec le cynisme et l'impudence de l'arriviste-type, mais un arriviste d'une exceptionnelle intelligence et d'un rare génie politique le Talleyrand que décrit M. Franz Blei, devient l'homme représentatif de la Restauration comme il avait été successivement celui de la Révolution et de l'Empire. A tous les changements de régime, il proposait cette personnalité étonnamment docile, cette aptitude aux métamorphoses, qu'aidaient une ambition sans scrupules et des dons extraordinaires d'homme d'Etat. Mais au lieu d'abandonner son personnage après l'avoir montré modelé et conduit par les circonstances, déterminé par les événements qu'il avait lui-même prédéterminés en grande partie, M. Franz Blei dégage la psychologie personnelle de l'individu ; il psychanalyse la carrière et le caractère de Talleyrand, découvrant ainsi les contrastes et les surprenantes complexités de cet homme. Puis, survolant son sujet, et atteignant la signification générale de cet examen, il aperçoit chez Talleyrand le type même de l' « homme politique », et dès lors, transcendant la simple individualité de l'objet de son étude, il découvre les éléments si curieux, de ce « type » que Talleyrand a incarné dans toutes ses modalités, dans toutes ses nuances. C'est en ce sens que le beau livre de M. Blei apporte des idées tout à fait nouvelles et des points de vue extrêmement originaux, qui enrichissent de faits imprévus cette insaisissable figure de politique et d'ambitieux ».

ACTUALITÉS

Charles Richet [1]

(1850-1935)

Par M. André MAYER

Si les hommes doivent être un jour débarrassés des soucis serviles, que leur restera-t-il à faire ? Un Wells répondait à la fin du siècle dernier : « Il leur restera le Grand Jeu. » Ses personnages ne sont pas des « anticipations ». Nous en avons connu de bien vivants qui sont partis ainsi pour la grande Aventure. Ils lui ont donné un but nouveau : la libération et l'agrandissement de l'Homme par la Science. Charles Richet a été l'un d'eux.

C'était un fils de bourgeoisie, de cette bourgeoisie que son labeur obstiné, sa persévérance et aussi sa loyauté envers ses partenaires et sa fidélité aux contrats avait poussée aux premiers rangs et qui s'y était maintenue à travers un siècle parce qu'elle était ancrée à quelque chose de très solide : ses foyers, dont la « tenue », école de sagesse, de clairvoyant bon sens, de mesure, était l'œuvre de femmes admirables, comme fut la mère de Charles Richet, comme fut la compagne qui veilla sur sa vie, et devant laquelle nous nous inclinons avec respect.

D'avoir été élevé dans un tel milieu, par un grand père, haut magistrat mêlé aux plus grandes affaires de son temps, par un père chirurgien et professeur célèbre, cela sans doute donne dès l'abord à la vie une aisance qui n'est pas seulement matérielle. Cela fait naître un certain sentiment d'être de plain-pied avec son destin. Cela crée une certaine assurance, une certaine liberté d'allures. Mais de ces avantages, combien n'eussent pas profité ! Charles Richet n'en usa que comme d'un moyen de donner toute sa mesure.

Que ce ne fût pas la mesure commune, c'est ce dont, à notre entrée dans la vie d'étudiants, à la fin du siècle dernier, nous avions tous conscience. Nous savions déjà son nom en entrant à la Faculté. Il était un des maîtres que nous voulions voir, et son aspect ne nous décevait pas. Grand, mince, agile, avec des gestes un peu anguleux, un peu imprévus mais cependant élégants, la tête haut portée sur un cou élevé, le regard passant par dessus les têtes, tantôt enthousiaste, tantôt malicieux, souvent embué de rêve, la voix vibrante, parfois lointaine ou prolongée, avec des résonances émouvantes, c'était une figure frappante. Et ce que nous en connaissions nous la rendait bien attachante. D'abord quel beau modèle scolaire à suivre ! Excellent élève du lycée Bonaparte, nourri des lettres anciennes au point d'avoir pu écrire plus tard, dans les *Archives de Pflüger*, un mémoire en latin ; interne dès sa première année d'externat, élève de Wurtz, de Vulpian, de Claude Bernard, de Berthelot, de Marey ; agrégé brillant, professeur à quarante ans ! Mais nous savions aussi que sa vie n'était pas toute dans sa carrière ou son enseignement. C'était un savant, et qui groupait dans son laboratoire une élite de chercheurs : Gley, Hanriot, Langlois, Pachon, Camus. Les travaux de son école suffisaient à alimenter un Recueil bien connu. Il était érudit, s'intéressait à la bibliographie, apportait tous ses soins à perfectionner la classification décimale des bibliothèques. Il avait entrepris de donner un exposé complet de la Physiologie en publiant un Dictionnaire qui s'annonçait comme un véritable monument. Mais la physiologie ne l'absorbait pas tout entier. Il dirigeait la *Revue scientifique*. Il se passionnait pour le problème du vol humain, mettant sa confiance dans les appareils « plus lourds que l'air » comme on disait alors. Il avait de ses deniers construit avec Tatin, le mécanicien de Marey, un « avion » à ailes battantes, puis un planeur, et il mettait au point un appareil à vapeur. Il faisait des expériences sur « les phénomènes psychiques ». Il se mêlait à la vie publique, défendait la cause de la natalité, poursuivait par la parole et par la plume une propagande tenace pour la paix internationale. Enfin, pour se délasser, il écrivait des fables. Et Sarah Bernhardt avait, disait-on, joué une de ses tragédies.

Une si étonnante vitalité, un tel besoin de se dépenser, un amour si ardent de la vie, de toutes les formes de la vie, comment n'eussent-ils pas séduit les jeunes hommes que nous étions ? Et aussi comment n'aurions-nous pas admiré l'exemple qu'il donnait de toutes les espèces de courage ? Bravoure physique de l'engagé volontaire de Champigny, du passager des premières machines volantes, de l'expérimentateur qui tentait sur lui-même des essais pleins de risques — bravoure morale qui le faisait à cette époque même se jeter dans l'action sans souci des menaces ou des brocards. — Bravoure intellectuelle enfin qui le portait à courir jusqu'au bout de sa pensée, jusqu'aux régions obscures où il restait seul, combattant « en enfant perdu » comme par un besoin d'être à l'avant-garde, et le plus exposé.

Tel nous l'avons connu à la fin de l'autre siècle, tel il a été jusqu'à ses dernières années. L'engagé de Champigny était devenu l'engagé de Soissons. Frappé dans ses plus chères affections, dans ses plus hautes espérances, il avait fait front. Reconnu par tous comme l'un des hommes qui sont l'honneur d'un pays, entouré des plus hautes marques d'estime par toutes les Académies, par tous les Corps savants, président de la Société de Biologie, lauréat du prix Nobel, il a continué à travailler avec la même ardeur que dans sa jeunesse, publiant de nouvelles expériences, poursuivant avec ténacité son action sociale et internationale, écrivant une *Histoire générale des peuples* et composant comme en se jouant tel petit livre sur « le Savant » plein d'enthousiasme, de malice et d'esprit.

L'âge même n'a pu faire entrer dans cette âme l'égoïsme, cette tare des natures débiles. Sa générosité s'est montrée jusqu'au bout. A une politesse parfaite et qui eût su être distante, s'est toujours ajoutée une bienveillance spontanée. Jamais les hommes de ma génération n'ont en vain demandé son conseil. Nul d'entre eux n'est sorti de la haute bibliothèque où il recevait, dans son logis demeuré calme au milieu d'un Paris bruyant et trépidant, sans se sentir encouragé. Et dans toutes les réunions où il se plaisait à se mêler à eux, les jeunes travailleurs ont senti sa sympathie vraie.

Une vie si longue, si pleine, si diverse, comment la décrire ? Comment surtout le faire après que lui-même nous a donné sa biographie ? Du moins pouvons-nous nous arrêter devant elle pour un suprême salut. Ce grand physiologiste qui s'en va emporte avec lui toute une époque. Il en fut l'un des « hommes représentatifs »

(1) Notice nécrologique lue à l'Académie de médecine, le 14 janvier 1936.

suivant le mot de Carlyle et aussi l'un des maîtres. Cela vaut qu'on réfléchisse à ce qu'il a été, à ce qu'il a tenté, à ce qu'il a espéré.

***

Ce qu'il a été ? D'abord un savant. Lui-même a médité sur ce que cela signifie : « L'esprit scientifique, écrit-il, c'est la curiosité ». Le vrai savant, dans tout ce qui l'entoure, trouve partout des problèmes curieux à résoudre. Il doit toujours se dire pourquoi ? Comment ? Vivant dans une inquiétude perpétuelle... Il me semble, pour ma part, que tout ce qui est autour de nous est mystérieux ». Voilà le secret de cette vie qui n'a connu aucun repos, ni le repos dans l'acceptation de l'ignorance, ni le repos dans l'acceptation du conformisme. Car « l'esprit scientifique est essentiellement révolutionnaire ».

Cette curiosité universelle eut pourtant un objet de prédilection... « Dès le lycée, écrit-il, je me sentais aussi fortement attiré par la littérature que les sciences ». « En rhétorique, je voulais devenir écrivain. En philosophie je sentis un goût très vif pour la psychologie. Je n'ai jamais pu abandonner complètement ni la littérature, ni la psychologie ». Qu'est-ce à dire si ce n'est que ce qui l'intéressait déjà passionnément, c'était l'Homme, l'Homme tout entier, et tout ce qui est humain. Et cela devait orienter toute sa vie littéraire, scientifique, sociale. Dans son œuvre littéraire, c'est l'Homme qui est l'objet de ses observations, de ses rêveries, de ses exaltations ; ce sont les travers de l'Homme qu'il saisit malicieusement dans ses fables. C'est le drame de l'Homme aux prises avec les Hommes qu'il écrit dans sa tragédie de *Socrate*. C'est le labeur de l'Homme aux prises avec la Nature qu'il exalte dans ce poème sur Pasteur que l'Académie française couronna sans savoir que c'était son œuvre. C'est la grande fresque de l'Aventure de l'Homme qu'il trace dans son *Histoire générale*.

Il est bien caractéristique qu'un jeune esprit, dans le dernier quart du XIXe siècle, n'ait pas cru pouvoir étudier l'Homme par la seule introspection, par la seule observation de la vie de société. Au lycée, on enseignait encore l'éclectisme, ou la « psychologie des Ecossais » ou Maine de Biran. Mais, par dessus Tracy et Condillac, renouant avec la tradition de Descartes, les « jeunes » se sentaient le désir de rattacher l'étude de la psychologie à l'étude de l'organisme humain. D'où le ralentissement de l'enseignement de Charcot. D'où le succès de Ribot qui, en trois petits volumes, fonde la « psychologie pathologique ». Voilà l'atmosphère intellectuelle où entre Richet débutant. C'est peut-être pour complaire, comme il l'a dit, au désir de son père, mais c'est bien plus par besoin profond qu'il entreprend ses études de médecine. Interne en chirurgie « il transforme sa salle, le soir, en cour des miracles » pour étudier « le somnambulisme » comme on disait, observer l'anesthésie avec dédoublement de la personnalité, les hallucinations provoquées artificiellement et c'est sur ces sujets (ayant dû dissiper d'abord les appréhensions de son père) qu'il publie hardiment son premier travail. Ce mouvement d'idées, sa génération l'a imposé. Il a envahi jusqu'à la littérature. Nous avons vu Paul Bourget suivre attentivement les cliniques de Dieulafoy.

Mais Richet, doué « pour les sciences comme pour la littérature », ne pouvait s'en tenir là. Une psychologie, même appuyée sur la médecine est encore de pure observation. Elle n'apporte pas ce degré de précision et de certitude que donne l'expérimentation. Or l'expérimentation, dans ce domaine, c'est la physiologie. Voilà Richet abordant enfin le champ où il va exceller.

Par un mouvement qui est, lui aussi, bien caractéristique de l'époque, il va l'aborder, peut-on dire, par le biais le plus opposé à la pure observation médicale. Sortant de la Faculté, il va chercher sa voie au Collège de France. Il y trouve un milieu dont l'ambition est de renouveler la physiologie, la biologie en les rattachant étroitement à la physico-chimie. On y pense que les êtres vivants, l'homme, mis à leur place dans la Nature, peuvent être étudiés par les mêmes méthodes que celle-ci.

Le tableau qu'on s'y fait de cette Nature est aujourd'hui pour nous un document d'histoire. L'Univers tel qu'il était conçu était par certains côtés toujours pareil à lui-même étant fait — dans « l'Espace » — de « Matière » indestructible ; c'est-à-dire d'un certain nombre de corps simples, non transformables, éternels. Il était par un autre côté toujours changeant — dans le « Temps » — parce qu'il était fait d' « Energie » unie à la Matière mais distincte de celle-ci, qui, elle, était transformable et d'une certaine façon « dégradable ». On pouvait prévoir les combinaisons des corps simples grâce à une chimie des valences considérées comme leurs propriétés invariables. On pouvait prévoir les transformations de l'énergie grâce à une Thermodynamique aux principes universels. Ainsi l'Univers était enfermé dans un cadre rigide. Cette rigidité, et l'assurance qui en résultait, c'est le caractère de toutes les sciences de ce temps : une astronomie « de positions » d'une rigueur presque impeccable ; une cristallographie toute géométrique ; une physique réduite à une mécanique à notre échelle, voilà le viatique d'un jeune savant de ce temps. Nous sentons aujourd'hui ce qu'une telle image du monde avait de simpliste. Mais elle avait permis de nombreuses prévisions dont le succès était évident ; et elle avait donné pleine confiance dans la croyance élaborée par les trois siècles précédents : Comte comme Descartes ou comme Galilée partait du postulat que « la Nature obéit à des lois » dont il nous est possible de formuler les principes ; c'est-à-dire qu'il y a dans l'Univers un certain ordre avec lequel notre logique est en plein accord. A cette croyance le XIXe siècle avait ajouté une nuance nouvelle, due à son « esprit historique » : l'idée d'une genèse, d'une évolution — Spencer après Comte ; — le sentiment qu'il y a non seulement des « lois » mais une sorte de marche, de progression ; que l'Univers, dans les deux acceptations du terme, a un « sens ». Par transformations successives, apparaissent des systèmes hiérarchisés non seulement par leur complexité, mais encore par « leur valeur » De ces transformations, la vie n'est qu'une étape ; et des transformations de la Vie, l'Homme n'en est qu'une autre. Voilà le grand parti-pris offert par son époque à Charles Richet. Il s'y est attaché. Il ne s'en est jamais dépris. Il a orienté sur lui tout son effort scientifique.

C'est qu'alors le passage de la Nature à la Vie ne paraissait pas insurmontable. D'abord, toute cette génération a été profondément impressionnée par l'œuvre de Berthelot. Puisqu'on peut, partant des corps simples, faire la synthèse des corps organiques, il n'y a pas de discontinuité entre la chimie et la biologie : extrapolation hardie et qui suppose une chimie organique faite dans les milieux et les conditions biologiques, et qui n'existait pas encore. D'autre part, tous avaient été frappés par l'œuvre de R. Mayer, de Helmotz, de Hirn, par « l'extension à l'Homme et aux animaux de la loi de conservation de l'Energie » qui permet « de faire rentrer tous les mouvements musculaires, tous les mouvements des innombra-

bres êtres qui pullulent à la surface du globe et dans la profondeur des mers », « dans le cadre des lois physiques universelles ». Vue juste, mais qui laissait intacte le problème de cette incessante remontée de potentiel qu'accomplit la vie. Richet est si enthousiasmé par ces grandes générations qu'il s'écrie dans sa leçon d'ouverture : « Je serais tenté de mettre à l'entrée d'un laboratoire de physiologie : Que nul n'entre ici s'il n'est physicien et chimiste ».

C'est bien en chimiste qu'il a étudié, chez Berthelot, le suc gastrique, mettant hors de conteste la présence d'acide chlorhydrique dans le suc ; ou encore, dans cette petite salle du vieux musée du Havre aménagée par Paul Bert, les sucs digestifs des Poissons ; ou, chez Wurtz, l'excrétion des corps azotés et les moyens de les doser par le procédé à l'hypobromite ; plus tard, c'est en chimiste qu'il a examiné la toxicité des sels de métaux alcalins et sa proportionnalité au poids moléculaire ; ou encore qu'il a travaillé, avec Hanriot, la question des anesthésiques, recherche d'où devait sortir le chloralose qu'il était heureux d'avoir introduit dans les laboratoires pour abolir la douleur des animaux mis en expérience.

Et cependant ce n'est pas dans cette voie qu'il va trouver cette satisfaction intime que crée la conformité d'un objet d'études avec des aptitudes foncières. Car ce qui l'intéresse, c'est la vie, et ce n'est ni en physicien ni en chimiste que Richet observe les êtres vivants. Ce qu'il est curieux de connaître, ce ne sont pas tant les processus élémentaires dont ils sont le siège et qu'on peut isoler puis étudier comme phénomènes physiques et chimiques : c'est bien plus l'enchaînement de ces processus, enchaînement qui est le propre de sa vie. Dans la pleine acception que Cuvier et les naturalistes du début du XIXe siècle ont donnée à ce mot, il sent que les êtres vivants sont des « organismes » : des systèmes d'organes, d'appareils exactement équilibrés les uns par les autres, exactement réglés les uns sur les autres. D'où son penchant pour les études biométriques qu'il a toujours poursuivies ; d'où ses mesures patientes du poids du cerveau, de la rate, du foie chez les chiens de différentes tailles, mesures dont il tirait des constatations comme la proportionnalité du poids du foie à la surface du corps. Il croit que dans la Nature, la Vie apporte quelque chose de nouveau, et que ce quelque chose est précisément l' « organisation ». Réfléchissant à cette « organisation », il en arrive à l'une des idées auxquelles il a toujours tenu le plus. Si la Vie, telle qu'elle nous apparaît aujourd'hui est le résultat d' « essais et d'erreurs » continués depuis des centaines de mille années, ou peut-être davantage, tant de tentatives se sont fait jour, tant de fautes ont été corrigées que les êtres vivants portent en eux-mêmes une prodigieuse expérience. Le résultat de cette expérience, c'est l'organisation que nous avons sous les yeux : les tendances diverses ont eu le temps de s'y ajuster les unes aux autres. De même les organismes ont eu le temps de s'adapter à leur milieu, et si bien qu'ils semblent faits pour ce milieu. Tout cela paraît combiné en vue du maintien de la vie. C'est pourquoi il est légitime, pour un biologiste, de croire à une finalité, à des « causes finales ». Cela est non seulement légitime, mais fructueux, car il vaut mieux se laisser guider, pour la comprendre, par l'expérience millénaire de la Nature que par la pauvre petite expérience centenaire que nous donne notre Science. Cette idée qu'il soutint dans sa jeunesse contre Sully-Prudhomme au cours d'un échange de lettres qui retint vivement l'attention, il la défendait encore en juillet dernier, au cours d'une conférence qu'il avait tenu à faire à ses jeunes amis de l'Institut de Biologie, et qu'ils ont écoutée comme son dernier message.

Voilà donc l'intuition qu'il a de ce qu'est un être vivant et qui le différencie profondément des physiciens et des chimistes. Il faut bien croire qu'il s'est trouvé, par cette vue, en quelque accord profond avec la Nature, car on sent dans son œuvre que c'est précisément pour l'étude de la physiologie qu'il semble être né : non pas seulement parce qu'il a fait dans cette étude de grandes découvertes, mais bien plus par la manière dont il les a faites, et qui a frappé tous ses contemporains.

Il y a dans son œuvre des travaux qui sont le fruit d'un effort patient, appliqué, d'une marche pas à pas ; telles sont ses premières recherches sur les muscles et les nerfs. Ce ne sont pas les plus caractéristiques. Le plus souvent, il semble aller à la découverte par une série de bonds. C'est d'abord l'observation aiguë, et comme la prise de possession instantanée d'un phénomène, parfois du détail d'un phénomène qu'un autre eût négligé, et que lui, pressent significatif. Puis brusquement, comme par une illumination soudaine, il a l'impression du sens qu'il faut lui donner. Que l'idée qui a ainsi germé tout à coup, que le rapprochement imprévu qui s'est fait dans son esprit doivent être retenus, c'est à l'expérience à en décider. Or, l'expérience, chez Richet, a un caractère particulier. Elle est toujours très directe et très simple. Il doit parfois inventer des appareils et des techniques. Ce sont toujours des instruments ou des méthodes peu compliqués. Il ne veut pas s'attarder à l'extrême précision : trop d'inconnu l'attend encore.

Veut-on des exemples de sa « manière » ? Ils se pressent à la mémoire :

Il était encore presque à ses débuts quand un jour à la Société de Biologie, il entend dire qu'on peut combattre les hémorragies internes par une injection de lait dans les veines. Il répète l'expérience avec Moutard-Martin. Au cours de celle-ci, il remarque que les chiens injectés présentent une abondante diurèse. Or, une injection d'eau n'a pas le même effet. Qu'y a-t-il donc d'actif dans le lait ? Il pense aux sucres et démontre qu'en effet le lactose, le glucose et aussi le saccharose sont diurétiques.

Deux ans après il s'intéresse à la production de la chaleur animale. Il a construit un calorimètre fort simple, dont la pièce maîtresse est une sorte de grand thermomètre à air qui enveloppe le sujet. Il y enferme des homéothermes de tailles diverses : chiens, petits mammifères, oiseaux, et mesure la chaleur qu'ils produisent. Mais c'est une mesure indirecte. En fait, c'est la chaleur qu'ils perdent que recueille l'appareil, et cette déperdition se fait à la surface du sujet. Il a l'idée de rapporter cette chaleur perdue à cette surface, et du coup découvre que la déperdition de chaleur est la même pour tous les homéothermes, par unité de surface : la production doit donc être la même, et c'est ce que confirme l'étude des échanges gazeux. Il retrouve ainsi, en même temps que Rubner, la loi de Serrus et Rameaux qui avait été oubliée.

Et il en déduit tout de suite une conséquence : les effets de l'inanition sont d'autant plus rapides que l'animal est plus petit.

Plus tard, il tente d'augmenter les combustions générales d'un chien, et pour cela, il provoque de fortes contractions musculaires par excitation électrique. L'expérience donne des résultats très variables. Certains chiens s'échauffent très vite et meurent d'hyperthermie. D'autres ne s'échauffent pas malgré les plus violentes contractions. Tout d'un coup, il s'observe que les premiers avaient

tous porté des muselières. Ceux qui avaient survécu respiraient librement et ceux-là avaient présenté une polypnée intense. Il rapproche les faits, comprend que c'est la polypnée qui a empêché l'échauffement en produisant une évaporation d'eau considérable. Voilà découverte la signification de cette « polypnée thermique » que les hommes connaissaient, sans doute depuis la domestication du chien sans en soupçonner le sens. Richet montre que c'est un phénomène distinct de la respiration, et qu'elle peut être d'origine réflexe ou centrale.

Au cours d'essais poursuivis avec Auguste Broca, il excite le gyrus sigmoïde ; à chaque excitation correspond une réaction motrice. Le hasard leur amène un jour un chien atteint de chorée. Ils répètent sur lui l'excitation. Richet observe qu'après chaque secousse choréique, l'excitation demeure sans effet. Le rapprochement se fait dans son esprit avec ce qui se passe au cours de la phase réfractaire du cœur. Il répète alors l'excitation sur un chien sain, et constate qu'après une première excitation, le tissu est, pour un certain temps, insensible à une seconde excitation identique. Quelques années après, observant le frisson, il fait un nouveau rapprochement qui le mène à l'idée de l'inexcitabilité périodique des centres nerveux.

Voilà des exemples de ses trouvailles. En voici maintenant de l'extraordinaire simplicité de sa technique. L'urée se forme-t-elle directement dans le foie ? Pour le savoir, il enferme un morceau de foie dans la paraffine, il trouve qu'il s'y forme de l'urée ; résultat dont on doute, et plus tard la découverte de l'arginase dans le tissu hépatique lui donne raison. Ou encore il veut savoir s'il existe une hérédité des caractères acquis. Il pense à étudier simplement les modifications d'un microbe, le bacille lactique sous l'influence des corps toxiques. En un temps relativement court, il peut faire un grand nombre d'expériences, suivre de nombreuses générations.

Mais sans doute, les deux plus beaux exemples de coup d'œil et de hardiesse, on les trouve dans les deux découvertes qui ont rendu sa réputation universelle ; l'hématothérapie et l'anaphylaxie. Il a raconté comment il avait eu l'idée de la première dès 1884, en lisant dans les travaux de Chauveau sur les moutons charbonneux que les moutons français mouraient du charbon, tandis que les moutons algériens étaient réfractaires à la maladie. Il avait pensé que si on injectait du sang de mouton algérien aux moutons français on les vaccinerait. Plus tard, les lapins qu'Héricourt et lui avaient mis en expérience meurent d'une maladie septique. Ils en isolent le microbe, l'injectent à des lapins neufs qui succombent et à des chiens qui, eux, sont insensibles. Alors Richet reprend son idée ancienne, injecte du sang de chien neuf ou de chien contaminé et guéri à des lapins qui résistent alors à la maladie. L'injection de sang d'un animal immunisé transmet à un second animal l'immunité du premier. Richet a raconté comment à la suite de cette expérience, Héricourt et lui avaient pensé à appliquer la méthode aux maladies humaines, avaient choisi comme objet d'études la tuberculose et avaient, en 1890, fait sans succès des injections à l'homme. Plus heureux, appliquant une méthode analogue à la diphtérie, Behring et Roux devaient obtenir une réussite éclatante.

Quant à la découverte de l'anaphylaxie, elle est dans toutes les mémoires. Au cours d'une croisière sur le yacht-laboratoire du prince Albert de Monaco, l'attention des physiologistes qui prennent part à la croisière, Richet, Portier, est attirée par le poison que contiennent les tentacules des physalies. Rentrés à Paris, ils veulent poursuivre leurs expériences, déterminer par injection à des chiens la dose toxique de ce poison et de celui, très analogue, qu'on peut extraire des actinies. Félicitons-nous pour une fois de la pauvreté des laboratoires : les chiens qui n'avaient pas succombé étaient par bonheur conservés pour servir à un nouvel essai. A l'un d'entre eux, après quelque temps, on injecte une dose minime de toxique, et c'est une expérience mémorable à laquelle le nom de Portier, comme celui de Richet, restera toujours attaché : en effet, le chien succombe. Il a été sensibilisé. Cette observation très simple, Richet la généralise hardiment et ouvre ainsi un grand chapitre de la biologie.

Ces quelques exemples, trop rapidement rappelés, éclairent ce qu'il écrivait de la science : « Elle apporte l'imprévu, l'inattendu, la révélation de quelques-uns de ces phénomènes merveilleux qui frémissent autour de nous et que nous ne savons pas voir. » C'est exactement ce qu'était la Science pour lui, qui la faisait, sachant voir.

Au vrai, ce grand trouveur de faits physiologiques n'a pas travaillé au hasard ; la raison de son admirable réussite, c'est qu'il est peut-être le physiologiste de son temps qui a eu le plus profondément l'intuition de ce que Lœb a appelé « organismas a whole », l'organisme compris comme un ensemble ou mieux comme un système. Nul plus que lui n'a su l'importance des régulations internes et des adaptations au milieu. L'une des parties de son œuvre dont il était le plus heureux était celle qu'il avait consacrée à la chaleur animale. Il avait étudié la thermogénèse et mis en évidence sur l'homme, par une mesure très simple des échanges (le procédé des trois compteurs qu'il imagina avec Hanriot et qui a été repris de nos jours), l'influence qu'ont sur ceux-ci l'alimentation et le travail. Il avait démêlé le rôle du frisson comme procédé de thermogénèse rapide. Il avait découvert le rôle de la polypnée comme moyen de thermolyse. Mais surtout il avait tenté de mettre en évidence l'articulation de tous ces phénomènes, montré comment, en les utilisant, l'homéotherme résiste aux variations du milieu extérieur, lutte contre le chaux et contre le froid par des réflexes coordonnés, ou encore comment il résiste à ses propres variations, les centres nerveux impressionnés par un milieu intérieur refroidi ou échauffé répondant par un frisson « central » ou une polypnée « centrale ».

Cette notion de lutte contre le milieu, de lutte contre lui-même, il l'a généralisée dans son travail synthétique de 1895 sur « les fonctions de défense ». Défense contre « les agressions », température extérieure, traumatisme, parasites, poisons ; d'abord, « défense passive » par les téguments, puis, « défense active » par les appareils ; protection physiologique par les réflexes médullaires et bulbaires, protection psychiques par la conscience : la peur, le dégoût, le vertige, la douleur, « cette sentinelle de la vie » ; défense préventive ou défense consécutive : cicatrisation, immunité. « L'individu, dit-il, tend constamment à rester dans un état stable, sans se laisser troubler par les changements du milieu et par les attaques venues du dehors, et malgré les rénovations chimiques incessantes dont les tissus sont le siège, il conserve sa constitution normale. » « Il subit toutes les impressions et résiste à toutes ; il se renouvelle toujours et il est toujours le même. »

Cette grande œuvre de physiologiste qu'il nous a laissée, remarquons-le, elle est tout imprégnée de préoccupations humaines. S'il étudie le travail musculaire que l'Oiseau peut développer d'une manière durable pour élever son poids, c'est qu'il rêve à l'avion. S'il étudie la thermo-régulation, c'est qu'il pense à la fièvre. Il essaie

toujours de mieux comprendre l'Homme, d'asseoir solidement les connaissances sur lesquelles repose son bien-être, de le préserver des maladies. Il était enthousiasmé pour l'œuvre de Pasteur. A un moment où il y avait du mérite à le proclamer, il a dit — dans sa leçon d'ouverture — qu'il y aurait pour l'Histoire la médecine d'avant Pasteur et la médecine d'après Pasteur. La joie que lui a causée la découverte de l'anaphylaxie est certainement due à ce que cette notion comportait d'applications médicales ; l'insistance qu'il a mise à rappeler qu'il avait été le premier à pratiquer la sérothérapie part de la même préoccupation. Et rappellerai-je ses longs essais sur la thérapeutique de la Tuberculose, notamment par la « zomothérapie » ?

***

C'est parce qu'il a toujours pensé à l'Homme qu'il n'a jamais abandonné le problème psychologique. Devant ce problème, sa position est nette. Il se refuse à croire que la sensibilité ou l'intelligence de l'Homme soient quelque chose d'absolument neuf apparu brusquement sur la Planète. Pour lui, ce n'est que le perfectionnement de ce qui existe chez les espèces animales. Et dès lors, il lui apparaît qu'il faut aborder la psychologie de la même façon, par les mêmes méthodes que la physiologie.

Il y est préparé par ses recherches sur le système nerveux. Il a étudié sur l'écrevisse et la grenouille des réflexes compliqués, étagés, et a montré qu'on peut les dissocier progressivement quand on élève la température du milieu. Il a fait voir qu'on peut changer la rapidité des réponses, chez les vertèbres a sang froid, quand on les anémie. Il a tenté de mesurer la sensibilité, par exemple, la sensibilité musculaire au moyen de l'effort respiratoire ; il a étudié les perceptions gustatives, établi une relation entre les perceptions lumineuses et la durée ou l'intensité de l'éclairement. Enfin il a abordé les centres. Il a provoqué la cécité psychique chez le chien en lésant la région voisine du pli courbe. Il a enlevé le cortex chez les oiseaux de basse-cour et montré à quel point la vie de ces animaux en était peu affectée, puisque leurs allures, leurs gestes et jusqu'à leur langage — rien de plus amusant que son analyse du langage des canards — n'en sont pas troublés. Seule la combinaison des mouvements de fuite de l'animal cerné devient difficile. Enfin il a enregistré les manifestations de la douleur, du dégoût, et les effets des « poisons de l'intelligence ». Il a donc tous les éléments pour écrire de première main ce petit *Traité de Psychologie générale* qui aura un si grand retentissement. Partant de l'irritabilité des réflexes « des lois d'excitation, d'inhibition, d'association », il s'élève peu à peu jusqu'à l'étude de l'instinct et enfin de l'intelligence. Pour la première fois, avec cette précision, un essai est tenté d'intégrer l'intelligence, « ce phénomène qui ne se produit qu'entre 0° et 45° », dans l'ensemble des réactions nerveuses. Synthèse où manquait encore l'appréciation de la place exacte du langage, et notamment de tout ce qu'il apporte de social. Mais elle rattache le psychologique à tout l'ensemble de l'Evolution. Elle lui donne son sens, puisque, dans une vue grandiose, celle-ci apparaît à Richet comme « l'accroissement graduel de l'intelligence ».

Cette évolution est-elle terminée ? Il n'hésite pas à se poser la question. A la fin de son livre il écrit : « Il est permis d'espérer que le progrès n'est pas achevé, et que cette admirable intelligence continuera à devenir de plus en plus puissante. La conscience s'est dégagée de l'inconscience. Qui sait si d'autres forces ne se dégageront pas encore ? »

Si l'évolution n'est pas terminée, si elle se continue par l'Homme sur le plan psychologique, ne faut-il pas aborder celui-ci à la manière des naturalistes. Ils étudient les petites mutations, espérant trouver en elles la clef de l'évolution des formes. Le psychologue ne doit-il pas scruter les petites mutations, les anomalies ? D'où l'attention passionnée de Richet devant toutes les « étrangetés » psychologiques, son étude jamais abandonnée des hallucinations, du dédoublement de la personnalité, jusqu'à l'extrême bordure du normal où atteignent les âmes mystiques, terre inconnue dont il eut toute sa vie l'ambition d'être le découvreur, qu'il crut avoir en vue, et à laquelle, comme un explorateur, il donna un nom.

***

Un savant de laboratoire eût borné là son œuvre. Mais il était d'une autre étoffe. Au surplus, l'époque où il a vécu offrait à un esprit comme le sien de nouvelles perspectives. Les sociétés primitives mieux comprises, la protohistoire puis la préhistoire découvertes, les ancêtres simiens de l'Homme venus au jour ont jeté un pont entre l'Histoire telle qu'on lui a apprise et l'Evolution des espèces telle qu'il la conçoit. L'Histoire devient pour lui la suite authentique de l'Evolution biologique, continuée par l'Homme. Il y cherche « la série des progrès qui, au travers d'aventures et d'événements innombrables, ont permis à l'Homme de dépasser la sauvagerie pour atteindre la civilisation ». Il va donc l'étudier pour s'éclairer « sur les vérités sociales, politiques ».

Rien de plus instructif, rien de plus émouvant que de le voir aux prises avec les enseignements qu'il en va tirer.

Il a dit lui-même qu'il les abordait avec la préoccupation d'être véridique et non point impartial. Dès l'enfance, les récits de son grand-père, lui racontant les événements de 1851 auxquels il fut mêlé, ont orienté ses sentiments ; et plus il avance en âge, plus il a horreur de la violence de l'Homme sur l'Homme. Cette « stupidité » lui paraît un reste de l'animalité. Il n'a, dit-il « aucune tendresse pour les juges qui ont donné à Socrate la ciguë ; à Jésus-Christ, la Croix ; à Jeanne d'Arc, le bûcher... ; aucun respect pour les conquérants qui, afin d'acquérir une vaine gloire, ont versé des flots de douleur et de sang..., aucune admiration pour les coups d'Etat et les tyrannies, les déportations et les pillages, les Terreurs et les Saint-Barthélemy ». Il est « pour les martyrs contre les bourreaux, pour les opprimés contre les oppresseurs ». Une idée « le guide » : le « respect de l'individu humain ». Le but de la civilisation — le but de l'Evolution sont donc pour lui le complet développement de l'individu. Ce complet développement ne peut être obtenu que dans la liberté. C'est pour cela, dit-il qu'en proclamant « la liberté individuelle, le régime parlementaire, le libre échange » l'Angleterre lui paraît avoir « marché à la tête de la civilisation ».

Mais d'autre part il sait bien que si le but à atteindre est — pour employer ses mots mêmes — de remplacer la guerre par la justice ; de substituer l'ordre à l'anarchie ; de vaincre les misères inhérentes à l'Homme, de combattre les vices ; de dissiper l'ignorance ; de dompter les maladies ; d'asservir les forces naturelles à nos besoins ; de former « une société moins barbare, un individu moins esclave, une humanité plus généreuse », cela ne peut être fait que par « une union de tous les efforts individuels ou nationaux » « par une communion dans le plus utile

◆◆

et le plus glorieux des efforts, par une synergie mondiale ». La « synergie » indispensable, suffit-il pour qu'elle se produise de se laisser guider par la Nature, comme si elle-même elle voulait ce que nous voulons, comme si, dans les sociétés humaines comme dans un organisme, quelque instinct, fruit d'une longue expérience, devait nous sauvegarder d'erreurs funestes ? Ou alors, comment le faire naître parmi des hommes élevés pour les libres compétitions et les libres concurrences, dans une Economie montée pour conquérir et non pour s'entr'aider, en vue du profit, et non du perfectionnement ? Si pour se « libérer de l'animalité » et pour se rendre, comme disait Descartes, « maîtres et possesseurs de la Nature », les hommes doivent s'unir, comment se passer d'un commandement ? Mais alors, comment garder la marge nécessaire entre un tel commandement et la tyrannie ? Question devant laquelle il n'a pas reculé mais qu'il n'a voulu résoudre qu'en laissant son cœur généreux mener sa raison clairvoyante. Il a espéré — et de toute son âme — que l'adhésion volontaire, que la discipline consentie, que l'élan spontané dispenseraient de l'ordre imposé. D'où sa foi dans la persuation. D'où ses campagnes inlassables pour la paix internationale, pour une langue universelle, pour la sélection humaine « la plus grande des espérances », pour le développement des recherches scientifiques, sa lutte incessante contre ce qu'il appelait « la néophobie ».

Si le destin lui donna les plus poignantes désillusions, du moins devant la guerre, même devant le recul du libéralisme en Europe, sa foi ne chancela pas. Il eut alors la force vraiment stoïque d'écrire qu'après tout l'Humanité est encore dans son enfance, et que dix mille ans d'histoire ce n'est pour elle qu'un jour. Il n'a jamais hésité non plus sur la méthode qui ferait passer ses aspirations dans les faits. La libération, il ne l'attend que de la Science. « L'avenir et le bonheur de l'Humanité dépendent de la Science ». Non qu'il méconnût que « le bonheur ne dépend pas uniquement du progrès de nos connaissances » : hélas ! il a vu, lui l'apôtre de l'aviation, les bombardements aériens ; lui, l'investigateur de l'anesthésie, les gaz asphyxiants. Mais « si elle n'en est pas la condition suffisante, elle en est la condition nécessaire ». Seule, elle met entre nos mains la puissance qui nous ouvrira un monde nouveau. C'est pourquoi il redisait à la fin de sa vie « son respect de l'individus humain et sa foi dans la science ».

Je crains d'avoir trahi, en la réduisant à quelques grands traits, une pensée si riche. La vue du monde et de la destinée qu'il nous a offerte à méditer est un ressort puissant. C'est une conception militante et proprement héroïque. Elle a de profondes racines dans notre passé, et Richet le proclamait. Un soir, à Alger, où, quittant sa demeure de prédilection — une des « Iles d'Or » — cet homme de quatre-vingts ans était venu en avion rejoindre de jeunes physiologistes, il nous a dit ; « Voulez-vous me définir ? Je suis un Méditerranéen ». La Méditerranée, c'était pour lui sans doute — et comment eût-il oublié ce vers de l'Anthologie ? — la mer où « Cypris jadis se jouait dans l'azur des flots ». Mais c'était aussi la mer d'Hercule dompteur de monstres, d'Athênê victorieuse des barbares, et encore la mer vers laquelle marcha Moïse et qui porta saint Paul.

***

Devant une œuvre si vaste, en de certaines parties si hardie, et je dirai si magnifiquement imprudente, les critiques n'ont pas plus manqué que les éloges. Ceux qui les ont exprimés ne les ont pas inventés. On les trouverait tous résumés en quelques pages dans un article de l'Encyclopédie, que jadis signa Diderot. On y lit : « Il est l'étendue de l'esprit, la force de l'imagination, l'activité de l'âme..., un pur don de la nature. Ce qu'il produit est l'ouvrage d'un moment..., il est frappé de tout, et dès qu'il n'est point livré à ses propres pensées et subjugué par l'enthousiasme, il étudie pour ainsi dire sans s'en apercevoir ; il est forcé, par les impressions que les objets font sur lui, à s'enrichir sans cesse de connaissances qui ne lui ont rien coûté... Il recueille dans son sein des germes qui y entrent imperceptiblement, et qui produisent dans le temps des effets si surprenants, qu'il est tenté de se croire inspiré ; il a pourtant le goût de l'observation, mais il observe rapidement un grand espace... Incapable de marcher dans la carrière et de parcourir successivement les intervalles, il part d'un point et s'élance vers le but ; il est rare qu'il suive la chaîne des conséquences ; il est primo-sautier... » Mais, d'autre part, « il lui arrive de ne voir les idées abstraites que dans leur rapport avec les idées sensibles. Il donne aux abstractions une existence indépendante de celui qui les a faites ; il réalise ses fantômes... forcé de produire, il construit des édifices hardis ; il admire ses systèmes comme il admirerait le plan d'un poème, et il les adopte comme beaux en croyant les aimer comme vrais ». Et cependant « il hâte les progrès de la philosophie par les découvertes les plus heureuses et les plus inattendues... ».

Cet article de l'Encyclopédie, Messieurs, c'est l'article « Génie ».

Ce mot qu'on hésite toujours à prononcer, nous pouvons ici le dire hardiment. Car nous qui avons connu Charles Richet, nous pouvons tous porter le témoignage que nous avons eu devant lui, l'étonnement, l'attente, l'inquiétude, la méfiance, le respect, la reconnaissance qu'un instinct profond nous inspire devant ceux en qui, à de certaines minutes grosses d'avenir, « a soufflé l'Esprit ». (*Assentiment unanime. Applaudissements prolongés.*)

« L'enseignement dans les Facultés a pris très exactement la forme du bachotage le plus parfait dans le sens péjoratif attaché à ce terme. Toutes les heures de la journée sont remplies de cours, de travaux pratiques, de stages. Un étudiant consciencieux, obligé d'obéir aux seules lois naturelles du sommeil et de l'alimentation, ne dispose pas d'une heure par jour pour se livrer au travail personnel. Est-il possible sans paradoxe de soutenir que le travail personnel ne devrait pas représenter le maximum de l'effort à fournir par des hommes donts l'âge se situe entre 20 et 30 ans ? L'exemple des concours avec leurs conférences préparatoires, leurs questions classiques et presque imposées, mettent désormais, non pas sur le même rang, mais trop souvent en première place le médiocre laborieux et doué d'une bonne mémoire au détriment du candidat intelligent et à la personnalité originale. »

(Prof. J. Delmas. — Quelques réflexions sur les causes profondes de la crise médicale. *La Presse Médicale*, 4 janvier 1936.)

« Que de thérapeutiques roulées par les torrents de la mode, se sont aujourd'hui déposées à jamais dans les vases de l'oubli ! Non pas qu'il convienne de dénicher leur valeur aux méthodes jeunes qui se lèvent. Ne jamais se prononcer avant l'heure compte toujours à l'éloge du médecin comme une preuve de sagesse. Il faut attendre. « Attention, disait Boerhaave, à ses élèves, devant le lit des malades ; il s'agit ainsi de peau humaine. » La hâte irréfléchie est une lourde faute. » (Ch. Fiessinger. — L'erreur par le regard. *Journal des Praticiens*, 6 nov. 1935.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'urologie, par G. Marion. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris. Troisième édition entièrement refondue Deux volumes formant ensemble 1.232 pages avec 574 figures et 34 planches hors texte en couleurs, relié toile, 220 francs.

Le Traité d'urologie reparaît entièrement refondu avec des modifications et des adjonctions importantes, l'iconographie elle-même a été très sensiblement augmentée.

Depuis l'apparition de l'édition précédente, l'urologie a notablement progressé. Des affections encore incomplètement connues ont reçu la consécration du temps, telle *la maladie du col vésical.* De nouveaux moyens d'exploration ont été imaginés ou perfectionnés, la *pyélographie*, l'*urographie*, l'*urétrographie*. Ils font, naturellement, l'objet de chapitres spéciaux et trouvent leur description à chacune des affections pour lesquelles ils peuvent être utilisés.

Enfin, des techniques nouvelles sont décrites pour la *cure de l'extrophie vésicale*, de la *réfection de l'urètre chez la femme*, etc., pour le *traitement de certaines maladies de l'urètre postérieur et du col vésical par les voies naturelles.*

Un chapitre entier concernant la technique des *opérations applicables aux affections de l'appareil génital de l'homme* a été ajouté. A chaque instant en effet, l'urologie a à traiter ces affections qui se rattachent parfois si intimement aux maladies de l'appareil urinaire.

L'exploration instrumentale (cystoscopie, cathétérisme urétéral, urétroscopie, et incelage), à laquelle l'auteur a donné un développement important, forme dans cette édition un chapitre spécial qui, à lui seul, constitue un véritable petit « Traité d'exploration instrumentale ».

Enfin de nombreuses techniques opératoires ont été modifiées. Malgré ces adjonctions le Traité d'Urologie reste dans les limites raisonnables que doit avoir un Traité complet de spécialité pour être maniable et facile à consulter.

C'est un exposé de tout ce qui touche à l'urologie présenté d'une façon essentiellement pratique. Il comprend : *Une description de l'anatomie* macroscopique et microscopique des organes urinaires.

Un chapitre sur les *diverses méthodes d'exploration* y compris la technique des examens de laboratoire chimiques et bactériologiques.

Une étude des grands symptômes urinaires et de leur signification qui constitue avec le précédent chapitre un véritable Traité de diagnostic urologique.

Un chapitre consacré en entier à l'urétroscopie, à la cystoscopie, et au cathétérisme urétéral.

La *pathologie* des affections de l'appareil urinaire tient naturellement la plus grande place, avec, pour chacune d'elles, un exposé sur l'étiologie, l'anatomie pathologique, les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

La partie *thérapeutique* est exposée d'une manière éminemment pratique et répond à cette nécessité de tout ouvrage de spécialité d'être à la fois médical et chirurgical. On y trouvera d'abord un *formulaire urologique* avec renseignements précis sur les médications, les régimes et modèles d'ordonnance pour les principales affections chirurgicales du rein, de la vessie et de la prostate.

La *technique opératoire* urologique est essentiellement originale et personnelle.

L'auteur ne décrit qu'une seule technique pour chaque opération : celle que l'expérience lui a montré être la meilleure, celle dont le lecteur doit attendre le plus sûrement des résultats aussi satisfaisants que possible.

Toutes les interventions pratiquées sur l'appareil urinaire y sont décrites.

Le Professeur Adrien Proust (1834-1903), par le Docteur Robert Le Masle. Un vol. in-16, avec, en frontispice, le portrait d'A. Proust, par Lecomte du Nouy, 7 francs. Lipschutz, édit., 4, place Odéon, Paris.

Cette étude, publiée à l'occasion du XIIIe anniversaire de la mort de Marcel Proust, renferme les « Clés » de Combray, de la Tante Léonie, de Cottard, de Françoise et de bien d'autres héros d' « *A la recherche du Temps Perdu* ».

Le ski par la technique moderne, par le Docteur E. Hallberg et H. Muckenbrunn. Avec une étude sur la physiologie du ski et une préface par le Professeur A. Labarjet, 4e édition, un vol., nomb. ill. Arthaud, éditeur, Grenoble.

« Dès les premières pages de ce volume, dit le Professeur Labarjet dans sa préface, nous constatons que cet ouvrage a été écrit par des hommes compétents, ayant longuement réfléchi sur le moyen de réaliser les exercices les plus difficiles et d'en enseigner la pratique.

Pour écrire un tel livre, il ne suffisait pas d'être un skieur de grande classe ; Mückenbrünn a certainement des camarades sportifs qui peuvent lui être comparés. Mais peu d'entre eux étaient sans doute capables d'une analyse aussi intelligente et aussi précise. Chaque geste est étudié. L'ingéniosité de nombreux croquis, parfaitement exacts et plus démonstratifs qu'une photographie séduisante, éclaire merveilleusement le texte. L'apprentissage des arrêts, la technique des sauts, la tactique des courses m'apparaissent comme des modèles d'éducation oportune. Les conseils sur l'entrainement et l'hygiène sont excellents. Adoptant des notions judicieuses, les auteurs démontrent l'obligation d'acquérir un automatisme respiratoire adapté à l'effort progressif. Certes, on pourrait écrire une étude plus complète de l'influence du ski sur l'organisme, mais cette physiologie déjà bien étudiée par mon ami le Docteur Mivelle, comporterait un développement étranger à cet ouvrage que Mückenbrünn et Hallberg ont voulu pratiquer avant tout. Ce livre s'adresse, en effet, à tous les skieurs, depuis le débutant jusqu'au champion ».

FAITS CLINIQUES

Fractures du fond du cotyle avec pénétration intrapelvienne de la tête fémorale

Par A. BRÉCHOT et GIRARD

Le 15 juin 1935, M... Gilbert, 48 ans, entre dans le service ; maçon il est tombé au cours de son travail d'une hauteur de 4 mètres. Assez choqué il ne peut préciser les circonstances de l'accident, il accuse une douleur vive à la racine de la cuisse droite ; le membre inférieur droit est impotent et en légère adduction. Il existe un gonflement de la partie supérieure de la cuisse s'étendant à la région pubienne. Les mouvements passifs sont très douloureux ; on peut fléchir légèrement la cuisse sur le bassin, l'abduction est très limitée. On trouve un point douloureux exquis sur la branche horizontale du pubis. Le toucher rectal montre l'existence d'une saillie dure et douloureuse bombant sur le flanc droit de l'ampoule rectale. Il existe un raccourcissement de 4 cm. mesuré de la pointe de la malléole externe à l'épine iliaque antéro-supérieure. La radiographie montre : 1° une fracture verticale des branches horizontales et descendantes du pubis ; 2° une fracture du fond du cotyle avec pénétration intrapelvienne de la tête fémorale.

Les jours suivants la douleur diminue, l'impotence du début se modifie, les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin sont possibles, spontanément l'abduction est toujours impossible. Il est apparu une ecchymose à la partie moyenne de la face externe de la cuisse et une ecchymose scrotale droite. On intervient le 2 juillet 1935 sous anesthésie générale à l'éther. A l'aide d'une aiguille courbe tubulée on passe un câble de Relland au-dessus du col fémoral et en dedans du grand trochanter. Le toucher rectal montre que la saillie intrapelvienne de la tête fémorale disparaît par traction sur le câble. Le malade ramené dans son lit, on installe une extension continue comme suit : 1° à l'aide de bandes de leucoplaste on tire sur la jambe en abduction moyenne avec un poids de 6 kg. la contre-extension étant réalisée par surélévation des pieds du lit ; 2° on tire sur le câble péri-trochantérien dans l'axe du col fémoral avec un poids de 5 kg. ; la contre-extension est réalisée par une écharpe qui entoure la partie inférieure du tronc et qui est fixée au lit du côté opposé à l'extension. La radiographie de contrôle est pratiquée le lendemain au lit du malade. La tête fémorale est en place. L'extension est maintenue pendant 40 jours. Au bout de cette période on doit la supprimer car le câble coupe les téguments. La radiographie pratiquée à ce moment montre la persistance de la réduction. Le malade est laissé au repos au lit ; il sort de l'hôpital sur sa demande le 13 septembre, il reste chez lui au lit pendant un mois. Il se lève pour la première fois le 10 octobre ; il est revu le 4 novembre se plaignant d'une légère douleur dans le genou droit et de l'apparition de gonflement du membre inférieur droit après la marche.

Examen : 1° *Debout* ; A. dans la position du garde à vous, le talon droit appuie un peu moins sur le sol que le talon gauche, le pied se met un peu en varus. B ; Démarche facile avec un léger temps d'arrêt au moment où le membre droit prend appui sur le sol ; le malade penche légèrement le tronc du côté de sa hanche malade ; C. Le malade se met facilement à califourchon sur une chaise ; D. Il s'accroupit et se relève sans prendre d'appui :

2° *Couché* : A. A première vue pas d'atrophie, pas de raccourcissement apparent, cependant la mensuration montre un raccourcissement de 2 cm. ; B. Le membre est en bonne position ; C. L'étude des mouvements montre une flexion d'amplitude sensiblement normale de la limitation de la rotation de la tête fémorale dans le cotyle, une abduction limitée ;





le malade étant couché sur le dos on constate que l'hyperextension est égale des deux côtés. Les mouvements du genou sont normaux au moment de l'examen, le malade n'avait fourni qu'une marche peu prolongée, il n'existait qu'un léger œdème bimalléolaire.

Le malade est vu à nouveau quinze jours plus tard, le résultat fonctionnel est bon. La flexion dépasse légèrement l'angle droit. L'épine iliaque ne commence à être entraînée qu'à 100°.

La limitation de l'abduction est plus grande, on n'obtient que les deux tiers de l'amplitude normale. La marche est facile et correcte. Cependant ces résultats ne semblent pas autorisés par le vu de la dernière radiographie, sur celle-ci on constate que le déplacement en dedant de la tête fémorale s'est partiellement reproduit, par ailleurs il existe un flou de l'interligne articulaire et des images de néoformation osseuse sur le fond du cotyle et au-dessus du col fémoral.

Nous publions cette observation à cause du mode de traitement que nous avons employé. Toutefois avant de la rappeler remarquons les faits cliniques suivants :

La chute comme il est de règle a été brutale. Le fond du cotyle a été enfoncé et il existe une fracture de la branche pubienne. Malgré ces lésions les phénomènes de shock n'étaient pas considérables.

L'impotence fonctionnelle, absolue tout au début s'est améliorée rapidement. La cuisse était en extension avec légère adduction tandis qu'ordinairement il existe abduction et flexion.

Le traitement que nous avons utilisé nous paraît utile à publier.

Nous avons simplement avec une aiguille de Doyen passé autour du grand trochanter un cable de traction. Celle-ci a été effectuée dans l'axe du col et maintenue par un poids ci a été effectuée dans l'axe du col et maintenue par un poids de 5 kg. La luxation s'est réduite aisément.

Nous avions d'abord eu l'intention de faire cette traction par une broche transcholestérienne. Le procédé que nous avons employé nous semble préférable, des lésions d'ostéite possibles, fussent-elles atténuées, nous paraissent à éviter quand la traction osseuse n'est pas nécessaire. Toutefois il faut passer un câble de calibre plus gros que celui que nous avons utilisé, n'en ayant point d'autre. Il serait bon de faire réfléchir les deux branches du câble passé sur un chevalet maintenant leur écartement.

La traction faite dans l'axe du col est puissante. Le point d'appui sur la face interne du grand trochanter et sur les puissantes masses tendineuses qui s'insèrent sur son bord supérieur est bon. Nous insisterons en terminant cette courte note sur la nécessité, d'une part, de maintenir une traction prolongée, de l'autre de ne laisser marcher le malade que tard, pas avant la dixième semaine.

Le résultat que nous avons obtenu est actuellement bon. Le demeurera-t-il ? Le danger de l'évolution tardive des fractures articulaires de ce genre est grand. Des arthrites douloureuses plus ou moins ankylosantes sont toujours à redouter. Aussi les plus expresses réserves doivent-elles être faites pour les incapacités permanentes tardives et les soins post-opératoires. Massages, air chaud, etc., doivent être longtemps continués.

« Deux faits parallèles s'imposent aux observateurs de la Société contemporaine :

A. Les restrictions alimentaires et le manque d'exercices musculaires chez les citadins.

B. L'effacement des hommes des classes cultivées, en ce qui concerne les situations directrices, devant les hommes qui ne les valent pas, ni en intelligence, ni en instruction, mais qui, eux n'ont pas abdiqué l'énergie physique indispensable aux manieurs d'hommes.

Une grande partie de la *crise* vient de cette aberration des classes cultivées qui ne se préoccupent pas assez d'entretenir leur potentiel combatif. »

(P. Desfosses. — Opinions sur l'alimentation et les aliments. *La Presse Médicale*, 23 novembre 1935.)

THÉRAPEUTIQUE

Les traitements mercuriels

Condition de leur efficacité
Rétention et élimination du mercure

Malgré la très grande puissance des traitements arsenicaux et bismuthiques, le mercure reste, en cas de syphilis, un médicament de premier plan. On l'emploie en cas d'arséno-résistance et de bismutho-résistance — en cas d'arséno-intolérance ou de bismutho-intolérance — on l'emploie comme auxiliaire de l'arsenic ou du bismuth. On peut aussi l'employer « au principal ». Le Professeur Spillmann, à la *réunion dermatologique de Nancy*, le 26 avril 1929, signalait le grand nombre de malades atteints de syphilis, depuis trente ans et plus, qui ont été traités avec satisfaction par le seul mercure. Plusieurs d'entre eux se sont mariés après cinq ou six ans d'infection et ont eu des enfants bien portants. Il s'agit de sujets qui se sont traités régulièrement, les uns faisant des frictions, les autres recevant des injections mercurielles solubles ou insolubles (huile grise). La plupart n'ont éprouvé, du fait de la syphilis, qu'un minimum de dommages. La maladie, traitée d'une façon pour ainsi dire indéfinie, ne semble pas avoir eu de répercussion appréciable sur la descendance et ne paraît pas devoir raccourcir leur existence. Naturellement, il faut bien spécifier qu'il s'agit là de malades traités régulièrement, les traitements insuffisants ayant des dangers bien connus.

Le professeur Ide (de Louvain) dont les opinions ne sont jamais négligeables en thérapeutique clinique et en pharmacologie a consacré, il y a quelques mois, un article des plus suggestifs à la valeur thérapeutique du mercure. Il le voit reprenant une place de plus en plus grande dans le traitement de la syphilis. Son action curative est fidèle, — la dose qui permet d'obtenir cette action est loin de la dose léthale — l'usage prolongé en est sans inconvénient. Des cures peu intenses mais continues ont des effets curateurs du meilleur aloi : un milligr. par jour de mercure utilisé par l'organisme suffit pour faire merveille.

***

Ces résultats sont particulièrement remarquables en cas de syphilis congénitale, ainsi que Vignes l'indiquait récemment dans le *Concours Médical* en rapprochant son expérience de l'enseignement de Marfan, de Nobécourt, de Lévy-Bing.

Pour interpréter les résultats du traitement mercuriel, il faut tenir compte non seulement de son action antisyphilitique, mais encore de ses effets sur les diverses fonctions organiques et sur les maladies les plus diverses. Il faut lire, sur ces points les classiques, Trousseau et Pidoux, Rabuteau, Gübler, Dujardin-Beaumetz.

En m'excusant de citer pêle-mêle les résultats de nos Anciens et les résultats les plus récents, je rappellerai qu'on a attribué au mercure diverses propriétés dont certaines sont incontestables et dont certaines sont vraisemblables :

1° le mercure a été dit sédatif ; il ralentirait la circulation, abaisserait la température et diminuerait l'exhalation de l'anhydride carbonique, ce qui pourrait bien correspondre à un abaissement du métabolisme basal ;

2° donné à faibles doses, il exerce une action eutrophique et augmente le poids du sujet ;

3° il exciterait le système lymphatique, ce qui doit correspondre à son pouvoir « résolutif, fondant, antiphlogistique », à ses effets sur les cirrhoses et la résorption des tissus fibreux ;

4° il combat l'anémie chez les syphilitiques... et chez les

autres, ainsi que l'a montré GALLARD (*Arch. gén. de méd.*, nov. 1885) ;

5° les frictions mercurielles font baisser la tension du liquide céphalo-rachidien et agissent, ainsi, sur certaines céphalées ;

6° le mercure guérit des affections dermatologiques très diverses, des affections oculaires très diverses ; les frictions mercurielles améliorent les ophtalmies sympathiques (mieux que tout autre mode d'administration de ce métal) ;

7° le mercure agit remarquablement, dans certains cas d'érysipèle, — dans ce tains cas de rhumatisme articulaire aigu, ainsi que l'a montré TROUSSEAU ; — BILLIGHEIMER a montré ses excellents effets dans les encéphalites épidémiques, mais seulement à la phase aiguë (*Klin. Woch.*, 25 juin 1923) ;

8° le mercure est décalcifiant ; cette notion classique que VIGNES et POTÉ ont confirmée en dosant le calcium dans des animaux entiers après injection de mercure colloïdal (*C. R. de la Soc. de Biol.*, 1932, t. CX, p. 1.204) est utilisable dans un certain nombre de circonstances médicales et obstétricales et comporte, d'ailleurs, dans d'autres cas, les inconvénients de ses avantages.

Certains de ces effets peuvent s'expliquer par l'action du mercure sur un organe qu'a taré une syphilis méconnue, congénitale ou acquise, sur une thyroïde syphilitique, sur des organes hématopoïétiques syphilisés ; mais d'autres effets relèvent probablement d'un effet plus directement pharmacologique.

***

Le mercure peut transiter dans l'organisme en peu de temps et être élimin' rapidement, ou il peut se fixer dans certains organes, principalement le foie ou les os, ainsi que l'ont montré AUTENRIETH, ORFILA, KUSSMAUL, GORUP-BESANEZ.

Le siège des localisations a été étudiée, récemment, par J. LÉVY, KAYSER et SIRAS. Pour ces auteurs, le sang contient des quantités variables de mercure suivant le mode d'injection, suivant la solubilité du produit et suivant le temps écoulé entre l'injection et le prélèvement ; le mercure injecté en véhicule huileux n'entre en circulation qu'après quelques jours, nécessaires sans doute à sa transformation en produits solubles. Le rein et le foie sont les viscères où la quantité de mercure rapportée au poids d'organes frais est des plus relevées ; outefois les produits solubles dans l'eau, produits dont l'élimination est plus rapide, s'y accumulent en quantités moindres. Les localisations du mercure dans le cerveau sont des plus variables, le plus souvent elles sont négligeables ou nulles. Le mercure ne s'accumule pas dans les poumons, ni dans la moelle épinière et le liquide céphalo-rachidien.

Un même produit mercuriel peut être élimin' très vite ou très lentement suivant les sujets et il faut voir dans ces particularités individuelles une explication pour certaines différences d'effets thérapeutiques et toxicologiques.

Un même produit mercuriel peut être éliminé très vite ou très lentement suivant des circonstances accidentelles ou thérapeutiques : l'iode, le soufre interviennent pour favoriser l'élimination.

D'après YOUNG, TAYLOR et MERRITT (1), un régime riche en calcium (2) ou en alcalins (3) favorise la fixation de calcium et diminue l'élimination. Un régime acide augmente l'élimination. L'administration de substances acidifiantes en même temps qu'un traitement mercuriel permet un effet thérapeutique sans risques d'accumulation. Au contraire, un régime alcalin favorise les dépôts intratissulaires et la possibilité d'une intoxication massive par mobilisation ultérieure.

(1) YOUNG, TAYLOR et MERRITT. Distribution and excretion of mercury. *Arch. of dermat. and syph.*, avril 1930, t. 21, p. 539.

(2) Analogie avec le plomb : le calcium favorise sa fixation. Pour AUB, FAIRHALL, MINOT et REZNIKOFF. (The Lead poisonning, *Médicine*, t. 4, p. 17). Il faut, en cas d'intoxication aiguë, immobiliser le plomb par de fortes doses de chaux pour éviter de léser foie et rein. Ultérieurement on diminuera le calcium pour favoriser l'élimination.

(3) MAX VAUTHEY recommande la cure alcaline de Vichy pour augmenter la fixation du mercure dans le foie et diminuer sa vitesse d'élimination. (Les alcalins et la cure de Vichy dans la thérapeutique mercurielle. *La pratique médicale française*, mars 1931.)

***

SOLLMANN, avec ses collaborateurs, SCHREIBER et COLE, a étudié l'excrétion du mercure après injection de divers produits mercuriels et ils ont comparé les résultats, ainsi obtenus, avec ceux de l'ingestion et des frictions. Ils ont conclu que l'efficacité antisyphilitique du traitement mercuriel semble conditionnée par le maintien constant de mercure diffusible et dissociable à un taux adéquat. Le mercure, qui est fixé et emmagasiné dans les tissus, ne semble pas avoir d'effet curatif. L'excrétion urinaire du mercure peut donc servir d'indicateur du mercure diffusible, car, pour ces auteurs, l'excrétion fécale serait insignifiante. La courbe urinaire de l'excrétion varie : tantôt elle est périodique en cas d'injections de composés organiques diffusibles, calquée en quelque sorte sur le rythme des injections ; tantôt elle est continue avec les sels insolubles, avec les frictions, avec les méthodes par ingestion. Les médicaments réellement efficaces sont ces médicaments à élimination continue. Il y aurait corrélation entre le pouvoir antisyphilitique et le niveau de l'excrétion urinaire quotidienne à la fin de la quatrième semaine du traitement. Toute forme où le niveau urinaire du mercure descend au-dessous d'un demi-milligramme est inopérante : du nombre de ces méthodes peu actives sont les frictions de pommade au calomel, l'administration orale de bichlorure à des doses quotidiennes de 15 milligrammes, l'injection intraveineuse de cyanure, les injections intramusculaires de benzoate, d'iodure rouge de mercure, et les injections intraveineuses de composés en combinaison organiques stables, tels que le salyrgan, le novasurol, le mercurosal. Tous ces produits donnent des éliminations massives avec retour à la normale en quelques heures. Au contraire les méthodes qui réalisent un taux quotidien urinaire variant de huit dizièmes de milligrammes à un milligramme sont efficaces ; mais elles peuvent causer de la stomatite. Les frictions d'onguent mercuriel, à doses massives, l'administration orale de 20 centigr. de *mercurius cum creta*, l'administration intramusculaire de bromure de mercure sodique et l'administration hebdomadaire intramusculaire d'huile grise rentrent dans ce groupe. Avec cette dernière préparation, cependant, il y a un danger de libération massive et d'intoxication. L'administration orale d'iodure jaune de mercure et de bromure mercuriel sodique à dose quotidienne d'un demi-gramme, de même que certaines méthodes d'injection, élèvent le niveau urinaire à la fin de la quatrième semaine jusqu'à deux milligrammes par jour et même quatre milligrammes et demi. L'imprégnation de l'organisme correspondant à ces niveaux élevés agit plus rapidement contre la syphilis que ne le font les doses modérées ; mais cette méthode est plus suceptibles de produire une stomatite grave.

Il faut savoir aussi, enseigne Sollmann, que des quantités considérables de mercure peuvent être emmagasinées dans les tissus, même après injection intraveineuse des composés organiques les plus diffusibles. La rétention serait particulièrement marquée avec les préparations colloïdales; or si l'on admet que l'action thérapeutique cesse promptement dès que cesse l'excrétion, ce mercure retenu serait particulièrement inefficace ; or il est indésirable, car il peut être nocif pour les parenchymes (1).

A. MARMEAUX.

(1) T. SOLLMANN, NORA E. SCHREIBER and H. N. COLE. — Excretion of Mercury After Clinical Intramuscular and Intravenous Injections. *Archives of Dermatology and Syphilology, Chicago*, 1935, t. 32 p. 1.

« Dans la carrière, tout de suite, on distingue un médecin qui a achevé des études secondaires solides d'un autre qui s'est assimilé trop vite le bagage des notions didactiques. » (Ch. FIESSINGER. — L'erreur par le regard. *Journal des Praticiens*, 6 novembre 1935.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Cardiologie

Il existe une notable proportion de rétrécissements mitraux qui ne font aucun doute au point de vue du diagnostic clinique et même radiologique, et qui cependant ne présentent à l'examen électrocardiographique aucune image caractéristique. Dans un nombre de cas aussi imposant, il existe une conjonction de signes électriques qui consistent dans une certaine altération de l'onde P, et une déviation de l'axe électrique assez constante pour étayer le syndrome, déjà fort riche, de la sténose mitrale.

Ainsi l'intérêt diagnostique du syndrome électrique du rétrécissement mitral est diminué, il offre surtout une valeur d'appoint, et dans certaines circonstances seulement une valeur indicatrice réelle. Plus importante apparaît sa coexistence avec l'image radiologique de stase pulmonaire. Témoin fréquent de ce syndrome, il s'accorde en général avec lui pour fixer une étape évolutive et fournir un élément précieux au pronostic.

(Ch. Laubry et J. Fahrman. Considérations sur le syndrome électrique du rétrécissement mitral. *La Presse Médicale*, 30 nov. 1935.)

Foie

On a pu réunir 843 cas d'ictère sur un nombre total de 12.765 syphilitiques traités au dispensaire Fracastor de l'hôpital Broca.

Les ictères peuvent compliquer le traitement de la syphilis à toutes ses périodes. Dans la statistique publiée, on relève des ictères compliquant : 135 syphilis primaires ; 457 syphilis secondaires ; 248 syphilis tertiaires ; deux sujets n'étaient pas syphilitiques.

Ces ictères peuvent être précoces ou tardifs.

Précoces, ils surviennent en cours de traitement, parfois vers la troisième ou la quatrième piqûre, aux alentours du dixième jour, mais ils peuvent survenir également en fin de série.

Tardifs, leur date d'apparition est beaucoup plus variable. Ils débutent, soit dans le mois qui suit la dernière injection, soit au contraire deux ou trois mois après celle-ci.

Parmi les 843 cas d'ictère, 570 étaient tardifs (263 dans le premier mois, 307 dans les deux ou trois mois). Il est exceptionnel de voir un ictère dans un délai supérieur à trois mois après la fin du traitement. Dans ces cas, d'ailleurs, l'intervention du médicament dans le déterminisme de l'ictère semble douteuse.

Cliniquement, ces ictères se présentent dans la grande majorité des cas sons l'aspect d'un ictère catarrhal bénin. Précédés d'une période prodromique, caractérisés par des troubles digestifs — nausées, vomissements, débâcles diarrhéiques, — ces ictères sont presque toujours apyrétiques. La coloration jaune des téguments et des muqueuses est souvent peu intense, et dans nombre de cas tout se borne à un subictère conjonctival. On noterait assez fréquemment dans les urines une dissociation pigmento-cholalique. Le foie est souvent augmenté de volume, parfois douloureux. La rate peut également être hypertrophiée. Comme pour les ictères catarrhaux, la durée en est très variable, on rencontre des ictères qui se prolongent au delà de deux mois.

Dans certains cas — d'ailleurs exceptionnels — on voit évoluer un ictère grave. L'autopsie de ces formes mortelles montre de façon constante une atrophie jaune aiguë du foie.

Il est enfin un type d'ictère qu'il importe d'individualiser. C'est celui qui survient lors des premières injections, assez souvent à la troisième, en tout cas aux environs du dixième jour. Il est parfois précédé d'une réaction fébrile marquée, mais surtout il est exceptionnel que la complication hépatique soit isolée ; l'ictère n'est le plus souvent que l'un des éléments d'un syndrome complexe dont les autres composants sont variables et peuvent être, selon les cas, du purpura, une albuminurie, des troubles intestinaux, des arthragies. Tout se passe comme si le sujet était déjà dans un état instable que traduit d'abord la crise nitritoïde et dont l'ictère est tantôt l'élément dominant, tantôt un facteur accessoire, le purpura ou l'albuminurie prenant alors la première place. Ce type clinique n'est pas fréquent, mais donne lieu au plus grand pourcentage de formes mortelles. (Un seul cas mortel dans la statistique des auteurs.)

La fréquence de ces ictères est infiniment plus grande après la thérapeutique arsenicale. Sur les 843 ictères, on trouve :

782 cas au cours d'une thérapeutique arsenicale.
42 cas au cours d'une thérapeutique mercurielle.
19 cas au cours d'une thérapeutique bismuthique.

On est frappé par ce fait que le nombre des ictères est plus élevé au cours de certaines années. Certaines séries médicamenteuses semblent particulièrement ictérigènes.

Des différentes théories proposées pour l'explication des ictères de la chimiothérapie antisyphilitique, il apparaît que certaines d'entre elles (réaction d'Herxheimer, hépato-rechute) ne répondent qu'à des circonstances précises mais rares, que d'autres (intoxications) contiennent une part de vérité, mais n'expliquent qu'une part du problème.

Deux hypothèses restent en présence pour expliquer la presque totalité de ces ictères, l'intolérance, le biotropisme. De ces deux théories, la première paraît expliquer sans discussion un certain nombre de faits. Dans les autres cas, qui restent les plus fréquents, il est bien difficile de conclure. Chacune de ces théories comportant une part d'hypothèse, l'interprétation de faits reste dans le domaine doctrinal et, par conséquent, diffère suivant les auteurs.

(A. Tzanck, A. Bensaude et M. Cachin. Les ictères de la chimiothérapie antisyphilitique. *La Presse Médicale*, 28 août 1935.)

Les travaux récents sur la physiopathologie de la vésicule biliaire ont apporté des arguments en faveur de la conception infectieuse locale de la lithiase biliaire. Le rôle de la vésicule est conçu de la façon suivante :

L'infection agit en privant la vésicule de son pouvoir d'absorption électif. Dans la vésicule infectée, aux parois inertes mécaniquement et physiologiquement, la pullulation microbienne développe ses conséquences : l'acidification du milieu.

Celle-ci, à son tour, provoque la floculation du cholestérol. La précipitation devient massive lorsque, par les progrès de l'inflammation, l'exsudation protéidique par la paroi vésiculaire s'accentue. Elle entraîne alors les différents éléments de la bile (pigments, chaux, sels biliaires), dont la diminution globale s'explique par une floculation simultanée sous l'influence d'une cause commune, l'acidification. De cette façon se constituent, autour d'un noyau protéidique, les calculs biliaires dont la composition reflète celle de la bile au sein de laquelle ils naissent.

L'épreuve thérapeutique plaide également en faveur de cette conception.

De tout temps, la médication alcaline a été utilisée dans le traitement de la lithiase biliaire ; mais ce n'est que récemment qu'on a considéré que cette thérapeutique réalisait « l'antisepsie ionique » de la bile, et ceci, non seulement parce qu'elle détermine la mort des germes pathogènes, mais surtout, parce qu'elle empêche la précipitation des colloïdes de la bile en neutralisant les acides engendrés par la prolifération microbienne.

(Prof. V. De Lavergne et P. Kissel, de Nancy). Données récentes sur la pathogénie de la lithiase biliaire. *Journal des Praticiens*, 9 novembre 1935.)

Le tubage duodénal, pratiqué systématiquement avant tout acte chirurgical chez un ictérique avec décoloration des matières, a permis avant toute recherche de laboratoire, d'obtenir la certitude de l'ouverture d'un kyste hydatique dans les voies biliaires.

A la lecture des plus récentes observations publiées, il ne paraît pas que la valeur de ce procédé ait été reconnue ou mise en relief.

(P. Moiroud et Ch. de Luna. De la valeur du tubage duodénal pour le diagnostic de kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires. *La Presse Médicale*, 12 octobre 1935).

Neurologie

Les paralysies faciales ne sont pas rares chez l'enfant — Dans ces cinq dernières années, M. Babonneix a pu en observer une vingtaine de cas. On peut distinguer :

1° Les paralysies faciales acquises ;
2° Les paralysies faciales congénitales.

Les premières constituent plusieurs groupes. Celles qui succèdent à une otite moyenne sont bien connues. Le plus souvent.

la paralysie semble « essentielle », idiopathique. La paralysie *a frigore* peut être admise dans certains cas, mais sous les plus expresses réserves. Dans les observations rapportées, on a discuté l'hérédo-syphilis ou le zona comme causes de la paralysie faciale.

La paralysie faciale peut être également produite par le virus de la poliomyélite antérieure ou par celui de l'encéphalite léthargique.

Les cas de paralysie faciale attribuables aux causes précédentes : otite, hérédo-syphilis, zona, poliomyélite antérieure aiguë, encéphalite léthargique, une fois éliminés, il en reste beaucoup d'autres pour lesquels aucune cause n'apparaît nettement. Comme ils surviennent parfois sous forme de petites épidémies, impossible de ne pas les rattacher à l'action d'un virus neurotrope indéterminé et qui, sans doute, n'est pas le même dans tous les cas.

Quant aux paralysies faciales congénitales, on peut distinguer :

A. Paralysies faciales périphériques simples (un cas rapporté par l'auteur).

B. Paralysies faciales périphériques associées (deux cas rapportés par l'auteur).

C. Paralysies faciales congénitales du type central (un cas rapporté par l'auteur).

Ces dernières sont encore mal connues, et il est vraisemblable qu'elles sont dues comme les précédentes à des malformations intéressant, non plus le tronc du facial, mais l'un des faisceaux géniculés.

(L. Babonneix. Paralysies faciales chez l'enfant. *Paris Médical*, 5 octobre 1935.)

Hygiène

Le porteur de germes rhino pharyngés ne doit pas rester enfermé tout en étant isolé en raison des risques qu'il fait courir à la communauté. En pratique, l'application de ce précepte se heurte à certaines difficultés, particulièrement en milieu hospitalier ; mais elles ne sont pas insurmontables. Pendant la guerre, on a pu réaliser cette méthode sur des soldats porteurs de méningocoques et on a constaté qu'aucune thérapeutique n'est plus efficace pour la désinfection des rhinopharynx hébergeant des germes pathogènes que la mise en plein air. Lorsque ce sera possible, il faudra choisir de préférence un endroit sec, sablonneux, loin d'une rivière et d'un endroit ensoleillé.

(Robert Clément. Traitement des porteurs de germes rhino-pharyngés. *La Presse Médicale*, 16 octobre 1935.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 8 janvier 1936

Étalon international d'insuline. — *M. Ch. Lormand*, signale que le nouvel étalon international d'insuline possède une activité de 22 unités par milligramme.

Il a été préparé par le Docteur Scott de Toronto, par cristallisation du sel de zinc.

L'étalon international est constitué par 51 grammes d'insuline.

Les conditions d'utilisation de l'étalon sont fixées.

L'étalon a été comparé aux insulines commerciales, en ce qui concerne la teneur en amino-acides par la réaction à la ninhydrine. Cette méthode permettrait de vérifier le degré de purification des insulines commerciales indépendamment de la méthode de précipitation par le ferro-cyanure et du titrage biologique.

La pancréatine antichoc et antianaphylactique. — *M. A. Legrand*, signale que la pancréatine antichoc et antianaphylactique doit être administrée chaque fois que l'on injecte un sérum antitoxique.

L'injection d'un sérum doit toujours être faite très lentement et, autant que possible, chez des sujets à jeun ou chez lesquels la digestion est terminée.

La pancréatine en thérapeutique humaine doit toujours être administrée *per os* ; les voies sous cutanée ou intra-musculaire peuvent occasionner des escharres ou laisser des indurations douloureuses et persistantes.

Quels que soient les sérums utilisés, les accidents sériques sont toujours à redouter.

La pancréatine sans action modificatrice sur les antitoxines, doit être prescrite avant l'injection ou simultanément avec celle-ci ; mais donnée 48 heures, ou même une heure avant le sérum, elle peut éviter des accidents dont on déplore toujours la soudaineté.

Eviter les accidents sériques, guérir les accidents déclarés, tel est le rôle de la pancréatine.

Administrée suivant les règles précises que l'auteur a formulées *dans les doses et dans le temps*, elle est, à l'heure actuelle, la médication qui offre contre les accidents sériques et anaphylactiques le maximum d'efficacité et de sécurité.

Essais pharmacodynamiques et cliniques sur les effets diurétiques de l'orthosiphon stamineus. — *MM. F. Mercier, L.-J. Mercier* et *F. Decaux*, présentent des observations cliniques et les résultats d'essais pharmacodynamiques sur l'action diurétique d'une plante de la famille des labiées, originaire de Java : l'orthosiphon stamineus.

Chez les différents malades arthritiques, goutteux, lithiasiques, oliguriques, hyperazotémiques, traités par l'infusion d'orthosiphon, comme chez les animaux soumis à l'injection sous-cutanée d'une solution d'extrait aqueux de la plante, les auteurs ont constaté une augmentation importante du débit urinaire, ainsi qu'une élévation marquée des chiffres de l'urée, de l'acide urique et des chlorures excrétés. Ils ont également noté un abaissement constant du taux de l'urée sanguine et dans certains cas de la tension artérielle.

Les auteurs pensent que les effets diurétiques complexes de l'orthosiphon, sont en rapport avec l'action stimulante que ses constituants hydro-solubles exerceraient sur l'urogénèse, l'excrétion des déchets, et probablement aussi sur l'uropoïèse. L'orthosiphon staminéus représentant pour eux un diurétique hépato-rénal particulièrement intéressant.

Intolérance plurimédicamenteuse chez un même malade. — *M. Georges Rosanoff* (Nice) rapporte l'observation d'un malade ayant présenté différents accidents à la suite de l'absorption successive de faibles doses de médicaments différents, et généralement bien supportés. Un arsinate de zinc (deux comprimés à 0,25 par jour), puis de l'acétylcholine (0,20 *pro die*) donnèrent rapidement lieu chacun à des phénomènes d'intolérance caractérisés par un état grippal marqué avec signes généraux accentués. L'absorption de tartrate d'ergotamine (un milligr. par jour), au contraire, ne provoqua aucune réaction générale, mais fit apparaître de violents spasmes intestinaux que l'auteur rattache plus à une intoxication par abaissement du seuil qu'à de l'intolérance.

Hormones parathyroïdiennes et épilepsie. — *MM. G. Parturier* et *Fribourg-Blanc*, frappés par les résultats obtenus par eux dans différents syndromes spasmodiques, à l'aide de l'hormone parathyroïdienne actuellement connue, se sont demandés si la même médication ne serait pas efficace sur des accidents spasmodiques tels que ceux de l'épilepsie.

Ils présentent quatre observations assez complètes pour retenir l'attention : l'une d'accidents épileptiformes chez un hépato biliaire ; les trois autres relatives à des cas d'épilepsie vraie. Dans la première, les injections d'hormones associées au gardénal ont eu une action indubitable sur le nombre et l'intensité des crises et sur les céphalées.

Dans la seconde, l'hormone qui fut le seul médicament employé, a été d'une efficacité certaine sur les crises convulsives.

Dans la troisième, le gardénal et la borosodine, antérieurement prescrits, restèrent associés à l'hormone, mais l'atténuation des troubles a été brusquement accélérée par elle, et en l'espace de deux mois les résultats obtenus ont été supérieurs à ceux qu'avaient donnés toutes les autres médications appliquées pendant plus de trois ans.

Marcel Laemmer.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 15 janvier 1936

M. Fredet annonce à l'Académie la mort du Professeur Ch. Walther dont il rappelle les travaux et prononce l'éloge.

A propos du procès verbal. — *M. Welti* insiste sur l'intérêt de l'examen anatomo-pathologique répété à plusieurs reprises au cours de l'intervention. C'est cette répétition des examens tout au long de l'intervention qui caractérise leur technique d'examen.

Iléus post-opératoire. — *M. Métivet* déclare qu'il considère l'iléostomie comme une des conquêtes les plus importantes de la chirurgie abdominale. Il se rallie à l'idée de l'iléostomie préventive dans les résections coliques.

Hernies inguinales volumineuses. — *M. Cadenat* insiste sur le fait que des hernies, même très volumineuses, sont justiciables de la cure chirurgicale à condition que l'on emploie quelques artifices de technique.

Rétention de bouton anastomotique. — *M. Richard* a observé chez une malade ayant subi une duodéno-jéjunostomie au bouton, une rétention de celui-ci pendant quatre ans sans incident.

M. Gosset pense que les anastomoses au bouton, si elles sont défavorables dans la chirurgie gastrique, sont tout à fait excellentes dans la chirurgie intestinale et colique.

M. Lardennois pense que le bouton de Murphy a de gros avantages sur le bouton de Jaboulay.

M. Desplas emploie le bouton de Jaboulay dans les cas de gastro-entérostomie difficile, palliative pour néoplasme par exemple, antérieure parfois, avec de bons résultats.

M. Moulonguet a observé un accident d'occlusion après emploi du bouton de Jaboulay.

Les diverticules duodénaux. — *M. Lardennois* fait un rapport sur quatre observations de *M. Baranger* (Le Mans), concernant des diverticules de la troisième et quatrième portion. Il s'agissait de diverticules à trois tuniques. Les malades qui en étaient porteurs ont été opérés à cause des troubles dyspeptiques qu'ils présentaient. L'auteur a simplement réséqué les diverticules avec plein succès.

Volumineux corps étranger appendiculaire. — *M. Jean Berger* communique une observation de *MM. Valdes* (Manille), *Rondet* et *Belot* (Marine), concernant un corps étranger de la dimension d'une amande qui fut toléré pendant près d'un an sans accident dans l'appendice.

Luxation temporo-maxillaire habituelle. — *M. X.-J. Contiadès* a traité une luxation récidivante de la temporo-maxillaire par fixation du ménisque à l'apophyse zygomatique avec un heureux résultat.

M. Ménégaux, rapporteur, fait une revue des différents procédés utilisés dans le traitement de cette affection.

Il préfère la butée préarticulaire à la méniscopexie.

A propos du traitement de la gangrène sénile. — *M. Métivet* pense que l'importance des douleurs est en rapport avec la nécrobiose des masses musculaires profondes de la jambe. Il s'est toujours attaché à apprécier la valeur de ces masses musculaires avant de décider le niveau de l'intervention. Les moyens d'exploration des masses musculaires sont: la contraction volontaire, la palpation qui exagère la douleur, l'examen électrique. Les deux premiers sont plus fidèles que le dernier.

M. Arrou estime que si on a affaire à des vieillards à état général déficient, il est préférable de commencer par une désarticulation du genou, opération rapide, peu shockante, quitte à pratiquer ultérieurement une amputation de cuisse.

Etat du canal de Wirsung dans les pancréatites aiguës. — *M. Moulonguet* présente des radiographies des voies biliaires. Le lipiodol poussé par la fistule de cholécystostomie a injecté dans deux cas le début du canal de Wirsung qui est apparu dilaté. Il pense que ces radiographies viennent à l'appui de la théorie canaliculaire de la pancréatite.

Thyroïdectomie totale pour insuffisance cardiaque chez des malades à corps thyroïde normal. — *MM. Welti, Barraya, Facquet* énumèrent les conditions défavorables à cette intervention: ne peuvent en bénéficier aucun des malades qui sont atteints d'une affection cardiaque évolutive, syphilis, rhumatisme, artériosclérose. On doit borner l'intervention aux cas qui sont améliorés par le traitement médical, mais qui, malgré celui-ci, récidivent. Ces malades bénéficient de la modification circulatoire créée par cette intervention.

M. Mathieu présente un *appareil* personnel permettant un *enchevillement* correct des fractures *du col fémoral*. Il insiste à nouveau sur la nécessité absolue du contrôle radiographique permanent au cours de l'intervention. Les caractéristiques de cet appareil sont qu'il ne nécessite pas de table orthopédique spéciale, qu'il évite l'emploi de la broche de Kirschner, qu'il supprime l'obligation de repérer chirurgicalement le centre de la tête fémorale.

Séance du 22 janvier 1936

Infarctus intestinaux. — *MM. Padovani* et *Cattan* ont eu l'occasion d'opérer une femme de 50 ans atteinte d'un infarctus évident. Une piqûre d'éphédrine amena une rétrocession de l'infarctus au vu des opérateurs. Quelque temps après nouvelle crise douloureuse qui se termina par l'expulsion anale d'un segment d'intestin grêle. Enfin troisième crise plus tard qui nécessita une résection intestinale.

M. Lafargue (Bordeaux) et *M. Grégoire* (qui rapporte ces observations) ont eu aussi deux guérisons d'infarctus sous leur vue par l'injection d'adrénaline. Le rapporteur insiste sur le nombre déjà important des infarctus guéris de cette manière.

L'anatoxine staphylococcique en chirurgie. — La discussion est ouverte par *M. Sauvé* qui, après avoir rappelé l'historique de la découverte de Ramon, décrit le vaccin staphylococcique que l'on peut préparer à partir de l'anatoxine, et apporte quelques applications chirurgicales dans des cas de septicémie, de furonculose, etc... Il en découle qu'employé à titre préventif le vaccin nouveau semble efficace, alors qu'à titre curatif le pourcentage d'échecs et de succès est à peu près le même.

M. Soupault rapporte le détail d'un cas de septicémie staphylococcique grave, presque désespéré, dans lequel l'emploi de l'anatoxine à dose habituelle amena une amélioration importante de l'état général et permit une intervention ultérieure pour enlever le foyer d'origine de la septicémie, une suppuration bâtarde du pied.

M. Leveuf a soigneusement étudié le taux en unités antitoxiques du sérum chez l'enfant. Chez les enfants normaux, il est de 0,5 à 1 unité ; à peu près de même chez l'enfant spontanément guéri d'une ostéomyélite. Or chez les sujets traités par l'anatoxine, ce pouvoir antitoxique atteint des chiffres énormes de 20 unités par exemple. Malheureusement les premières constatations cliniques autorisent à dire que l'emploi de l'anatoxine ne modifie pas l'évolution de l'ostéomyélite aiguë. L'auteur cite encore un cas d'utilisation de l'anatoxine pour une forme d'abcès sous-cutanés récidivants sans aucune amélioration.

M. Ombrédanne qui a aussi employé depuis quelque temps l'anatoxine dans son service pour une quinzaine de cas, s'accorde tout à fait aux conclusions de M. Leveuf. Il ajoute que l'on connaît depuis longtemps les rémissions spontanées de l'ostéomyélite, et pense que le traitement chirurgical précoce, dans les formes septicémiques est nettement défavorable.

M. Gosset a, lui au contraire, observé qu'une forme d'ostéomyélite chronique prolongée à foyers multiples récidivants avait bénéficié nettement de l'anatoxine.

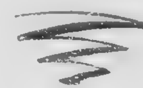
M. Soviel a obtenu deux beaux résultats dans l'ostéomyélite aiguë avec l'électro-cuprol intraveineux.

M. René Bloch apporte un cas de mort secondaire à l'emploi d'anatoxine staphylococcique chez une femme jeune.

Maladie de Buerger. — *M. Dejardin* (Bruxelles) a pu, par l'artériectomie, obtenir, dans un cas de Buerger du membre supérieur, une guérison locale qui se maintient depuis un an.

Prolapsus du rectum. — *M. Basset* a heureusement traité un cas de prolapsus rectal avec béance sphinctérienne, par un procédé de colopexie qui lui appartient, complété par le cerclage. Une radiographie montre la qualité du résultat obtenu.

J. Calvet.



Echos et Glanures

« Je m'en voie, escornillant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

La vie et la mort d'un médecin de campagne il y a cinquante ans. — M. Edouard Ganche, dont on connaît les belles études sur Chopin, vient de publier sous le titre : MON DÉBUT DANS LA MÉDECINE (1), un petit livre que ne liront pas sans émotion ceux qui ont vécu leurs jeunes années dans l'austère milieu qu'était celui d'un médecin de campagne vers l'an 1890.

Dans cette œuvre, l'observation, la poésie se mêlent à l'histoire médicale. Enfant de onze ans, M. Edouard Ganche était déjà pour son père, médecin dans un village de Bretagne, un assistant précieux, l'accompagnant dans ses courses, lui servant d'aide dans les petites interventions, préparant la cuvette et le verre d'eau tiède pour les patients qui, au tarif de dix sous, venaient se faire arracher une dent...

Au contact de ces réalités, lisant en cachette le *Correspondant médical*, l'enfant s'initia à la médecine, apprit à connaître le milieu médical dans le présent et dans le passé. Et c'est sans doute cette éducation qui vaut à M. Ganche, d'écrire aujourd'hui des pages si vraies, si émouvantes dont on ne trouverait l'analogue que dans les Souvenirs du Dr Charles Fiessinger qui, devenu le grand consultant parisien, reste toujours le prototype du médecin de campagne dans toute sa grandeur et sa noblesse.

Voici quelques pages extraites du livre de M. Ganche :

« Le médecin de campagne devait marcher par tous les temps et par tous les vents sans choisir son heure. Dans les nuits glaciales, dans la neige, sous les pluies torrentielles, le Docteur Ganche partait pour porter assistance aux malades et aux blessés. L'appel le plus pénible était celui de accouchements. Il arrivait que vers dix ou onze heures du soir, des heurts violents faisaient résonner la porte d'entrée de la maison.

« Ils ne me laisseront pas dormir », bougonnait mon père.

Le domestique, garçon de dix-huit ou dix-neuf ans, interpellait, puis il montait au premier étage, s'approchait de notre chambre et transmettait une indication de cette sorte :

« Monsieur, on vous demande pour un accouchement chez Hattais, au Crambert. C'est pressé. »

« J'y vais, répondait le Docteur Ganche. Il sautait du lit où il reposait depuis peu de quarts d'heure, s'habillait, chaussait des brodequins cloutés, mettait des guêtres de cuir montant jusqu'aux genoux, endossait un éternel veston, large, long, épais, réfractaire aux intempéries. Dans une vaste poche intérieure, il glissait son forceps et, dans une autre, fourrait une petite boîte de seigle ergoté.

— « Veux-tu que j'aille avec toi » ? dis-je à mon père, en plusieurs occasions, tout en sachant d'avance la réponse et sa cause.

« Ça ne te regarde pas », me déclarait-il.

Accompagné de son chien de Terre-Neuve, tenant dans la main gauche, une lanterne d'un bien faible éclairage, à la main droite son habituel bâton de buis, il s'enfonçait dans la nuit pluvieuse ou glacée, traversait la forêt, marchait longtemps, dans l'obscurité souvent sinistre et par les bas-chemins tortueux et toujours déserts, sans jamais avoir peur, sans jamais trouver ces obligations lourdes ni terribles.

. . . .

Cette nuit-là, en dépit d'un temps de chien qui houspillait la nature, un paysan vint avec sa carriole, quérir le Docteur Ganche.

A une grande distance, un homme se trouvait très malade, et cette déclaration, formulée par un cultivateur, certifiait la gravité du mal. Mon père, malgré sa résistance physique, son habitude des intempéries et des courses nocturnes, hésitait au départ.

Ayant obtenu la promesse d'être ramené comme il serait conduit, il se décida à ne pas attendre le jour.

(1) Un volume, 7 fr. 50. Denoël et Steele, éditeurs 19, rue Amelie, Paris.

En route, la voiture versa dans un fossé, et le Docteur Ganche crut se tirer de cette chute violente avec des contusions sans conséquence.

Le mois suivant, par un grand froid et de la neige, il demeura deux nuits de suite auprès d'une femme en couches, dans un hameau lointain. Il ne dormit pas, il souffrit de la basse température et revint harrassé.

Une des dernières fois où j'accompagnais mon père auprès d'un malade, il s'arrêta tout à coup sur la route et s'accota sur son bâton rapproché de la hanche. Il était pâle et gardait le silence. Je lui dis :

« Ça ne va pas. Donne-moi ton sac qui pèse sur tes épaules ».

Il le retira, raccourcit la courroie à ma taille et me le passa. Puis nous repartîmes à tout petits pas, sans échanger une parole.

. . . .

La deuxième année que j'étais enfermé dans un collège de Rennes, des amis me conduisirent à Baulon, un jour de sortie. En se dépêchant, nous pouvions passer deux heures dans la société de mes parents. Nous vîmes le Docteur Ganche renfrogné, amaigri et ne quittant pas son fauteuil. Je l'observai avec un regard fouineur de clinicien. Avant de partir, je m'isolai un instant dans le cabinet de consultation, j'en contemplai tous les objets familiers avec un sentiment de détresse et je me dis : « C'est la dernière fois que je vois mon père ».

Il refusa d'abord d'apporter ses soins aux malades obligés de garder le lit. D'aucuns le voulaient, et lui seul. Ceux-là l'envoyaient chercher avec un char à bancs et deux hommes. L'un, dans la voiture, tirait le Docteur Ganche par les bras, l'autre, à terre, le soulevait. Il se laissa traîner jusqu'à la ruine finale de ses forces. Pour des paysans particulièrement aimés, il les reçut en consultation devant son lit, tant qu'il fut vivant.

Le Docteur Ganche n'avait jamais absorbé un gramme de médicament. Quand ma mère lui demanda en pleurant : « Pourquoi ne t'es-tu pas soigné ? » Il répondit froidement : « Parce que c'était inutile ».

Vingt-quatre heures avant son trépas, ma mère lui proposa : « Veux-tu revoir ton fils ? Je peux le faire venir ».

La réponse fut : « Il est trop tard ».

Orientation professionnelle. — *Extrait d'un article du Docteur Roume* (LE PETIT MÉRIDIONAL, 24 décembre 1935).

.....La diffusion de l'instruction serait certainement un bienfait en soi si la jeunesse d'aujourd'hui n'y voyait pas surtout le moyen d'acquérir une place. Or, si on comprend parfaitement que ce désir soit légitime, il devient de plus en plus difficile à satisfaire.

En 1934, il y a eu pour Navale, 600 candidats et 60 places ; au concours pour la Banque de France, il y a eu 490 candidats pour 25 places. La plus grande majorité des licenciés, auxquels viennent s'ajouter les licenciées, ne sont pas casés et du côté des carrières libérales en 1928 nous avons eu 900 nouveaux docteurs en médecine, mais en 1935, il y en a eu 1.579.

L'organisation d'une orientation professionnelle peut-elle porter remède à cet état de chose ? C'est douteux, car il n'existe pas de critérium permettant de tirer des conclusions valables sur ce que donnera plus tard un enfant, lorsqu'il sera arrivé à l'âge d'homme. L'expérience a montré que, soit sur le terrain physique, soit sur le terrain intellectuel, on commettrait de bien grosses erreurs en voulant orienter l'enfant de bonne heure vers tel ou tel genre d'activité, pour lequel on croit lui discerner des aptitudes. La vie se charge de démentir les pronostics les mieux établis.

Au moment où, pour le jeune homme, se pose la question du choix d'une carière, les parents ont toujours trouvé auprès des maîtres les renseignements suffisants sur ses possibilités intellectuelles. Si le fait leur semble utile, ils trouveront aussi auprès de leur médecin de famille les conseils voulus sur les questions d'aptitude physique.

Ce qu'il n'est pas peut-être inutile de répéter, c'est que ce n'est pas parce que l'enfant est intelligent ou travailleur qu'il réalisera forcément les hautes ambitions que les siens fondent sur lui. A côté des qualités de travail qui sont indispensables, il y en a d'autres tout aussi importantes et puis, il y a la chance et les imprévisibles. Dans le domaine des carrières intellectuelles comme hélas dans beaucoup d'autres, il y a surcapitalisation ; dans la majorité des cas, l'exercice journalier de la profession n'utilisera qu'une infime partie du savoir acquis au prix d'un pénible labeur. Le temps n'est plus où le travail intellectuel assurait pesque toujours de substantiels et certains avantages. La concurrence se fait âpre et il arrive un moment où entre les candidats les valeurs sont égales et ne se mesurent pas d'ailleurs sur une échelle mathématique. Il faudra alors, quels que soient ses titres, que le postulant compte avec ceux qui détiennent les leviers de commande des institutions et qui sont pour lui tout aussi redoutables que les « héritiers » de jadis.

La jeunesse doit aimer la culture et la science pour elles-mêmes et non pour ce qu'elles lui apportent, et c'est là le but et la haute valeur des humanités. Dans son bulletin « Famille et Lycées », qui traite de cette question de l'orientation professionnelle et au sujet de l'admission des enfants dans les classes de sixième, la Fédération des Parents s'élève contre toute idée d'orientation ou de sélection prématurées ; la sélection par concours déguisés et successifs, déclare-t-elle, si elle s'avère comme une nécessité quand elle s'adresse à des jeunes gens ou à des hommes, est inacceptable pour les enfants à l'âge scolaire.

Puisque l'Etat a des tendances à vouloir se réserver l'instruction, et à la réglementer, il doit s'organiser pour accueillir ceux qui se présentent, mais il faut qu'il soit bien entendu que ceci ne garantit pas une place pour plus tard et encore ne doit-il rien faire pour éveiller des ambitions que la société n'est pas à même de satisfaire et qui peut conduire ceux qui en sont victimes aux pires désillusions.

L'organisation officielle d'une orientation professionnelle à

l'entrée des établissements d'instruction supposerait un triage, lequel comporterait, comme corollaire, un engagement moral vis-à-vis de ceux que l'on aurait choisis. Quant à ceux que l'on aurait éliminés, il faudrait bien trouver aussi une solution leur permettant de gagner leur vie.

Pour bien des raisons, cette nouvelle extension des pouvoirs de l'État ne paraît pas désirable, elle n'est même pas pratiquement réalisable ; elle se heurtera en outre à la volonté des parents jaloux de leur autorité et de leur responsabilité, qui entendent être les seuls juges de l'orientation qu'ils doivent donner à leurs enfants.

Maurice Barrès et la grande pitié des laboratoires. — La Revue Universelle *des 15 novembre, 1er et 15 décembre 1935, 1er janvier et 15 janvier 1936 a publié les* Souvenirs d'un journaliste, *de M. Lucien Corpechot. En voici un extrait :*

.... Au lendemain de la paix, il lui sembla qu'avec les questions rhénanes il n'y en avait pas de plus urgente que celle de la reconstitution intellectuelle de la France et les deux questions se lièrent dans son esprit.

C'est sur la grande pitié des laboratoires qu'il voulait maintenant attirer l'attention publique, et, par laboratoires il entendait l'ensemble des moyens nécessaires pour créer de la science. Il avait connue celui de Marey au collège de France où travaillait Quinton avec notre ami le Docteur Hallion. Marey lui avait montré le misérable local où Claude Bernard avait réalisé ses découvertes essentielles.

Ensemble nous étions allés, avant la guerre, visiter au Jardin des Plantes la vieille maison de Cuvier. Elle servait alors de laboratoire à M. Becquerel. Ce savant travaillait dans des petites salles mal éclairées, au carrelage brisé sous le poids des énormes poutres qui étayaient les murs fléchissants. Il pleuvait dans certaines chambres, car les crédits manquaient pour réparer la toiture, et M. Becquerel nous expliquait que, jouissant d'un crédit annuel de 2.000 francs, lequel ne lui suffisait pas pour tenir son laboratoire clos et couvert, il en était réduit à fabriquer lui-même son outillage expérimental. Comme trois générations de Becquerel s'étaient succédées dans l'étude de la science, il prenait à une lunette de son grand-père les lentilles, à un autre instrument les tubes de cuivre, sa chambre noire ou ses pieds, il réunissait ces différentes pièces avec des fils poissés, de la cire à cacheter, et il parachevait de la sorte un appareil nouveau, approprié à ses recherches sur la radio-activité.

« Bah ! disait Quinton, c'est avec les yeux de l'esprit qu'on voit l'invisible. Qu'a-t-il fallu à Pasteur pour découvrir le monde des infiniments petits : un flacon, de l'eau et un peu de coton stérilisé... »

Au coin de la place du Panthéon et de la rue d'Ulm s'élevait alors sur une sorte de terrasse, des bâtiments d'aspect minable, semblables à ces constructions effritées et baroques, qu'on trouve dans les quartiers indigènes des vieilles cités coloniales. C'était le laboratoire où M. Giard, membre de l'Académie des Sciences poursuivait ses recherches sur l'hérédité ; c'était à Paris le seul laboratoire consacré à ces sortes d'études et il était subventionné par la Ville et non par l'État. Les locaux, où il était installé, avaient été édifiés par Soufflot quand il entreprit la construction du Panthéon pour loger ses bureaux pendant la durée des travaux. Faute de mieux, Paul Bert en avait fait son laboratoire et M. Giard lui avait succédé.

Sur la terrasse, assez bien exposée, en bordure de la place, M. Giard avait trouvé un petit jardin de curé. Il y avait entrepris des expériences sur la transmission des caractères héréditaires chez les végétaux. Mais la terrasse était située au-dessus des catacombes ; la voûture étant mal surveillée, mal entretenue, un beau matin un éboulement se produisit. Le lendemain, les ouvriers de la ville vinrent enlever la terre végétale du jardinet dont le poids pouvait provoquer un accident. Fini des observations !

Entre le jardin et les bâtiments, il existait un chenil, mais si étroit, si resserré qu'un des rats sur lesquels M. Giard expérimentait, étant tombé malade, on ne put l'isoler. Tous les autres animaux furent contaminés. Fini des observations !

Les locaux du laboratoire étaient construits très légèrement, comme on fait pour des bâtiments provisoires. Ils étaient bien éclairés, bien aérés, mais il y gelait en hiver et tout s'y désséchait en été. Quelques années plus tôt, le calorifère construit par Paul Bert s'était écroulé, il fut impossible d'en obtenir la réfection. On y installa un poêle, dans la grande salle où M. Giard élevait des poissons présentant des déformations héréditaires intéressantes. Une nuit d'hiver, le poêle s'éteignit. L'eau des aquariums gela. Les poissons moururent. Trois ans d'études irrémédiablement perdus ! On comprend, disait Barrès,

à ce moment-là, que le Docteur Carrel ait préféré les laboratoires du Rockfeller-Institut.

Mais le grand scandale de Barrès avait été l'histoire de Curie, mis en évidence par le prix Nobel.

Longtemps l'Université à laquelle appartenait cet homme de génie lui avait pris son temps sans compensation. Elle avait employé ce précieux esprit à faire un cours de physique aux futurs étudiants en médecine (P. C. N.). La possession de cette chaire obligeait Curie à consacrer deux mois de l'année à faire passer des examens, mais ne lui donnait pas de laboratoire. Pour en posséder un semblant, il dut se charger d'un cours à l'Ecole de physique et de chimie de la Ville de Paris. Il était ainsi entré en possession de deux baraquements en planches d'aspect sordide, situés de part et d'autre d'une arrière-cour de l'Ecole, rue Lhomond.

Les jours de pluie, l'eau entrait sous les portes mal jointes et coulait sur le sol bitumé des salles. Celle que Curie utilisait pour les expériences de physique était basse, sombre, humide et froide. Il n'avait aucun dispositif permettant la réalisation d'expériences délicates, aucune installation puissante d'énergie électrique ou de température élevée.

Quant au laboratoire de chimie, hangar vitré adossé contre un mur dont les platras s'effritaient sur le sol inégal, son installation était plus pauvre encore. Deux tables en bois blanc avaient été disposées pour recevoir les flacons, les capsules et les fourneaux. Toutes les opérations se faisaient là. Il n'y avait pas de hotte pour l'évacuation des vapeurs et chaque fois qu'on faisait un traitement chimique, la salle était envahie par les fumées, l'air devenait irrespirable et les expérimentateurs étaient contraints de s'enfuir.

C'est pourtant dans ces conditions que Curie a poursuivi les travaux qui l'ont amené à la découverte du radium !

Toutes les grandes sciences de la vie ont été fondées par des savants de notre race depuis deux siècles dans des conditions analogues.

La fabrication du sirop de raisin sous le premier Empire. JOURNAL DES DÉBATS (18 janvier 1936) :

.... A la suite du blocus, le sucre, denrée de première nécessité, manqua presque complètement. On paya à Paris jusqu'à six francs, chiffre énorme pour l'époque, le sucre de contrebande.

Dès 1807, dans le Nord, on commença la fabrication du sucre avec des betteraves. Les Méridionaux, de leur côté, ne restèrent pas inactifs. Ils essayèrent d'extraire le sucre du raisin. Mais le succès ne fut pas éclatant. Le sucre de raisin était de qualité médiocre et sa préparation entraînait de gros frais. Par contre, on réussit à composer un sirop de raisin extrêmement sucré qui put, dans les usages ménagers, remplacer le sucre.

A Bergerac, un chimiste organisa une usine pour fabriquer en grande quantité le sirop de raisin. Il fournit à toute la région un produit qui fut utilisé dans les tisanes, la cuisine et les préparations médicales. En 1811, 9.000 kilos de sirop de raisin sortirent de l'usine de Bergerac.

Au même moment, deux pharmaciens, en Lot-et-Garonne, M. Pons à Agen et M. Menon à Tonneins, trouvèrent, eux aussi, des procédés pour préparer du sirop de raisin. Le préfet de Lot-et-Garonne leur adressa des éloges en ajoutant qu'ils pourraient « rivaliser avec les fabriques célèbres de Bergerac ».

Des capitalistes confièrent des fonds à M. Menon pour édifier une usine à Tonneins. La production de l'usine de Tonneins fut, en 1812, de 30.000 kilos. Des particuliers, de leur côté, transformèrent plus ou moins bien leurs raisins en sirop.

Les défaites de Napoléon en 1814 ruinèrent les fabriques de sirop de raisin. Des navires britanniques apportèrent sur les quais de Bordeaux des cargaisons de sucre dont regorgeaient les docks de Londres et de Liverpool. Quant aux raffineries de sucre de betteraves, elles subsistèrent après la paix de 1815. Leur importance depuis cette époque n'a pas cessé de s'accroître puisque, actuellement, elles alimentent presque complètement le marché du sucre en France.

J. T.

Le travail de l'ardoise et la pathologie professionnelle de l'ardoisier, par le Docteur André FEIL. Un volume in-8 de 140 pages, sur papier couché, 82 figures dans le texte. Prix : 25 francs, librairie E. Le François 91, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Depuis qu'un enseignement est organisé dans les Facultés de médecine sur l'Hygiène industrielle et les maladies du travail, l'attention de tous les médecins est attirée sur l'importance des maladies professionnelles.

M. Feil, qui participe à cet enseignement et qui, depuis longtemps, est spécialisé dans l'étude des maladies du travail, vient de faire paraître une monographie illustrée sur la profession d'ardoisier, l'une des plus pittoresques et l'une des moins connues.

Parmi les ouvriers ardoisiers, il faut distinguer ceux qui travaillent au fond à l'extraction du schiste, ce sont les ouvriers d'Abas ; ceux qui travaillent au jour à la transformation des blocs et au façonnage de l'ardoise, ce sont les ouvriers d'Ahaut. De nombreuses figures permettent de suivre parfaitement les diverses phases très curieuses de la profession.

Dans la deuxième partie est étudiée la pathologie professionnelle de l'ardoisier, en particuliers l'action des poussières d'ardoises sur le poumon. L'auteur rend compte des importantes enquêtes qu'il a entreprises dans les carrières d'ardoises, et il conclut que seuls les ouvriers du fond sont susceptibles de présenter une forme très atténuée de pneumoconiose.

Les ouvriers du jour, tailleurs d'ardoises, respirent très peu de poussières ; ils ne sont pas sujets aux pneumoconioses. Par contre, on observe chez quelques-uns d'entre eux certaines manifestations particulières qui n'ont pas encore été signalées, et que l'auteur décrit dans son livre (lumbago, fracture du scophoïde, callosité du genou, érosions des doigts).

D'autres chapitres sont consacrés aux accidents du travail, au travail en atelier, aux mesures de prophylaxie contre le dégagement des poussières, aux œuvres sociales, en particulier aux magnifiques cités ouvrières, l'une des plus belles réalisations sociales qui aient été conçues et menées à bien par les sociétés ardoisières pour augmenter le bien-être de leurs ouvriers.

Cet ouvrage est une mise au point d'une profession peu connue. Il sera lu avec profit par les hygiénistes et les industriels.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 6 LE NUMÉRO : 50 Centimes 8 FÉVRIER 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Travaux originaux

A. CLERC et M. BASCOURRET : Sur certaines ressources que peut offrir l'ouabaïne Arnaud en thérapeutique cardiaque 217

Clinique infantile

P. NOBÉCOURT : Sur deux filles de 15 mois et de 3 ans 11 mois présentant de l'hypertension artérielle permanente sans symptômes de néphrite chronique 221

Revue de Pharmacologie

P. BOYER et L. DUTHEIL : La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1934-1935 (*suite*) 235

Sociétés savantes

Académie de Médecine 239
Société Médicale des Hôpitaux 239
Académie de Chirurgie 240

Nouvelles 211

Echos et Glanures 243

Bibliographie 214 228

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 1er février. — M. Fournier. Etude de la législation antituberculeuse française. — M. Gillot. Terrain asthmatique et tuberculose. — M. Lebreton. Etude de la pathogénie de l'hippocratisme digital. — M. Kern. Etude clinique et pathologique des délires spirites.

30 janvier (Thèses vétérinaires). — M. Leroy. Espèce bovine dans le département de la Somme. Ses produits. — M. Thomas. Entérotomie et entérectomie lors de corps étrangers intestinaux chez le chien.

6 février. — Mlle Barré. La cheilite du rouge. — M. Daniels. Prurit et dermatoses invisibles. — M. Wodnilf. Dermites dues aux hypochlorites. — M. Ageorges. Les aspects radiologiques du poumon après abandon du pneumothorax artificiel. — M. Lagey. Spasmes artériels au cours des artérites des membres inférieurs.

7 février. — M. Grunwald. Contributions anatomiques et obstétricales à l'étude des thoracopages. — M. Bernard. Polyglobules et leucémies provoquées par les injections intra-médullaires de goudron.

8 février. — M. Rostain. Symptômes, dépistage et traitement de la phtisie sénile. — Mlle Poidevin. Valeur pratique de la réaction de Vernes résorcine dans la tuberculose ostéo-articulaire de l'enfant. — M. Salles. Les tumeurs mélaniques près du système nerveux central.

Faculté de Toulouse. — Mlle Condat, professeur de thérapeutique, est transférée, à compter du 1er janvier 1936, dans la chaire de clinique médicale infantile et puériculture à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

La chaire de thérapeutique (dernier titulaire : Mlle Condat) de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est transformée en chaire de clinique des malades des voies urinaires.

M. Miginiac, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er janvier 1936, professeur de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

— **Médaille d'honneur des Épidémies.** — *Médaille d'or.* — MM. Durand, à Tunis ; Cerné, à Rouen.

Médaille de vermeil. — M. Villain, à Tunis.

Médaille d'argent. — M. Gatté et Mme Poggioli, à Saint-Germain-en-Laye ; MM. Chaubet, à Ouezzane ; Louis Martin, à Casablanca ; Dupoux et Ruyer, à Tunis ; Beydoun Wafic, à Beyrouth, Olleu, à Gap.

Médaille de bronze. — MM. Saint-Yves, à Chalamont ; Esmenard et Prudhomme, à Marseille ; Mlle Lacroix, à Langourian ; MM. Faraggi, à la Bachellerie ; Fournier et Larue de Tournemine, à Chateau-Picon ; Dubourg, à Bordeaux ; Peytard, à Corps ; Bacou, à Perpignan ; Lesobre, Stérin, Brouet, Frumuseau, Pham-Hum-Chi, internes des hôpitaux de Paris ; Eudel, Sicard, Orfiac, Péquignot, Mlle Picard, externes des hôpitaux de Paris, MM. Corbeil, étudiant à Paris ; Vignalou, à Niort ; Bergé, à Ouezzane ; Mme Monasterew, à Monastir.

IXe Congrès de l'Association française de Pédiatrie. — Le IXe Congrès de l'Association française de pédiatrie se tiendra à Bordeaux les jeudi 28, vendredi 29 et samedi 30 mai 1936, sous la présidence de M. le Docteur Ch. Rocaz.

Questions mises à l'ordre du jour :

1° « Epidémiologie et pathogénie de l'acrodynie infantile », rapporteur, M. Péhu (Lyon).

2° « Insulinothérapie chez l'enfant », rapporteurs : 1° M. Aubertin (Bordeaux) ; 2° M. Lelong (Paris).

3° « Déformations dystrophiques du thorax », rapporteurs : 1° M. Lévêque (Paris) ; 2° MM. Ombrédanne et Garnier (Paris).

Peuvent faire partie du Congrès :

Membres titulaires : Les membres titulaires et correspondants français de la Société de pédiatrie de Paris sont de droit membres du Congrès.

Les membres correspondants étrangers de la Société de pédiatrie de Paris sont de droit membres du Congrès après versement d'une cotisation de 100 francs. Ils jouissent des mêmes avantages que les membres titulaires.

Les médecins français ou étrangers, membres d'une Société de pédiatrie régulièrement constituée et présentés par le bureau de leur Société et sous sa responsabilité, après payement d'une cotisation de 100 francs, jouissent des mêmes droits que les membres titulaires.

Membres participants, nommés pour la durée du Congrès : tous médecins français ou étrangers autres que les précédents sous la réserve que leur candidature soit acceptée par le bureau du Congrès et qu'ils versent une cotisation de 100 francs.

Membres adhérents : les femmes et enfants des congressistes peuvent faire partie du Congrès au titre de membres adhérents moyennant une cotisation de 50 francs. Ils participent à tous les avantages du Congrès, mais n'ont pas droit au compte rendu.

Le Congrès prévoit une réception à Arcachon, une journée d'excursion dans les vignobles du Sauternais et de Saint-Emilion, une journée d'excursion dans le pays basque. Tous renseignements pratiques sur les excursions parviendront du reste en temps voulu aux membres du Congrès.

Les inscriptions et les demandes de renseignements doivent être adressées au Docteur Boisserie-Lacroix, 27 *bis*, cours Xavier-Arnozan, Bordeaux. Secrétaire général ou au Docteur Ed. Dubourg, 132, cours d'Alsace-et-Lorraine, Bordeaux, trésorier (compte de chèques postaux : 9129 Bordeaux).

Médaille d'honneur de l'hygiène publique. — *Médaille d'or.* — MM. Foveau de Courmelles (de Paris), Panisset (de Sceaux).

Médaille d'argent. — MM. Aurientis (d'Aix), Collez (de Longwy), Saleur (de Nancy), Béthuel, André Lesure, Lenoir (de Paris).

Médaille de bronze. — MM. Aweng (de Jœuf), Arnoux (de Baccarat), Ducret (de Lunéville), Perron et Liégard (de Paris), Gounelle (de Strasbourg).

Ministère de la Santé publique. — M. le Docteur Santenoise, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, inspecteur honoraire des services administratifs, directeur du laboratoire d'hydrologie de Nancy, conseiller technique sanitaire adjoint, est nommé conseiller technique sanitaire non rétribué au ministère de la Santé publique et de l'Education physique.

Légion d'honneur.— Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Education nationale. — *Au grade de chevalier.* — M. Le Moniet, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes ; M. Georges Weill, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Santé publique. — *Au grade d'officier.* — M. Michel, à Saint-Eloi-les-Mines.

Au grade de chevalier. — MM. Ardouin, à Cherbourg ; Cauvin, à Nice ; Chanoz, à Lyon ; Diard, à Tonnerre ; Duchein, à Sedan ; Ely, à Poitiers ; Eschbach, à Bourges ; Gomot, à Melun ; Guilluy, Jouffray, Leblan, à Paris ; Macheras, à Fours ; Muller, à Alger ; Mme Poli, née Garnier, à Alger ; MM. Tarneaud, à Paris ; Werner, à Metz ; Marion (Albert-Marie), à Ermont-Eaubonne.

(A titre posthume). M. Taubmann, à Paris, cité à l'ordre de la nation.

Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris. — La séance solennelle de la Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris aura lieu lundi 16 mars à 16 heures, au siège habituel de ses réunions, 12, rue de Seine.

Elle sera consacrée à l'étude des séquelles des affections aiguës des voies respiratoires intra-thoraciques.

Deux rapports seront présentés : par M. Rist, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Laënnec, pour l'étude clinique de ces états séquelles et par MM. Flurin (de Cauterets), Galup (du Mont-Dore), Jumon (de La Bourboule), Du Pasquier (de Saint-Honoré) pour la thérapeutique hydrominérale.

Les médecins étrangers à la Société d'hydrologie qui désireraient recevoir les rapports et prendre part à leur discussion, sont priés de s'adresser au Docteur Sérane, secrétaire général de la Société d'hydrologie, 40, rue Jasmin, Paris (XVIe).

« Je ne suis certes pas l'adversaire de l'esprit d'association dans les hautes professions que l'on appelle encore, pour quelque temps du moins, professions libérales. — Je dis pour quelque temps en songeant et aux ambitions et aux empiètements de l'étatisme. J'estime toutefois que l'esprit d'association, dans les sciences, les lettres et les arts, doit laisser une liberté totale aux individus et limiter son efficacité aux problèmes d'intérêts séculiers, à la déontologie professionnelle, à la défense de quelques grandes idées générales dont la mise en commun ne saurait faire querelle. Cela dit, que l'individu garde son allure, son pas, ses réactions inimitables, enfin sa souveraineté ». — (Georges Duhamel. — Signatures et manifestes. *Le Mercure de France*, 15 janvier 1936.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'embryologie des vertébrés, par A. Brachet. Deuxième édition revue et complétée, par A. Dalcq et P. Gérard. Un volume de 690 pages avec 603 figures. Cartonné toile, 130 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Professeur Brachet avait commencé lui-même la révision de cet ouvrage classique publié pour la première fois en 1921 et épuisé depuis plusieurs années. Ce travail a été poursuivi après lui et, dans le même esprit, par deux de ses élèves professeurs à l'Université de Bruxelles. Refondant entièrement certains chapitres, complétant les autres, ils ont établi la liaison entre les notions déjà classiques et les acquisitions considérables des quinze dernières années.

Ils ont refondu entièrement certains chapitres (gastrulation et formation de l'embryon, annexes fœtales, origine des gonocytes, etc.). Tout en complétant les autres, ils ont mentionné aussi souvent que possible les résultats de l'embryologie causale en se limitant à celles de ces données qui facilitent l'interprétation des processus de l'ontogénèse normale. — Le plan de l'ouvrage est resté le même : une partie générale est consacrée aux premières phases de l'évolution ontogénique des vertébrés et à l'établissement des grandes lois fondamentales dont elles sont la conséquence. Une partie spéciale, dans laquelle les chapitres qui ont un intérêt proprement embryologique sont exposés avec toute l'ampleur nécessaire, tandis que d'autres, qui ne sont guère que des préliminaires à l'étude de l'histologie ou de l'anatomie comparée, ont été sommairement écrits.

De très nombreuses figures illustrent ce livre. A la fin de chaque chapitre on trouvera un index bibliographique des ouvrages les plus récents.

Ainsi complètement revu et mis à jour ce traité continuera à apporter une documentation complète à tous ceux qu'intéresse la question de morphogénèse, il contient des faits et des idées.

Le diabète sucré. *Questions controversées de clinique et de pathogénie.* Leçons professées à l'hôpital Saint-André de Bordeaux (Service du Professeur Mauriac), par MM. E. Aubertin, Ed. Bessière, P. Broustet, O. Hirsch, P. Mauriac, R. Saric, M. Traissac, F.-J. Traissac. Un volume de 214 pages, 32 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

I. Hépatomégalies de l'enfance avec troubles de la croissance et du métabolisme des glucides, par Pierre Mauriac. — II. Les comas diabétiques sans acétonurie, par Pierre Broustet. — III. Les diabètes juvéniles à réaction insulinique intense et brève, par Marcel Traissac. — IV. Les diabètes intermittents, par Pierre Mauriac et R. Saric. — V. Les complications nerveuses du diabète, par Pierre Broustet. — VI. Complications oculaires du diabète, par Ed. Bessière. — VII. Examen et surveillance d'un malade diabétique, avant, pendant et après le traitement insulinien, par F.-J. Traissac. — VIII. Dans quelle mesure est-il possible de dépister cliniquement une carence en insuline à l'origine d'un diabète sucré, par Emile Aubertin. — IX. Le comportement individuel de la glycémie dans diverses épreuves fonctionnelles et son rapport avec différentes constitutions physiques, par O. Hirsch.

Le thymus. *Anatomie. Histologie. Physiologie clinique et thérapeutique*, par G. Worms et H. Pierre Klotz. Un volume de 152 pages avec 65 figures, 30 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le thymus est un organe encore mal connu, dont le rôle physio-pathologique apparaît, à la lumière des acquisitions les plus récentes, beaucoup plus grand que ne l'admettaient jusqu'à ce jour les données classiques.

Les notions relatives à l'origine, à la valeur morphologique, à la signification des éléments qui le composent sont pour beaucoup peu précises.

Dans un chapitre de ce livre on trouvera un exposé de l'état de nos connaissances et des problèmes en évolution concernant l'histologie normale et pathologique de cet organe.

Après avoir fixé et fait comprendre, à l'aide de nombreuses observations personnelles, la place que confèrent au thymus ses caractères histologiques essentiels, les auteurs en étudient la physiologie, les états pathologiques et les indications opothérapiques, tels qu'il est permis de les concevoir actuellmeent. Ils font dans cet exposé une juste part, à la fois aux recherches biologiques, aux investigations cliniques et aux applications pratiques.

Questions cliniques d'actualité. Cinquième série. Leçons professées à la Charité (Service du Professeur Sergent). Un volume de 306 pages, avec 55 figures, 50 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le traitement économique des pleurésies purulentes (Oct. Couqelet). — Psychophysiologie du rire (Georges Dumas). — A propos de quelques cas de leucémie lymphoïde (Noël Fiessinger). — La tuberculose, maladie sociale, et son diagnostic (G. Génévrier). — Comment, quand et où faut-il pratiquer la saignée ? (P. Grellety-Bosviel). — Que faut-il penser de l'ulcéro-cancer de l'estomac ? (Henri Hartmann). — Diagnostic et traitement de la méningite tuberculeuse (André Jousset). — Les interventions sur les glandes parathyroïdes (L. Langeron). — Les claquements péricardiques (Camille Lian). — Sur le rachitisme, les découvertes récentes et leur interprétation (A.-B. Marfan). — Les séquelles de la tuberculose urinaire après la néphrectomie (Edouard Michon). — Recherches sur les myopathies (D. Paulian). — Prophylaxie de la peste dans la région parisienne. Diagnostic et indications thérapeutiques (Jean Pignot). — Pneumothorax et surprises radiologiques (Pierre Pruvost). — La pyrétothérapie dans certaines maladies infectieuses (Ch. Richet fils). — La cure sanatoriale doit rester la base fondamentale du traitement de la tuberculose pulmonaire (E. Sergent). — Les hémorragies de la ménopause (A. Siredey). — Les alcaloses pathologiques (R. Turpin). — La lèpre et son bacille (A. Vaudremer).

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur certaines ressources que peut offrir l'ouabaïne Arnaud en thérapeutique cardiaque

(Absence de contre-indications, cures indéfiniment prolongées, doses élevées par voie buccale)

Par **A. CLERC** et **M. BASCOURRET**

Il est inutile de revenir à l'heure actuelle sur les circonstances qui avaient frappé d'un discrédit relatif, autrefois, l'emploi de la *strophantine* en thérapeutique cardiologique. En fait, la posologie de toute substance pharmacologique nouvelle, et douée d'une certaine activité, n'a souvent ses limites fixées, que par la connaissance d'accidents toxiques. En ce qui concerne *l'ouabaïne*, la limite maxima a été fixée définitivement par Vaquez, pour les injections endoveineuses. Il y a d'autant moins à revenir sur cette notion (en pratique ne pas dépasser la dose du quart de milligramme par dose) qu'elle est basée sur deux faits essentiels : l'absence de tout accident grave reconnu universellement dans ces conditions, et une efficacité largement suffisante.

Cette règle posée, bien des points importants demeuraient cependant en suspens, que jusqu'à ces dernières années, aucune étude n'avait cherché à résoudre de façon complète. On en restait aux premières directives formulées par Vaquez, il y a une quinzaine d'années, au moment où notre maître luttait avec la persévérance que l'on sait pour l'introduction définitive de cette drogue dans la thérapeutique journalière des cardiaques (1). Le problème des contre-indications, la durée de prolongation du traitement, et, plus encore, la fixation de la posologie *per os*, méritaient encore des recherches. Aussi, dans l'incertitude où l'on se trouvait quant à ces notions, le praticien ne pouvait trouver qu'une excuse à rester cantonné dans une thérapeutique, souvent peu efficace ou trop rapidement écourtée. Pourtant, s'il est un fait répandu à l'heure actuelle et que personne ne songe à contester, c'est précisément l'efficacité de l'ouabaïne Arnaud, dont on peut presque à coup sûr escompter les résultats immédiats, qu'elle procure quotidiennement, lorsque ses indications majeures sont fidèlement respectées. La grande sûreté, la rapidité d'action par voie circulatoire, laissaient cependant prévoir que des ressources beaucoup plus étendues pouvaient se découvrir dans une manipulation moins parcimonieuse de la drogue. Plusieurs séries de recherches effectuées, dans notre service hospitalier, nous ont déjà permis en quelques années, d'élucider deux points importants que nous ne ferons que rappeler brièvement ici :

1. L'absence de toute contre-indication rénale

Les altérations rénales les plus graves, albuminurie permanente et élevée, azotémie si importante qu'elle soit, loin d'entraver l'emploi de l'ouabaïne, ne peuvent qu'inciter à l'utiliser sans aucune arrière-pensée, car les fonctions du dité monctoire subissent sous son influence une amélioration très fréquente. De nombreuses observations rapportées dans la thèse de notre élève Bizette, ont prouvé suffisamment ces faits, entrevus déjà par Ribierre et Giroux, et confirmés ensuite par d'autres auteurs. Ils trouvent leur explication dans la part circulatoire importante de l'élément néphrite chez les cardio-rénaux, en particulier chez l'hypertendu décompensé. L'ouabaïne, en améliorant le régime circulatoire en entier, aide provisoirement le parenchyme rénal à améliorer ses fonctions, comme le montrent la diurèse importante, l'abaissement du chiffre d'urée, la diminution ou suppression de l'albumine urinaire, tous faits souvent observés par nous (1).

En pratique, l'absence de contre indication rénale, équivalait à ouvrir largement la voie d'utilisation du médicament, car. mis à part les cas de thrombose cardiaque, dans lesquels toute médication un peu active (y compris surtout la digitale) risque d'être dangereuse, nous ne connaissons pas de cardiopathies susceptibles de réagir dans un sens défavorable à l'ouabaïne.

2) La prolongation presque illimitée des cures d'ouabaïne par voie veineuse

La posologie des cures d'ouabaïne, fixée primitivement par Vaquez à 1 milligr. 1/2, s'est trouvée cependant peu à peu dépassée par certains auteurs, comme Bouchut et Moreno, comme Laubry et Pezzi, etc. Frappés nous-mêmes par le caractère transitoire de l'amélioration des troubles cardiaques, avec cette médication, dont les effets ne semblent guère dépasser vingt-quatre à quarante-huit heures, nous avons été amenés à prolonger de plus en plus la durée des cures, afin d'obtenir la *continuité des résultats*, qui, seule compte en pratique, et se trouve tant désirée par les patients eux mêmes, car ils sont bien souvent les premiers à réclamer le bénéfice répété de cette thérapeutique. C'est ainsi à l'heure actuelle, que chez plus de 200 malades, *des cures ininterrompues de 20 à 60 injections* ont pu être réalisées sans aucun incident, ces cures n'ayant d'ailleurs bien souvent été interrompues que par la sortie prématurée de l'hôpital (2). Bien plus, chez un malade de ville, suivi par l'un de nous, *400 injections* du produit ont pu être faites *en l'espace d'un an*, au rythme d'une et parfois deux par jour, sans la moindre interruption, sans le moindre incident, et cela pour le plus grand bénéfice du patient, qui fut délivré complètement, presque jusqu'au dernier jour de sa vie, de toute souffrance physique, de toute dyspnée, de tout œdème (3).

Nous avons pu nous convaincre, au cours de diverses constatations thérapeutiques, que presque jusqu'à la phase ultime de ces insuffisances cardiaques, l'ouabaïne conserve son pouvoir bienfaisant.

L'extension de cette posologie médicamenteuse, si importante en pratique, trouve d'ailleurs un large point d'appui dans l'élimination rapide du produit, hors de l'organisme, élimination que faisait déjà prévoir l'observation clinique. A ce point de vue, on ne saurait trop le répéter, rien de comparable avec la digitale, à propos de laquelle toute posologie doit tenir compte des phénomènes d'accumulation constants.

3) La posologie par voie buccale doit être aussi considérablement élargie pour être efficace

La thérapeutique par voie endoveineuse n'est malheureusement pas toujours possible à réaliser, de façon prolon-

(1) Voir, en outre, le récent article d'ensemble : H. VAQUEZ, L'ouabaïne Arnaud. *Archives des maladies du cœur*, 1935, n° 12, p. 773.

(1) MM. CLERC et BASCOURRET : De quelques réflexions sur l'emploi raisonné de l'ouabaïne, et sur l'intérêt de son utilisation en cures prolongées. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 19 juin 1933.

(2) A. CLERC et M. BASCOURRET. — *Soc. Médicale des Hôp.*, 11 décembre 1925.

(3) M. BASCOURRET. — Quatre cents injections d'ouabaïne consécutives chez un cardiaque. *La Médecine*, mars 1925.

gée, et cela pour diverses raisons (dont une des principales est l'existence de veines difficilement accessibles, etc.). C'est pourquoi, frappés depuis longtemps, comme nombre d'auteurs, par la disproportion flagrante des résultats obtenus, suivant que la médication est employée par voie veineuse ou par voie gastrique, nous nous sommes employés, depuis trois ans déjà, dans une série de recherches, à essayer de fixer ce dernier point de pratique. Dans ce but, nous avons utilisé chez de nombreux consultants, tant à l'hôpital Lariboisière qu'à la Pitié, des comprimés glutinisés de 2 milligr. 5, puis de 5 milligr., et, tout récemment, une *solution à 2 %*. Nous étions amenés peu à peu, en effet, à augmenter progressivement les doses, jusqu'à obtention des résultats assez comparables à ceux fournis par les injections.

a) Les essais que nous avons ainsi pratiqués, portent sur un total de 42 malades, suivis pendant un délai variant de quatre mois à trois ans. Il s'agissait toujours de patients atteints d'insuffisance ventriculaire gauche, par aortite ou hypertension artérielle ; trois d'entre eux seulement surajoutaient à cet état une arythmie de type perpétuel, mais sans tachycardie. La plupart (34 d'entre eux) étaient dans un état d'insuffisance cardiaque assez accentué pour les avoir obligés à renoncer définitivement à toute activité sociale. Le plus grand nombre, qui avait refusé l'entrée à l'hôpital, était suivi régulièrement à notre consultation hebdomadaire. Vingt-trois avaient cependant bénéficié d'une ou plusieurs cures d'ouabaïne intraveineuse, soit en ville, soit à l'hôpital, et prenaient le médicament *per os* dans les périodes intercalaires, ce qui nous permettait d'obtenir d'eux des renseignements comparatifs précieux, sur les deux modes de posologie. Tous étaient atteints de gêne respiratoire évidente, et la dyspnée de décubitus était déjà signalée sur trente-six fiches de ces consultants, avant tout traitement. Chez la plupart, il existait un bruit de galop nettement perceptible, et pour tous ceux dont l'électrocardiogramme put être enregistré (18), il existait des anomalies accentuées des complexes électriques. C'est dire, somme toute, qu'il s'agissait uniquement d'insuffisance ventriculaire gauche accentuée.

Au cours de tous ces essais, les variations de posologie (variations de doses, substitution des voies d'introduction) étaient, pour nous, commandées principalement par l'évolution des troubles fonctionnels, aggravation de la dyspnée, apparition de pseudo-asthme nocturne, et aussi par certains éléments comme la tachycardie ou les modifications de la diurèse, qui nous paraissent plus précis dans leurs changements, que les variations d'un rythme de galop, ou les dénivellations tensionnelles transitoires. En particulier, la notion d'un bon sommeil nocturne était pour nous un des meilleurs tests d'amélioration.

Les conclusions que nous pouvons dégager de ces études sont les suivantes :

α) Avec des doses moyennement élevées de 7 1/2 à 10 milligr, *pro die*, nous obtenions déjà des résultats indéniables, permettant d'espacer plus que de coutume les injections intraveineuses, mais incapables pour un sujet nouveau, en état d' « asystolie », de donner une amélioration suffisante.

β) Avec des doses journalières de deux à trois centigr. (4 à 6 comprimés à 5 mil. ou 50 à 75 gouttes de la *solution* à 2 %, réparties en deux à trois prises, les résultats furent nettement supérieurs :

I. *Chez les malades « asystoliques »* en état de dyspnée permanente, l'ouabaïne *per os* est arrivée à suppléer dans bien des cas aux injections endoveineuses. Le sommeil était retrouvé en trois ou quatre jours, complètement normal, la diurèse s'élevait notablement à deux litres et deux litres et demi en un temps variable (de cinq à huit jours en moyenne), et la tachycardie s'atténuait nettement en quatre à cinq jours. Parallèlement à la rééquilibration de l'état circulatoire, l'état des fonctions rénales s'améliorait et, dans plusieurs cas, nous avons observé une réduction très sensible des chiffres de l'urée sanguine. Chez cette catégorie de sujets, on peut donc dire que les deux modes d'introduction du médicament sont assez comparables. Toutefois la thérapeutique *per os* ne saurait cependant prétendre aux résultats essentiellement rapides et presque immédiatement sédatifs, obtenus par voie circulatoire.

II. *En fait de thérapeutique d'entretien*, des doses identiques par voie buccale, données sans interruption aucune (toute suspension étant immédiatement ressentie par le patient) ont pu être le plus souvent coutinuées plusieurs mois de suite sans qu'il fût besoin d'avoir recours à d'autres thérapeutiques ; cinq de nos malades sont même fixés à ces doses journalières depuis un à deux ans. Ces faits ont été observés chez tous les sujets dociles, dont les conditions sociales et aussi la mentalité, permettaient d'escompter le respect approximatif des règles d'hygiène indispensables, et notamment de l'abandon de toute activité, de tout effort physique important.

Pour les autres, nous étions amenés à faire pratiquer de loin en loin quelques séries d'injections intraveineuses, lorsque la dyspnée reprenait trop vive, soit à la suite de quelque imprudence (efforts disproportionnés avec l'état cardiaque) ou de quelque infection saisonnière fébrile aggravant momentanément l'état circulatoire. Mais, de toute façon, l'intervalle séparant les cures d'injections se montrait toujours important, et les intéressés savaient reconnaître eux-mêmes l'efficacité du produit pris par la bouche, dont ils prenaient bien garde de manquer.

III. *Aucun symptôme d'ordre réellement toxique* n'a été noté dans tous ces essais. Toutefois, comme on pouvait s'y attendre, on note seulement, dans quelqes cas, lorsqu'on arrive aux doses de 2 centigr. 1/2 une tendance aux nausées, quelquefois de la diarrhée ; ces troubles doivent être évidemment surveillés mais, pratiquement, ils disparaissent après une légère diminution de la quantité ingérée, ou lorsque la voie intraveineuse est substituée à la voie buccale.

Aucun phénomène précis d'accoutumance n'a été observé non plus, au cours de ces essais, qui, nous le répétons, ont porté sur plusieurs mois, ou même sur plusieurs années, chez certains ; le médicament gardait toute son activité première, sauf bien entendu lorsque les progrès, presque toujours inéluctables, de ce type de cardiopathie, faisaient que la durée d'action médicamenteuse efficace, se raccourcissait lentement, comme le fait s'observe d'ailleurs aussi bien avec la posologie endoveineuse, aux stades ultimes de la maladie.

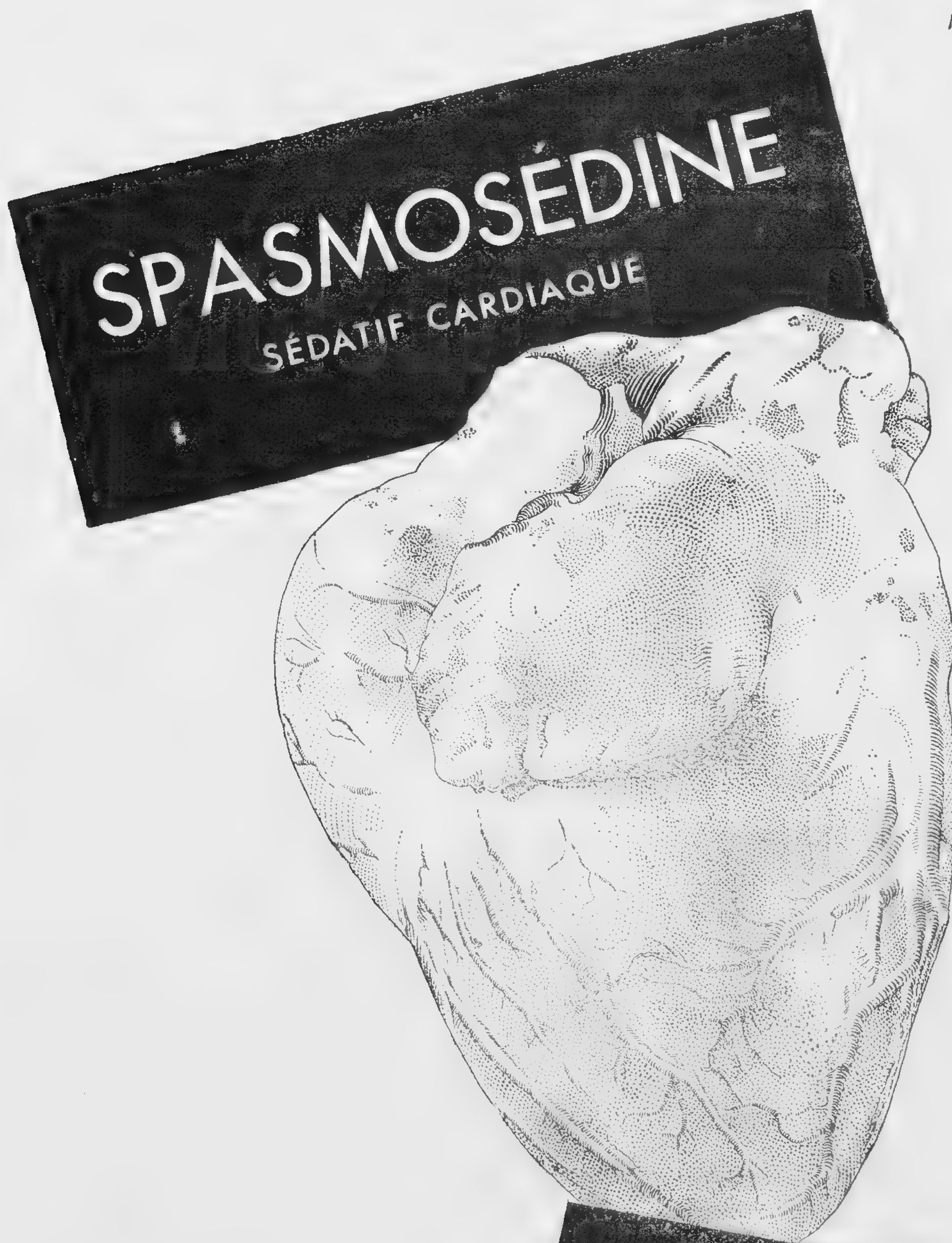
D'autres que nous se sont occupés du problème, et nous avons été heureux de voir rapportés par MM. Thiroloix, Antonelli et Bellot, des faits identiques aux nôtres (1). Toutes ces données sont, en somme, d'accord avec le résultat des études classiques de Dimitrakoff, qui estimait l'ouabaïne par voie intraveineuse de 60 à 100 fois plus active que par voie parentérale (2).

D'ailleurs des recherches de laboratoires en cours et qui seront prochainement publiées dans la thèse de notre élève Lucquin, montrent d'ores et déjà que les dites doses sont très inférieures aux quantités réellement toxiques, c'est-à-dire susceptibles de provoquer des accidents graves chez l'animal.

Conclusions

Des faits ci-dessus exposés, il apparaît que la posologie de l'ouabaïne, jusqu'à présent utilisée dans le mode d'administration *per os*, posologie qui s'avère nettement insuffisante, et, en tout cas, incapable de réaliser une amélioration importante et durable d'une *insuffisance ventricu-*

(1) THIROLOIX, ANTONELLI et BELLOT. Les hautes doses d'ouabaïne Arnaud par voie buccale. *Revue médicale française*, décembre 1935.
(2) DIMITRAKOFF. Thèse Paris.


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE

laire gauche type, doit être portée jusqu'à des doses bien supérieures, aussi bien pour un traitement dit « d'attaque » que pour une cure d'entretien intercalaire Les doses à utiliser peuvent aller jusqu'à *deux* à *trois* centigr. par jour, soit 50 à 75 gouttes de solution à 2 %, répartis en deux à trois prises. Grâce à cette technique, la thérapeutique cardiologique peut disposer d'une action médicamenteuse réellement efficace, et qui ne nous paraît nullement dangereuse. Cette efficacité qui s'avère comme assez comparable à celle des injections intraveineuses, quoique d'effet moins rapide, permet cependant de disposer, avec ces dernières d'un choix plus varié susceptible de rendre les plus grands services dans la pratique journalière. Ceci, joint à la notion d'absence de toute contre-indication rénale et à celle d'extension quasi illimitée dans le temps, commune d'ailleurs aux deux modes d'administration, doit faire trouver, dans l'ouabaïne, un médicament infiniment plus souple, plus maniable qu'on ne l'aurait cru tout d'abord. Grâce à ces notions préliminaires, et que nous cherchons actuellement à compléter, le glucoside du strophantus, dont les effets ne sont pas comparables à ceux d'aucune autre substance, et qui reste vraiment le mieux capable d'apporter dans la totalité des cardiopathies répondant au type ci-dessus visé, une amélioration et un soulagement réels, mériterait de devenir de plus en plus, pour ainsi dire, un *aliment thérapeutique journalier et essentiel*, pour cette catégorie de malades.

CLINIQUE INFANTILE

Sur deux filles de 15 mois et de 3 ans 11 mois présentant de l'hypertension artérielle permanente sans symptômes de néphrite chronique

I. Hypertension artérielle permanente et néphrites chroniques chez les enfants (1)

Par le Professeur **P. NOBÉCOURT**

Je vais vous présenter deux petites filles qui ont de l'hypertension artérielle permanente.

Voici la première malade, Michelle.

Son père et sa mère sont en bonne santé ; celle-ci aurait eu des convulsions dans l'enfance. La pression artérielle prise au Vaquez est, chez le père, de 13 pour la Mx, de 8 pour la Mn, chez la mère, de 13,5 pour la Mx, de 9 pour la Mn ; elle est donc normale.

Michelle est née à terme, après un accouchement normal le 5 août 1934, avec un poids de 4 kgr. 500. Elle a été nourrie au sein jusqu'à 6 mois. A 5 mois elle a ses premières dents et, à ce moment, présente quelques petites convulsions. Elle commence à parler à 1 an. Elle ne marche pas encore.

Le 23 novembre 1935, surviennent des convulsions du membre supérieur droit qui durent pendant une heure ; le soir, elle a un nouvel accès de convulsions qui se prolonge pendant trois heures. Entre temps elle reste inerte, paraît sans connaissance. Le soir, sa température monte à 39°.

Le lendemain, sa température est de 38° ; dans la matinée, elle a un accès convulsif.

Le 25 novembre, à dix-sept heures, elle a un accès convulsif qui dure une heure.

Un médecin, voyant des molaires en train de percer, parle de convulsions « d'origine dentaire » et envoie l'enfant à l'hôpital.

Michelle entre à la salle Molland. Dans la journée et la nuit, elle a plusieurs accès convulsifs.

Le soir sa température est de 37°2.

Le 26 novembre, quatrième jour des convulsions, mon interne, M Abaza, l'examine.

Elle est âgée de 1 ans et 3 mois.

Elle mesure 77 cm. 5. La moyenne pour son âge étant de 72 cm. 5, elle présente un excès statural de 5 cm., soit de 6,8 %. Elle a la taille d'une fille de 2 ans et 1 mois.

Elle pèse 9 kg. 100. Le poids moyen pour son âge étant de 9 kg. 800, elle présente une réduction pondérale de 700 grammes, soit de 7 %. Pour la taille de 2 ans 1 mois, elle devrait peser 11 kg. 600, la réduction pondérale est de 2 kg. 500, soit 21 %.

Michelle a donc une taille élevée et est maigre.

La température est de 38°8-38°7.

On constate une hémiplégie droite ; de ce côté, les membres sont flasques, inertes, la face est parésiée, les réflexes tendineux sont faibles.

A gauche, la motilité et les réflexes sont normaux.

On ne trouve pas de signes de méningite ni de tétanie.

La fontanelle antérieure mesure 3 cm. ; il existe un petit chapelet costal.

Il n'y a pas trace d'œdème.

L'examen des divers organes, du cœur notamment, ne décela rien d'anormal ; le pouls bat à 160.

Mais la pression prise avec l'appareil de Vaquez est de 15,5 pour la Mx, de 8 pour la Mn.

Les jours suivants la température est d'abord élevée et le pouls fréquent ; puis bientôt la fièvre diminue :

27 novembre	matin 39°4	soir 39°2	pouls 160
28 —	— 40°	— 38°8	— 136
29 —	— 37°8	— 37°2	
2 décembre	— 36°9	— 37°2	

Il y a quelques accès convulsifs jusqu'au 28 novembre, sixième jour de la maladie ; puis ils disparaissent.

Le 2 décembre, la parésie faciale disparait, mais l'hémiplégie droite persiste avec un début de contracture.

Aujourd'hui, vingt-deuxième jour de la maladie, il y a toujours une hémiplégie droite avec un certain degré de contracture, surtout marquée au membre inférieur, des réflexes rotulien et achilléen vifs, de la trépidation épileptoïde. Le signe de Babinski est positif des deux côtés, ce qui à cet âge n'a aucune signification.

L'enfant est éveillé, très présent. Son poids, après s'être abaissé à 9 kg. 170, le 3 décembre, est remonté à 9 kgr. 600 le 11 décembre.

La cutiréaction à la tuberculine, les réactions de Bordet-Wassermann (H8) et de Kahn sont négatives.

Entre temps, on a poursuivi diverses recherches.

Voici d'abord les modifications de la *pression artérielle* :

	Mx	Mn	Pr. diff.
26 nov. (quatrième jour)...	15,5	8	7,5
27........................	14	8	6
28........................	13,5	8	5,5
29 et 30 (septième et huijours)................	13	8	5
2 décembre..............	14,5	9	5,5
5........................	13,5	8,5	5
10........................	14,5	8,5	6

La pression maxima s'abaisse donc jusqu'au septième

(1) Leçon faite à la Clinique médicale des enfants, Hôpital des Enfants-Malades, le 11 décembre 1935.

jour, tandis que la minima reste fixe et que par conséquent la pression différentielle diminue ; ensuite la pression minima se relève légèrement.

Le *cœur* a des bruits normaux.

Le 9 décembre, un orthodiagramme a les dimensions suivantes :

D'G' = 7 cm.
GG' = 4 cm. 2

$$\frac{D'G'}{G'G'} = 1,66$$

Flèche du ventricule gauche = 0 cm. 8

Le cœur est donc un peu gros, tant le cœur droit que le ventricule gauche ; on s'en rend compte quand on le compare à celui de la fille âgée de 3 ans et 11 mois que je vais vous présenter tout à l'heure.

Une *ponction lombaire* faite le 27 novembre, cinquième jour, retire un liquide céphalo-rachidien clair, contenant neuf leucocytes par millimètre cube, 0 gr. 22 d'albumine et 0 gr. 92 de sucre par litre et donnant une réaction de Bordet-Wassermann négative.

La pression artérielle prise au Vaquez après la ponction est de 14 pour la Mx et de 9 pour la Mn ; elle n'est donc pas modifiée.

Les examens chimiques du *sang* donnent :

	Urée du sérum
27 novembre (cinquième jour)	0 gr. 46 ‰
2 décembre (dixième jour)	0 gr. 38 ‰
3 —	0 gr. 40 ‰
11 — (dix-neuvième jour)	0 gr. 28 ‰

Le 3 décembre (onzième jour) :

	Michelle ‰	Normal ‰
Cholestérol	1 gr. 50	1 gr. 37
Protides totaux	83 gr. 20	75 gr.
Sérine	58 gr. 20	45 à 55 gr.
Globuline	25 gr.	25 à 35 gr.
Sérine / Globuline	2,3	1,2 à 1,8

Il y a donc une légère augmentation des protides totaux et de la sérine.

Dans les urines, on ne trouve pas d'albumine, pas de cylindres, pas de leucocytes, pas d'hématies.

Le 9 décembre, l'élimination de la phénol-sulfone-phtaléine est diminuée : 20 % au lieu de 65 %.

M. Pierre Halbron constate, le 27 novembre et le 3 décembre, que le fond de l'œil est normal.

Voici la seconde malade, Mauricette.

Son père est bien portant.

Sa mère aurait eu, il y a quelques années, de l'hypertension artérielle ; actuellement, elle est âgée de 43 ans, sa tension artérielle est de 14 pour la Mx, de 9 pour la Mn, avec l'appareil de Vaquez ; elle n'a pas eu de fausses couches.

Deux frère et sœur, âgés de 11 et 6 ans, sont bien portants.

Mauricette est née à terme le 30 novembre 1931 ; l'accouchement a été fait au forceps, mais elle n'a pas souffert. Elle est élevée au lait condensé, fait ses premiers pas à 11 mois et a sa première dent à 18 mois.

Elle a la rougeole, la varicelle et la coqueluche.

Elle paraissait bien portante ; cependant, vers la fin d'octobre, sa mère remarque que ses urines sont troubles.

Le 14 novembre 1935, à quatorze heures, elle tombe brusquement sans connaissance. Elle est raide ; puis, presque aussitôt, surviennent des secousses cloniques des membres et de la face ; les yeux sont révulsés, les lèvres tirées d'un côté et de l'autre. L'accès dure environ une demi-heure. L'enfant ne se mord pas la langue, n'a pas de miction involontaire. Après l'accès, il reste abattu toute la soirée. Le médecin consulté prescrit du gardénal, du chlorure de calcium et du bromure de potassium.

La nuit est agitée.

Le 15 novembre, la température est de 37°, l'enfant mange et joue comme d'habitude.

Le 16 novembre, vers dix-huit heures, survient un nouvel accès convulsif qui dure une heure et demie. Après l'accès, la température est de 39°. Le médecin fait une injection de 0 gr. 02 de sulfarsénol.

La nuit est très agitée ; l'enfant a deux vomissements.

Le 17 novembre au matin, il y a de petites convulsions de la face et des membres supérieurs, le médecin constate des signes méningés ; il fait une injection sous-cutanée de 10 c. c. de sérum antiméningococcique et envoit l'enfant à l'hôpital.

L'après-midi, Mauricette entre à la salle Parrot.

Elle est âgée de 3 ans et 11 mois.

Sa température est de 38°3 ; elle a des accès convulsifs depuis le matin ; elle est dans le coma, ne semble pas voir ; on ne constate pas de paralysie ; les réflexes patellaires sont nuls.

On fait une ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien est clair ; il coule en gouttes pressées. On y trouve 1,4 leucocyte au millimètre cube et 0 gr. 20 d'albumine par litre.

Dans la soirée et pendant la nuit, l'enfant a des convulsions subintrantes.

Le 18 novembre, cinquième jour, mon chef de clinique M. Brisset procède à l'examen. La température est de 40°. L'enfant est dans le coma; son regard est éteint ; l'œil ne réagit pas à la lumière. Il y a du larmoiement ; les conjonctives sont rouges ; les pupilles réagissent faiblement à la lumière.

On constate du nystagmus, une déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la droite, une légère raideur de la nuque, un signe de Kernig, des réflexes rotuliens un peu vifs, des réflexes achilléens et des réflexes des orteils normaux la présence d'une raie vaso-motrice, une hyperesthésie généralisée.

L'examen des organes ne révéle rien de particulier.

Les bruits du cœur sont normaux ; il y a une tachycardie régulière ; le pouls bat à 140. Mais la pression artérielle prise avec l'appareil de Vaquez est de 17 pour la Mx, de 11,5 pour la Mn.

On trouve dans les urines des traces d'albumine ; il n'y a pas de sucre.

On fait une seconde ponction lombaire, en position couchée ; la pression du liquide céphalo-rachidien, prise avec l'appareil de Claude, est de 23, la normale étant de 10 à 15. Le liquide est clair ; on y trouve 2,4 leucocytes par millimètre cube et 0 gr. 20 d'albumine par litre ; le sucre est conservé.

On fait une saignée de 180 centimètres cubes.

Après cette saignée la pression artérielle est diminuée : 14,5 pour la Mx, 9,5 pour la Mn. L'enfant est dans un état syncopal ; on lui injecte de l'huile camphrée et de la caféine ; il se remet peu à peu.

Le soir, la température n'est plus que de 37°7, les convulsions ont cessé, la conscience reparaît.

Le 19 novembre, sixième jour, la température est de 37°4-37°7, l'enfant est plus éveillé, agité le nystagmus diminue ; il n'y a plus de raideur de la nuque, le signe de Kernig est léger.

Le 20 novembre, la température est de 36°7-36°9. L'enfant s'éveille de plus en plus, répond aux questions qu'on lui pose, est plus calme.

La perception lumineuse augmente, la déviation conjuguée de la tête et des yeux ne s'observe que par intermittences, le nystagmus a disparu, les réflexes rotuliens sont normaux.

Le 21 novembre, la température est de 36°8-37°2 et reste désormais autour de 37°. La vision est nette. L'enfant est très abattu. Dans l'après-midi il est somnolent.

Le 22 novembre, on constate une hémiplégie gauche, surtout marquée au membre supérieur, qui est presque complètement paralysé.

Le lendemain, l'hémiplégie est plus accentuée ; les mouvements du membre inférieur et du membre supérieur sont presque nuls. La face est respectée. A gauche, le réflexe rotulien est un peu plus vif qu'à droite, le réflexe achilléen presque nul ; il y a un signe de Babinski qui disparaît le 26.

A partir du 4 décembre, les mouvements commencent à revenir mais très lentement ; on note une légère spasmodicité ; le réflexe patellaire est vif.

Le 9 décembre, l'usage des membres supérieur et inférieur est revenu.

Aujourd'hui, il ne reste pas trace de l'hémiplégie.

Comme vous le voyez, Mauricette a bon aspect.

Sa taille est de 99 cm. au lieu de 92 cm. ; son excès statural est de 7 cm., soit de 7,2 %, elle a la taille d'une fille de 5 ans 2 mois. Son poids de 15 kgr. 900 est supérieur à celui d'une fille de sa taille (15 kgr. 700). Elle présente une hypertrophie staturale physiologique.

La cutiréaction à la tuberculine et la réaction de Bordet-Wassermann (H[8]) sont négatives.

Nous avons poursuivi quelques recherches.

La *pression artérielle* prise avec l'appareil de Vaquez est la suivante :

		Mx.	Mn.	Pr. diff.
18 novembre	(cinquième jour).......	17	11,5	5,5
22 et 23 —	(neuvième et dixième jours).............	14	11	3
25 —	(douzième jour).......	18	14,5	3,5
29 —	(seizième jour)........	13,5	11,5	2
3 décembre	(vingtième jour)........	18,5	14	4,5
7 —	(vingt-quatrième jour).	15,5	11	4,5
11 —	(vingt-huitième jour)..	17,5	12	5,5

On voit que, le cinquième jour, les pressions maxima et minima sont fortes, la différentielle élevée. Puis la maxima diminue jusqu'aux neuvième et dixième jours, la minima ne changeant pas ; la différentielle diminue. Enfin la pression reste élevée, mais son taux varie suivant les jours. Le vingt-huitième jour, les pressions maxima et minima sont fortes, la différentielle élevée.

Le *cœur* est peu modifié, ainsi que le montrent la matité précordiale du 18 novembre (cinquième jour) et l'orthodiagramme du 3 décembre (vingtième jour). Les mesures de ce dernier sont les suivantes :

D'G' = 6 cm. 9.
GG' = 4 cm. 4.

$$\frac{D'G'}{GG'} = 1{,}56$$

Flèche du ventricule gauche = 0 cm. 4.

Le cœur a sensiblement les mêmes dimensions que celui de Michelle, qui est plus jeune.

Le *sang* est analysé par Mlle Navarron et M. Briskas.

Le taux de l'urée du sérum est, le 20 novembre (septième jour), 0 gr. 52 ‰, le 24 novembre (dixième jour) 0, 25 ‰).

Le taux du chlore, du cholestérol, des protides est le suivant :

	20 novembre (neuvième jour)	24 novembre (onzième jour)	Normal
Cl. glob.......	1 gr. 54 ‰	1 gr. 77 ‰	1 gr. 7-1 gr. 8 ‰
Cl. plasm.....	3 gr. 26 ‰	3 gr. 70 ‰	3 gr. 5-3 gr. 6 ‰
Cl. globulaire / Cl. plasmatique	0,472	0,478	0,50 (0,47 à 0,55)
Cholestérol....		2 gr. 16 ‰	1 gr. 37 ‰
Protides totaux		79 gr. 10	75 gr.
Sérine.........		61 gr. 30	45-55 gr.
Globuline.....		18 gr. 30	25-35 gr.
Sérine / Globuline.....		3,3	1,2-1,8

On trouve enfin :

Hémoglobine........................	65 %
Hématies..........................	3.180.000 par mm³
Leucocytes.........................	4.500
Polyn. neutr.......................	59 %
Polym. éosinoph....................	1 %
Grands mono........................	6 %
Moyens mono........................	31 %
Lymphocytes........................	1 %
Formes de transition...............	1 %
Mastzellen.........................	1 %

Le volume des *urines* ne peut être précisé, au début, car l'enfant perdait ses urines. Plus tard, il se maintient de 500 cm.³ à un litre.

Le 19 novembre (sixième jour), les urines sont troubles, contiennent des traces très légères d'albumine, de nombreux leucocytes isolés et en amas, des cellules épithéliales, de rares hématies, quelques cylindres granuleux et épithéliaux, du mucus en abondance.

Le 22 novembre, les urines sont plus claires, les leucocytes sont encore nombreux, il y a quelques cellules épithéliales ; il n'y a plus d'albumine, d'hématies, de cylindres.

Ensuite, l'albumine disparaît, il n'y a que de rares leucocytes et cellules épithéliales.

Le 11 décembre, l'*épreuve du phénol-sulfonephtaléine* donne une élimination de 50 %, c'est-à-dire normale.

Les yeux sont examinés par M. Pierre Halbron : le fond de l'œil est normal, le 18 et le 22 novembre.

Michelle et Marguerite entrent dans le service pour des *accidents nerveux* : accès éclamptiques, hémiplégie, syndrome méningé.

D'autre part, elles présentent une *hypertension artérielle permanente*. L'hypertension artérielle est importante.

Pour Michelle, qui est âgée de 1 an 3 mois, la pression artérielle maxima varie de 15°5 à 13°5, tandis que la minima se maintient à 8-8.5.

Or, dans sa thèse de 1912, soutenue à Paris sur *L'oscillométrie appliquée à l'étude de la pression artérielle chez les enfants*, Mlle Kæssler donne les moyennes suivantes :

	Mx	Mn
Filles de 1 an......................	9	4,5
— de 2 ans.....................	10	5,5

avec l'appareil au Pachon.

Marguerite, qui est âgée de 3 ans 11 mois, a une pression maxima qui varie de 18 à 13,5, une pression minima qui varie de 14 à 9,5.

Voici les pressions normales pour les filles de son âge Mlle Kæssler donne :

	Mx	Mn
Filles de 3 ans.....................	10, 5	6
— de 4 ans.....................	10	6

M. J. Chabrun et Mlle Pétrovitch dans une *Etude sur la pression sanguine chez l'enfant normal entre quatre et quinze ans*, publiée par les *Archives de médecine des Enfants* d'octobre 1930, donnent les valeurs suivantes :

	au Vaquez		au Pachon	
	Mx	Mn	Mx	Mn
Filles de 4 ans..	9,76	7,95	8,37	4,59

D'après M. Lucien Garot, dans les *Archives de médecine des Enfants* de mars 1931, *A propos de la pression sanguine chez l'enfant*, les filles de 4 ans ont, avec l'appareil de Pachon, une pression maxima de 8,5, une pression minima de 4.5.

Je vais étudier aujourd'hui l'*hypertension artérielle permanente chez l'enfant*. Samedi prochain j'envisagerai les *manifestations nerveuses de l'hypertension artérielle permanente chez les enfants*.

***

L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE PERMANENTE est une hypertension qui persiste des semaines, des mois et même des années.

Son degré peut varier. Il y a des phases de diminution et des phases d'augmentation, de véritables paroxysmes.

◆◆

D'autre part, souvent, l'hypertension augmente avec l'ancienneté.

L'hypertension artérielle permanente, chez l'enfant comme chez l'adulte, pose de nombreux problèmes : problèmes cliniques, problèmes physiologiques et pathogéniques, problèmes étiologiques, problèmes thérapeutiques. Aucun n'a encore reçu de solutions définitives.

D'abord, l'hypertension a été observée au cours des néphrites chroniques avec petit rein contracté ; elle est alors envisagée comme un symptôme de ces néphrites. Widal décrit une *néphrite chronique hypertensive*.

Ensuite, à la suite du Professeur Vaquez, on constate l'hypertension en dehors des néphrites. L'hypertension artérielle permanente en dehors des néphrites forme un groupe de plus en plus important.

Actuellement on considère l'hypertension artérielle permanente comme un phénomène relevant de causes et de processus pathogènes divers.

Chez les enfants, l'hypertension artérielle permanente est beaucoup plus rare que chez les adultes. Cependant elle n'est pas exceptionnelle ; d'assez nombreuses observations en ont été publiées.

Je n'aborde pas leur énumération. On trouve des références dans ma leçon du 27 novembre 1926, publiée dans *Le Concours Médical* du 6 février 1927, sur *L'hypertension artérielle permanente dans l'enfance* ;

Dans la thèse soutenue à Paris, cette année, par M. Jean-P. Brisset, aujourd'hui mon chef de clinique, sur *L'hypertension artérielle permanente dans l'enfance* ;

Dans un mémoire de MM. René Pierret et Gérard Lefebvre sur *L'hypertension artérielle chez l'enfant*, publié par l'*Echo médical du Nord*, le 11 novembre 1934 ;

Dans la thèse sur *L'hypertension artérielle chez l'enfant* de leur élève Thibaut, soutenue à Lille en 1934.

Parmi les problèmes que pose l'hypertension artérielle permanente, je n'en retiendrai qu'un, celui des *rapports de l'hypertension permanente avec les néphrites chroniques*.

Sans préjuger si l'hypertension artérielle permanente est subordonnée ou non à l'affection chronique des reins, il y a un fait d'observation clinique, c'est que souvent l'hypertension artérielle permanente est intriquée avec une affection chronique des reins.

Il est donc important de connaître, chez les enfants atteints d'hypertension permanente, l'état de leurs reins.

Il nous faut considérer trois groupes de faits :

1° L'hypertension artérielle permanente *sans symptômes de néphrite chronique* :

2° L'hypertension artérielle permanente *avec des symptômes tardifs de néphrite chronique* :

3° L'hypertension artérielle permanente *avec d'emblée des symptômes de néphrite chronique*.

Envisageons successivement ces trois groupes.

∴

Dans la première éventualité, l'hypertension artérielle permanente existe SANS SYMPTÔMES DE NÉPHRITE CHRONIQUE.

Dans ce groupe rentrent des faits d'ordre différent.

Il pourrait y avoir une *hypertension artérielle permanente physiologique*.

C'est l'opinion émise par M. Max Ségall, en 1930, dans sa thèse de Paris sur *La tension artérielle chez l'enfant*.

Sur 77 enfants âgés de 5 à 15 ans, 37, soit 4,67 %, présentent de l'hypertension artérielle. Généralement l'hypertension maxima est isolée ; elle est de 2 cm. au moins au-dessus de la moyenne. Quelquefois il y a hypertension de la maxima et de la minima ou hypertension maxima avec une pression minima à la limite supérieure de la moyenne.

L'hypertension est d'ailleurs modérée.

Elle se rencontre surtout de 11 à 15 ans et chez les garçons.

Il n'existe aucun symptôme pathologique, il s'agit d'une hypertension artérielle *isolée, essentielle, physiologique*.

D'autre part, MM. J. Génévrier et Brenniel à la *Société de Pédiatrie de Paris*, le 8 juillet 1924, ont appelé l'attention sur l'*Hypertension artérielle infantile et l'hérédo-syphilis*. Ils sont revenus sur cette question : M. Brennel, dans sa thèse de Paris, en 1924, M. Génévrier, dans *Le Bulletin médical* du 11 février 1925.

D'après ces auteurs on observe ces faits dans la deuxième enfance et dans la jeunesse. L'hypertension est modérée ; elle commence à 2 cm. au-dessus de la moyenne. Elle ne cause aucun trouble. Les reins sont normaux. On constate des stigmates de syphilis congénitales et l'hypertension serait un stigmate de la syphilis congénitale.

MM. René Pierret et G. Lefebvre, M. Thibaut ont rencontré assez souvent cette hypertension artérielle permanente isolée ; pour eux, elle reconnaîtrait une origine dyscrasique et l'hérédo-syphilis interviendrait le plus souvent pour réaliser cette dyscrasie.

L'avenir de ces sujets est mal connu. Peut-être cette hypertension est-elle l'origine de l'hypertension artérielle permanente des adultes jeunes. Il est bien difficile d'interpréter les faits.

Mieux individualisés sont les faits étudiés par les médecins des Etats-Unis, Judson et Nicholson, en 1914, H.-K. Faber et C.-A. James, en 1923, Blackford, en 1928, H.-P. Wagener et Kernohan, en 1928, S. Amberg, en 1929, J. Craig, en 1931. Il s'agit d'*hypertensions artérielles dites primitives*.

La première période est silencieuse. Dans une deuxième période apparaissent des manifestations diverses.

L'affection est généralement reconnue de 8 à 15 ans.

Il n'y a pas de symptômes de néphrite chronique.

Cette affection est rare. Les observations concernant des enfants de moins de 6 ans sont excepionnelles.

Je vous rapporte sommairement une observation publiée par E. Holzmann dans *Monatschrift für Kinderheilkunde* de décembre 1929 : *Essentielle hypertension von frühen Kinderalter*.

Il s'agit d'un garçon. Ses parents sont en bonne santé ; il n'y a pas d'hypertension artérielle dans la famille. Un oncle et une grand'mère sont diabétiques.

L'enfant a toujours été bien portant. En mai 1929, à 4 ans et demi, il se plaint de douleurs dans la plante des pieds et aux oreilles. C'est un enfant maigre. L'examen des viscères ne décèle rien de particulier. Le volume du cœur est normal, le second bruit aortique un peu éclatant. La pression artérielle est de 13,5-9, puis elle s'élève à 14 et même 16 pour la maxima, tandis que la minima reste à 9 à 9,5.

Les urines ne contiennent pas d'albumine ; on y trouve quelques cylindres hyalins et quelques hématies ; mais ces éléments disparaissent aux examens suivants.

La cutiréaction à la tuberculine, la réaction de Bordet-Wassermann sont négatives.

Le 24 mai, pendant le petit déjeuner, l'enfant perd connaissance ; il a des convulsions toniques, puis cloniques, du côté gauche, puis du côté droit. Les réflexes tendineux et pupillaires sont abolis.

L'enfant se remet. Sa tension artérielle est de 13-9. Le fond de l'œil est normal.

Du 5 au 12 juin, l'enfant a une pneumonie qui évolue de façon régulière. Pendant cette maladie, la pression artérielle s'abaisse à 10 pour la Mx et 5 pour la Mn.

Ensuite la pression augmente. En juillet, la maxima atteint 15 et 15,5. Les urines ne contiennent toujours pas d'albumine. L'élimination de l'eau et de l'indigo carmin sont normales.

La plupart des observations d'hypertension artérielle permanente dite primitive ne sont pas suivies d'autopsies. On ne peut donc pas affirmer l'intégrité des reins, pour des raisons que j'exposerai tout à l'heure.

Une observation avec autopsie est publiée par le Professeur



BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique médicale : IX. *Maladies infectieuses et parasitaires*, par M. Loeper, avec la collaboration de R. Turpin et de MM. Abrami, Bazy, Debré, Dopter, Dujarric de la Rivière, Joannon, Lemierre, Lesné, Levaditi, Pettit, Tanon. Un volume de 415 pages, 50 frs. Masson et Cie, édit., 120, boulevard St-Germain, Paris.

Le neuvième et dernier volume de la thérapeutique médicale vient de paraître. Il est consacré aux maladies infectieuses et parasitaires. Dans cet ouvrage qui constitue une thérapeutique expliquée et basée sur la clinique, les auteurs font connaître la genèse des symptômes pour en diriger le traitement et la valeur physiologique des médicaments pour les prescrire ou pour les exclure.

Introduction : L'auxothérapie dans les maladies infectieuses (Professeur M. Loeper).

Première partie : Thérapeutique générale (R. Turpin). — I. Vaccination. — II. La sérothérapie. — III. Bactériothérapie. — IV. Chimiothérapie des infections. — V. Protéinothérapies. — VI. Hémothérapies.

Deuxième partie : Thérapeutique spéciale : I. La désinfection dans les maladies infectieuses (L. Tanon). — II. Le traitement des dysenteries (M. Dopter). — III. Traitement curatif et préventif du tétanos (L. Bazy). — IV. Traitement et prophylaxie de la grippe (R. Dujarric de la Rivière). — V. La bismuthothérapie et la bismuthoprévention de la syphilis (C. Levaditi). — VI. Les principes généraux du traitement du paludisme (P. Abrami). — VII. La vaccination antityphoïdique (A. Lemierre). — VIII. Vaccination contre la diphtérie avec l'anatoxine de Ramon (R. Debré). — IX. Vaccinothérapie et sérothérapie contre les maladies provoquées par des virus filtrants (A. Pettit). — X. Sérums de convalescents, sérums d'anciens malades, sérums de vétérans (P. Joannon). — XI. Traitement par les vitamines dans les maladies infectieuses (E. Lesné).

Endocrinologie, par Noël Fiessinger. Un volume de 152 pages, avec 19 figures. (Collection des initiations médicales.), 20 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Bien que ce livre ait pour but d'être le premier livre d'endocrinologie pour l'étudiant, il est susceptible de rendre des services en médecine en fixant pour lui dans un domaine particulièrement étendu l'état de nos connaissances.

Le cadre de l'endocrinologie est très vaste, si on comprend sous ce nom tous les organes, tous les tissus, toutes les cellules qui possèdent une sécrétion interne. — Le Professeur Fiessinger n'a conservé dans cette étude que ce qui intéresse le médecin, limitant son étude aux seules glandes endocrines dont on connait une ou des hormones. — C'est donc uniquement l'endocrinologie glandulaire qui sera étudiée ici et seulement dans une orientation médicale et clinique en réduisant au strict minimum l'étude expérimentale et physiologique.

Le sang des hypertendus, par G. Carrière et Claude Huriez. Un volume 392 pages, 50 francs. Doin et Cie, éditeurs, place de l'Odéon, Paris.

Etudier, dans des conditions aussi rigoureuses que possible, les principales propriétés physico-chimiques du sang d'un nombre important de cas d'hypertension artérielle permanente, tel a été le but de ce travail.

Dans un préambule, Carrière et Huriez exposent les raisons purement cliniques qui leur ont permis de répartir leurs 105 observations en un certain nombre de groupes, qui ne préjugent d'aucune conception pathogénique prématurée.

Le plan adopté pour l'exposé des recherches a consisté à réunir en un certain nombre de chapitres juxtaposés (techniques, résultats, travaux antérieurs, interprétation. . .) tout ce qui a trait à tel ou tel constituant du sang des hypertendus. Pour prendre une connaissance complète de la propriété étudiée, le lecteur n'est donc pas obligé de se reporter à plusieurs parties du volume.

« Le but de ce livre est surtout d'apporter des faits ». Outre le résultat de recherches poursuivies depuis plus de deux ans par Carrière, Huriez et leurs collaborateurs, le lecteur trouvera également une riche documentation sur la biologie humorale de l'hypertension artérielle permanente dans une bibliographie qui suit servilement le plan de l'exposé. Les auteurs n'avaient pas d'autre ressource pour classer de façon logique et pratique plus de 800 références.

La Vie après la Mort dans les Croyances de l'Humanité, par J. T. Addison. Préface et traduction de Robert Godet. Un volume in-8 de la Bibliothèque scientifique. 24 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Addison passe en revue, en restant toujours sur le terrain historique, ce qu'ont été et ce que sont de nos jours, les diverses croyances de l'humanité concernant la survie. Les titres des chapitres de l'ouvrage montrent combien le sujet a été étudié sous tous ses aspects : les morts proches des vivants, offrandes funéraires, culte des ancêtres, relations avec les morts, le monde souterrain, le pays des esprits sur la terre, les âmes au ciel, réincarnation en forme humaine, transmigration des âmes, l'immortalité de l'âme, les mystères, la résurrection du corps, le jugement qui suit la mort, le purgatoire, l'enfer, le ciel.

Un tiers du volume environ traite des croyances rudimentaires en la survie, telles que les ont les peuples primitifs ou les masses ignorantes des civilisations plus avancées. Les deux autres tiers du volume traitent des croyances évoluées telles qu'elles ont été déterminées ou encouragées par les religions supérieures, en particulier le Christianisme, le Bouddhime, l'Islam et l'Hindouisme. Comme le dit M. Robert Godet dans sa préface, « le Professeur Addison déploie à nos regards toutes les images que s'est peintes du monde des morts le monde des vivants. » Les bases documentaires de l'œuvre sont des plus solides et des plus vastes.

Mamerto Acuña et Perlina Winocur dans *La Prensa medica Argentina* du 10 février 1932 : *Sobre un caro de hypertension arterial permanente en una nina de 12 años.*

Cette fille est atteinte d'arriération intellectuelle et d'une maladie de Recklinghausen. Ses parents sont en bonne santé.

A 12 ans, elle a un ictus hémiplégique gauche. Quatre jours après, elle entre à l'hôpital.

L'hémiplégie gauche est flasque ; elle intéresse la face. La pression artérielle du côté droit est de 19,5 pour la Mx, de 12,5 pour la Mn. Le cœur a un volume normal, le second bruit aortique est accentué.

Le liquide céphalo-rachidien est hypertendu ; sa pression est 58 cm. avec l'appareil de Claude ; il contient 0 gr. 80 d'albumine par litre ; il n'y a pas de leucocytes.

Le sang contient 1 gr. 02 d'urée par litre.

Les urines renferment 1 gr. 50 d'albumine par litre, sans éléments microscopiques.

A l'examen du fond de l'œil, on constate de l'œdème de la papille des deux côtés.

Dans la suite, la pression artérielle monte à : 22-10,5, 20-12, 22-15.

L'œdème des papilles diminue puis disparaît. L'urée du sérum sanguin diminue : 0 gr. 41, puis 0 gr. 38 par litre. L'élimination de la phénol-sulfone-phtaléine, l'épreuve de l'eau de Volhard sont normales.

Deux mois et demi plus tard, l'enfant a une hémorragie cérébrale et meurt.

A l'autopsie, on trouve un ventricule gauche hypertrophié, une aorte athéromateuse. Les reins ont un aspect normal ; il y a seulement de la congestion de la corticale ; la décortication est facile ; au microscope on trouve de la congestion simple. Les capsules surrénales ont un aspect normal ; dans la médullaire les cellules chromaffines sont abondantes. Le cerveau offre les lésions de l'hémorragie cérébrale.

***

Dans la deuxième éventualité l'hypertension artérielle permanente s'accompagne de SYMPTÔMES TARDIFS DE NÉPHRITE CHRONIQUE.

Dans les hypertensions artérielles permanentes dites primitives qui constituent la premier groupe, il y a des cas où il n'existe jamais de symptômes d'une affection rénale, il y en a d'autres où apparaissent des symptômes rénaux passagers sans lésions appréciables des reins à l'autopsie, comme dans l'observation de Mamerto Acuña et Perlina Winocur.

A côté de ces faits, il en est d'autres où, un à moment donné, apparaissent des symptômes progressifs d'une néphrite chronique.

Ce type clinique a été individualisé par Keith, Wagener et Kernohan, en 1928, sous l'appellation de *syndrome d'hypertension maligne.*

Ce syndrome comprend : une forte hypertension artérielle permanente, une anémie modérée, des lésions du fond de l'œil.

Les fonctions rénales sont normales au début ; ensuite elle deviennent progressivement troublées. L'évolution est rapide et se termine par la mort.

Ce type est caractérisé par l'apparition tardive des symptômes rénaux. Si le malade n'est examiné qu'à une période où ces symptômes existent déjà, on ne pense pas à l'hypertension artérielle permanente primitive.

Comme exemple de ce type chez des enfants jeunes on peut citer une observation d'Amberg, que M. Brisset reproduit dans sa thèse.

Un garçon présente, à partir de 5 ans, des accès de vomissements survenant tous les quinze à vingt jours. A 6 ans, des accès de céphalée s'ajoutent aux vomissements. Vers 9 ans, apparaissent des accès de convulsions.

A cet âge, la pression artérielle est de 19 pour la Mx, de 13 pour la Mn. Le liquide céphalo-rachidien est hypertendu.

Les urines ne contiennent pas d'albumine. L'élimination de la phénol-sulfone-phtaléine est de 80 %, c'est-à-dire normale, le sérum du sang contient 0 gr. 19 d'urée par litre. L'examen du fond de l'œil révèle des artères rétiniennes contractées et de la chorio-rétinite péripapillaire.

Neuf mois plus tard, on constate de la dilatation du cœur, les urines contiennent de l'albumine, l'élimination de la phénol-sulfone-phtaléine n'est plus que de 10 %. Le sang ne contient cependant que 0 gr. 30 d'urée par litre.

Un mois plus tard, l'enfant présente des accès de convulsions, tombe dans le coma et meurt.

Les faits cliniques des deux premiers groupes établissent la réalité de l'hypertension artérielle permanente sans qu'il y ait de symptômes de néphrite chronique.

L'interprétation de certains faits est difficile.

Dans les cas d'hypertension artérielle permanente sans signes de néphrite, on peut trouver à l'autopsie des petits reins scléreux. Il en est ainsi, par exemple dans les affections décrites sous les appellations de néphrites chroniques avec infantilisme, avec nanisme, de nanisme rénal.

Dans les cas où, au cours d'une hypertension artérielle permanente, apparaissent tardivement des signes de néphrite chronique, il n'est pas défendu d'admettre que la lésion rénale est restée pendant longtemps silencieuse, avant de se révéler cliniquement.

Aussi, pour un même malade, peut-on admettre des interprétations différentes. Nous allons le voir.

***

Le troisième groupe, comprend les hypertensions artérielles permanentes accompagnées des SYMPTÔMES D'UNE NÉPHRITE CHRONIQUE AVÉRÉE.

L'hypertension artérielle permanente se rencontre dans deux variétés de néphrite chronique.

La *première variété* est la *néphrite essentiellement chronique*, la néphrite chronique interstitielle de Wirchov, Charcot, Lancereaux, la néphrite chronique avec atrophie de Brault, la néphrite chronique lente de Chauffard, la néphrite chronique hypertensive de Widal, l'aplasie rénale d'Hutinel.

Cette première variété a été considérée autrefois comme très rare chez les enfants. De fait, les observations publiées pourraient se dénombrer assez facilement.

Souvent cette néphrite chronique est associée à une insuffisance de la croissance staturale, à l'hypotrophie staturale ou au nanisme ; parfois elle l'est à des troubles osseux ressemblant plus ou moins à ceux du rachitisme.

Ce type a été décrit d'abord par des médecins anglais et nord-américains : Parsons (1910), Morley Flechter (1911), Hugh Barber (1917), etc.

Dans beaucoup d'observations, la pression artérielle n'est pas enregistrée. Pour certains auteurs, tels qu'Hugh Barber, l'hypertension serait rare. Pour d'autres, tels que Swyther, Gurie, Brill et Libmann, Lewis-Webb Hill (1919), elle serait assez fréquente.

Les symptômes rénaux diffèrent suivant les cas.

Dans certains cas, les urines sont abondantes, contiennent une quantité d'albumine ne dépassant pas 0 gr. 10 à 0 gr. 50 par litre, ne contiennent pas de leucocytes, d'hématies, de cylindres. Mais la phénol-sulfone-phtaléine s'élimine en faible quantité, 30 % et au-dessous, la constante d'Ambard est élevée, l'azotémie est nette.

Dans ma leçon du 13 mai 1933, publiée par *Le Concours Médical* du 10 décembre 1933, sur *Le syndrome d'hypertension intra-crânienne dans les néphrites chroniques hypertensives des enfants*, j'en ai rapporté un exemple, celui de Pierre, que j'ai observé à 6 ans 11 mois.

Dans d'autres cas l'albumine fait défaut dans les urines où s'y trouve à l'état de traces, l'épreuve de la phénol-sulfone-phtaléine et la constante d'Ambard sont normales ; l'azo-

témie fait défaut ; il n'y a donc pas de symptômes de néphrite.

Cependant, avec ou sans symptômes de néphrite, on trouve à l'autopsie des reins petits, contractés, ne pesant parfois que 5 ou 6 grammes ; on constate une atrophie des substances corticale et médullaire, principalement de la première ; on trouve des lésions de sclérose.

Pour Victor Butinel et M. Marcel Maillet, la sclérose peut être « systématisée autour des vaisseaux, dont les lésions sont nettement prédominantes ».

Voici deux observations personnelles pour lesquelles l'interprétation peut prêter à discussion.

La première est relatée dans ma leçon du 23 mai 1922, sur *Néphrites chroniques azotémiques et hypertensives chez les enfants*, qui est dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* sur les *Affections de l'appareil urinaire*. Il s'agit de Simone.

A partir de 10 ans et demi, elle a des accès de céphalée et de vomissements. A 12 ans et demi, je lui trouve un gros cœur, une hypertrophie du ventricule gauche, une pression de 21 pour la Mx et de 13 pour la Mn avec l'appareil de Pachon. Les urines contiennent généralement des traces d'albumine, quelquefois jusqu'à 0 gr. 50 par litre. L'azotémie est parfois de 0 gr. 40 ‰, à d'autres moments est nulle. Il n'y a pas d'œdème.

Dans la suite, la pression Mx varie de 21 à 25, la Mn de 14 à 18.

Simone meurt à 13 ans et 5 mois. L'autopsie n'est pas faite.

Pour cette malade, j'avais posé, à l'époque, le diagnostic de néphrite chronique hypertensive. Dans sa thèse, M. Brisset la considère comme un bel exemple d'hypertension artérielle permanente primitive.

Les mêmes différences d'interprétation peuvent s'appliquer à l'observation tout à fait comparable à la mienne, de *Néphrite chronique hypertensive avec hypotrophie, migraines, crises abdominales douloureuses et éclampsie mortelle chez une fillette de 8 ans et demi*, publiée par M. Lucien Garot dans les *Archives de médecine des enfants*, en février 1935. Chez cette fille, les premiers symptômes sont apparus à 4 ans.

Ma seconde observation personnelle est celle qui a été l'objet de ma leçon du 27 novembre 1926, que j'ai citée tout à l'heure. Plus tard je l'ai relatée, avec Louis Lebée, à la *Société de Pédiatrie de Paris*, le 18 janvier 1927, sous le titre d'*hypertension artérielle permanente chez une enfant de 13 ans*. La voici en quelques mots.

Renée est née le 27 octobre 1913. Elle n'est jamais malade. Elle entre à l'hôpital le 21 juin 1926, parce que, depuis un mois, elle présente le soir de l'œdème des malléoles. Elle est alors âgée de 12 ans 8 mois.

La pression artérielle, prise au Vaquez, est de 17-14, le pouls à 170, régulier. Le cœur est gros ; on entend un bruit de galop et un souffle d'insuffisance mitrale ; le foie est hypertrophié. Les urines sont rares et contiennent des traces indosables d'albumine.

Je pose le diagnostic d'hypertension artérielle permanente ayant entraîné l'hypertrophie du ventricule gauche et la dilatation de l'aorte, puis consécutivement de la dilatation et de l'insuffisance du cœur droit avec un syndrome asystolique.

Sous l'influence du traitement de l'insuffisance du cœur droit, les phénomènes régressent.

Dans la suite, nous assistons à des phases de rémission, pendant lesquelles la pression varie de 20-15 à 16-12, les urines sont abondantes, peu albumineuses, l'élimination de la phénol-sulfone-phtaléine de 50 %, la constante d'Ambard de 0,065, l'urée du sérum de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 par litre.

A ces phases de rémission s'intercalent des phases d'insuffisance cardiaque, pendant lesquelles les urines diminuent, l'albumine monte à 2 ou 3 grammes par litre, l'élimination de la phénol-sulfone-phtaléine tombe à 30 %, la constante d'Ambard s'élève à 0,13, l'urée du sérum atteint 0 gr. 50 par litre, la pression artérielle, tout en restant élevée surtout la minima, s'abaisse à 15-13, 15,5-13,5.

Finalement, le 29 mai 1927, à 13 ans 7 mois, Renée se réveille avec une hémiplégie droite et de l'aphasie probablement causées par une hémorragie cérébrale. Emmenée par ses parents, elle a dû mourir peu après, onze mois après l'apparition des premiers symptômes.

En présence de cette évolution, j'ai conclu, tout d'abord, dans ma leçon que cette malade est un bel exemple d'hypertension associée à une néphropathie chronique », puis, avec M. Lebée, que, chez cette malade, les troubles des fonctions rénales « sont habituellement discrets et ne permettent pas de dire qu'il existe une néphrite chronique ». Ces troubles, ajoutions-nous, résultent pour une part, tout au moins, de l'insuffisance cardiaque mais leur importance ne permet pas de rejeter la possibilité d'une affection rénale.

M. Brisset estime que cette malade rentre dans le groupe des hypertensions artérielles permanentes, dites essentielles avec symptômes secondaires de néphrite chronique.

Je ne m'arrête pas sur la seconde variété de néphrites chroniques. Il s'agit de néphrites subaiguës ou chroniques banales diffuses.

Souvent elles évoluent sans hypertension artérielle.

Celle-ci s'observe dans le type spécial individualisé par le Professeur Marfan, Hutinel et moi-même. Cette néphrite chronique évolue en trois phases : une première phase de néphrite hydropigène, une deuxième phase de transformation, une troisième phase, où elle revêt les caractères de la néphrite interstitielle. A cette phase, l'hypertension artérielle apparaît, mais elle est moins élevée que dans la première variété.

Dans cette variété la néphrite est indiscutable.

***

En conclusion, l'enfant qui a une hypertension artérielle permanente :

1° Peut présenter des symptômes d'une néphrite chronique du type interstitiel ;

2° Peut ne présenter aucun symptôme de néphrite chronique soit jusqu'à sa mort, soit seulement pendant la première phase de l'évolution.

Dans ces diverses éventualités, il ne faut pas affirmer que le rein est sain anatomiquement.

Quand un syndrome rénal apparaît secondairement, il est vraisemblable que le rein est altéré depuis longtemps, avant l'apparition des troubles rénaux.

Quand il n'existe aucun symptôme notable de néphrite chronique, on peut trouver à l'autopsie des reins atrophiés et scléreux.

Cependant parfois les reins sont sains à l'autopsie.

Ces constatations établissent un fait précis : dans l'hypertension artérielle permanente, les reins sont souvent altérés. Mais cette constatation ne permet pas de préjuger d'une subordination de l'hypertension artérielle à la néphropathie et de la néphropathie à l'hypertension artérielle.

S'il existe une néphrite chronique, on a seulement le droit de dire néphrite avec hypertension et non pas néphrite hypertensive.

Je ne veux pas aborder l'étude des problèmes que pose la pathogénie de l'hypertension artérielle permanente. Leur exposé entraînerait à de longs développements. Il faudrait parler de la *théorie rénale*, de la *théorie surrénale*, des *théories vasculaire, nerveuse, endocrino-sympathique* et *humorale*.

Chacune de ces théories a des arguments en sa faveur et en soulève des critiques.

Pour l'hypertension artérielle permanente des enfants on peut penser à la possibilité d'une dystrophie générale portant sur les reins, les vaisseaux, le système endocrino-sympathique, régulateur de la pression sanguine, et peut-être à des troubles humoraux.

On est encore réduit à l'hypothèse, d'autant plus qu'on ne découvre généralement pas de FACTEURS ÉTIOLOGIQUES appréciables.

La syphilis congénitale manque le plus souvent. L'hérédité est rare et, sauf exception, l'enfant n'appartient pas à une famille d'hypertendus.

Nous devons reconnaître notre ignorance et chercher, pour chaque malade, les éléments d'interprétation.

Revenons à nos deux MALADES.

Ils sont des exemples d'hypertension artérielle permanente chez des sujets très jeunes. Les premières manifestations sont apparues, chez l'une à un 1 et 3 mois, chez l'autre à 3 ans 11 mois.

Très certainement, ces phénomènes ont été précédés d'une période d'hypertension artérielle occulte, dont nous ignorons le début.

Chez ces deux enfants, l'hypertension artérielle permanente existe sans symptômes appréciables de néphrite chronique. Chez Michelle, il n'y a pas d'albuminurie ; Mauricette a eu une albuminurie légère et passagère ; chez les deux, il y a eu une azotémie légère de 0 gr. 46 et de 0 gr. 52, qui a disparu assez rapidement.

L'élimination de la phénol-sulfone-phtaléine est normale chez Mauricette, est insuffisante chez Michelle, mais à 1 an 3 mois, l'expérience est bien difficile à réaliser avec toute la précision nécessaire.

Nous ne trouvons aucun facteur étiologique ; il n'y a pas de syphilis, pas d'hérédité.

Ces enfants sont entrés dans le service pour des manifestations nerveuses, des convulsions, un sydrome méningé, une hémiplégie. Ces manifestations nerveuses présentent un grand intérêt clinique. Je les étudierai samedi prochain (1).

(1) Leçon du 21 décembre 1935 : sur deux filles de 15 mois et de 3 ans 11 mois, présentant de l'hypertension artérielle permanente sans symptômes de néphrite chronique (*Suite*). — II. Les manifestations nerveuses de l'hypertension artérielle permanente. *Le Progrès Médical*, n° 7, du 15 février 1936.

REVUE DE PHARMACOLOGIE

La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1934-1935

(2e semestre 1934 - 1er semestre 1935)

(*Suite*)

Par

Paul BOYER et **Lucien DUTHEIL**

Médecin du Dispensaire de Saint-Lazare — Interne de Saint-Lazare

Antisyphilitique

Mercure

RANGIER et Mlle RABUSSIER (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 1052) présentent une méthode de microdosage simple et spécifique du mercure dans les milieux biologiques.

RATHERY, DEROT, SALLET et MOLINES (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 26 oct. 1934) rapportent une observation de néphrite secondaire à une intoxication par l'oxycyanure de Hg ayant évolué vers la mort et LEVY-VALENSI, JUSTIN-BESANÇON, Mlle ABADIE et KAYSER (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 15 févr. 1935) ont également observé un cas d'intoxication accidentelle par l'oxycyanure de Hg ayant déterminé une néphrite grave mais suivie de guérison.

MARCHAL, SOULIÉ et GRUPPER (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 5 avril 1935) dans un cas d'intoxication non mortelle par le sublimé ont observé des modifications électrocardiographiques intéressantes : aplatissement de l'onde T, inversion de l'onde T, crochetage des ondes rapides, décalage de l'espace S-T, ainsi que des troubles hématologiques, d'abord très forte leucocytose à polynucléaires, puis anémie tardive aplastique avec granulopénie progressive, traduisant des lésions médullaires.

GOUIN, BIENVENUE et LE BIGOT (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 11 avril 1935) rapportent un nouveau cas de syphilis arsénorésistante, avec névrite rétrobulbaire très améliorée par le traitement mercuriel.

FIEHRER (*L'Hôpital*, nov. 1934, A, n° 370, 250) donne une étude du mercure dans le traitement de la syphilis.

MATHIEU (*Soc. méd. Nancy*, oct. 1934) préconise l'emploi des sels mercuriels diurétiques (neptal) à doses réfractées dans le traitement des cardio-aortites syphilitiques.

BOUYOUCOS (*Presse méd.*, 9 févr. 1935, n° 12, 221) étudie le mécanisme de la diurèse par les composés mercuriels organiques du type neptal ou salyrgan.

MORICHAU-BEAUCHANT (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 25 janv. 1935) rapporte un cas dans lequel quarante-sept injections intrapéritonéales de nepal ont été pratiquées en un an. Ces injections ont été admirablement tolérées et le malade porteur d'une ascite cirrhotique maintenu en équilibre sans ponctions. La mort survint par hémorragie intestinale.

RABINOWICZ (*Thèse Montpellier*, 1935) étudie les effets des diurétiques mercuriels dans les ascites cirrhotiques.

POPOFF (*Thèse Méd. Paris*, 1934) préconise le traitement de la furonculose par le cyanure de Hg.

BARRÈS (*Thèse Méd. Paris*, 1935) est d'avis que le calomel à la dose de un centigramme pendant 3 jours consécutifs, par doses réfractées de 5 mmgr., amène en très peu de temps dans les troubles gastro-intestinaux du nourrisson la reprise de l'accroissement pondéral et la guérison.

ROUVET (*Thèse Paris*, 1935) est d'avis que le mercurochrome est un antiseptique puissant avec pouvoir pénétrant élevé, de faible toxicité et d'une tolérance parfaite. On peut l'administrer par voie intraveineuse dans les septicémies et en injections localisées (voies urinaires).

Bismuth

VOLMAR et REVEL (*Acad. Méd.*, 5 mars 1935) présentent une technique de préparation des émétiques de bismuth.

SEZARY, BARBÉ et Mlle LACKENBACKER (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 26 octobre 1934) confirment leur travaux antérieurs sur le non passage du bismuth dans le liquide céphalo-rachidien.

LEVADITI, HORNUS, VAISMAN et Mlle MANIN (*Acad. Sc.*, 1er oct. 1935) rappellent que d'après Kolle l'action préventive et curative du bismuth dans la syphilis humaine et expérimentale ne serait pas due à une influence stérilisante exercée par ce métal sur les germes spécifiques, mais à une simple inhibition du potentiel prolifératif de ceux-ci : l'ablation des dépôts bismuthiques quelque temps après leur introduction dans l'organisme du lapin semblant à l'abri de toute tréponémose apparente serait suivie du développement d'un chancre à l'emplacement de l'inoculation d'épreuve : le virus serait donc endormi et non détruit.

MAY (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 12 juil. 1934) rapporte l'observation d'un malade qui eut un chancre syphilitique en 1931 ; il fut traité par le novarsénobenzol et le bismuth et son Wassermann devint négatif en juin 1933. Au cours de ce traitement bismuthique il se contamine à nouveau et voit apparaître trois chancres syphilitiques en un point différent du premiers ; l'ultramicroscope montra la présence de tréponème et le Wassermann redevint positif. Il s'agit donc pour l'auteur d'une nouvelle infection apparue 18 mois après la première, en plein traitement bismuthique.

FRANÇOIS et VAGUE (*Comité méd. Bouches-du-Rhône*, 6 juillet 1924) rapportent un cas de néphrite bismuthique et mercurielle avec évolution rapidement mortelle ; à l'autopsie néphrite œdémateuse avec lésions interstitielles prédominantes au lieu de la néphrite épithéliale anurique habituelle.

LASSALE, AUJALEU et SORIER (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 26 octobre 1934) ont observé un nouveau cas de dermite livédoïde par embolie intra-artérielle d'un sel insoluble de bismuth (iodobismuthate de quinine).

GOUGEROT et BLUM (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 14 février 1935)

rapportent le cas d'une malade de 38 ans, traitée par le bismuth, dont la teinte ardoisée diffuse de la face, du tronc, avec taches ardoisées de la face interne des joues, rappelait la véritable argyrie cutanéo-muqueuse.

KOLTZ (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 13 juillet 1934) signale un nouveau cas d'intolérance au sous-nitrate de bismuth caractérisé par des accidents assez importants (céphalée, pharyngite, ictère) après l'administration de doses habituelles.

GOUIN, BIENVENUE, DOMAIN et LE BIGOT (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 11 avril 1935) présentent un cas de lichen plan arsénorésistant guéri par le traitement bismuthique.

ARSENIC

Arsenic trivalent

SÉZARY, CHWATT et LEVY (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 1048) ont constaté que chez quelques cobayes, le plus souvent chez les cobayes albinos ou angora, l'inoculation dans le derme d'une solution étendue de novar détermine une réaction cutanée qui se manifeste au bout d'une semaine la première fois par une papule due à une petite lésion nécrotique du derme. Une deuxième épreuve identique à la première chez un animal sensibilisé donne une réaction analogue d'incubation de 24 heures seulement. Enfin toujours chez l'animal sensible une injection intracardiaque de novar provoque une réaction érythémateuse en nappe qui paraît constituer une réaction de Schwartzmann.

DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et HOANG TICH TRY (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 1270), sur 568 examens pratiqués sur 256 sérums fortement positifs préalablement soumis à l'action de différents sels d'arsenic, de mercure et de bismuth, ont observé 146 cas de négativation de la réaction de Bordet-Wassermann. Il y aurait intérêt à étudier la valeur de la sensibilité sanguine vis-à-vis de tel ou tel médicament antisyphilitique en comparant les données cliniques et les résultats du laboratoire.

ZORN (*C. R. Soc. Biol.* 1935, CXVIII, 661) est d'avis que chez des malades traités par l'arsenic ayant une intégrité du système excréteur rénal l'augmentation du coefficient de Maillard semble bien montrer une altération de la fonction hépatique. Si le trouble évident de la fonction uréogénique est facile à montrer, il est permis de penser que d'autres fonctions sont troublées, en particulier la fonction antitoxique.

PAULIAN et TANASESCU (*Acad. Méd.*, 11 juin 1935) rappellent que dans la paralysie générale où les endothéliums vasculaires sont fortement altérés, l'arsenic franchit la barrière méningée normalement infranchissable et passe dans le liquide céphalo-rachidien. Après la malariathérapie, la perméabilité à l'arsenic est abaissée sans doute à la suite de l'action favorable de ce traitement sur les endothéliums vasculaires : la recherche de la perméabilité à l'arsenic peut être utilisée comme test de diagnostic et de guérison.

BRAHIC et CESPÈDES (*Soc. Méd. Marseille*, 8 avril 1935 et *Marseille méd.*, 25 mai 1935, n° 15,653) concluent à l'inconstance de l'urobiliburie en rapport avec les injections d'arsénobenzènes, et sous réserves de recherches ultérieures ils jugent que la notion de l'urobilinurie comme un test de l'insuffisance hépatique susceptible d'assurer de la bonne ou mauvaise tolérance d'une thérapeutique arsénicale appelle quelques réserves.

RUAIS-SAVEL (*Thèse Paris*, 1935) étudie le 810, arsénical trivalent titrant 19 à 20 % d'arsenic, ce corps par voie veineuse serait très bien toléré et donnerait d'excellents résultats.

SÉZARY (*Concours méd.*, 30 déc. 1934, n° 52, 3593) est d'avis que l'arsenic trivalent semble le médicament le plus efficace dans la syphilis rénale, le mercure et le bismuth se disputant la deuxième place.

SÉZARY et COUTELA (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 6 juin 1935) rapportent l'observation d'un tabétique dont les troubles visuels graves ont été enrayés puis améliorés par les traitements bismuthique et arsénobenzolique d'abord alternés, puis conjugués. L'acuité visuelle du seul œil non aveugle fut améliorée, mais surtout un quadrant entier du champ visuel fut récupéré. Les médications intensives sont donc seulement inoffensives, si l'on évite la réactivation du début du traitement, mais encore efficaces contre cette grave complication du tabes dont le traitement est encore discuté.

BARRÉ (*Thèse Méd. Paris*, 1935) préconise le sulfarsénol dans l'érysipèle.

BORDE (*Soc. méd. chir. Bordeaux*, févr.-mars 1935) présente l'observation d'une angine streptococcique pure, qui a cédé en moins de 48 heures à une seule injection de 12 centigr. de sulfarsénol sous-cutanée, pratiquée au deuxième jour de l'angine. L'auteur pense que le sulfarsénol qu'il considère comme spécifique de l'érysipèle, agit sur toutes les races de streptocoques.

HOSSEIN-BANISSADRE (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 14 février 1935) a obtenu de bons résultats avec le traitement local du bouton d'Orient par le novarsénobenzol en solution concentrée.

ESBACH (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 9 novembre 1934) relate un cas de fièvre de Malte guéri complètement et définitivement par le novarsénobenzol.

BENECH (*Presse méd.*, 20 février 1935, n° 15, 283) préconise une solution de glycocolle à 4 % comme solvant des novarsénobenzènes. Cette méthode a donné d'excellents résultats à l'auteur, elle ne constitue certes pas le moyen absolu d'éviter tous les accidents dus aux arsénobenzènes, mais elle renforce les moyens que nous avons de les éviter.

OGLIASTRI et SIDI (*Soc. Péd.*, 4 décembre 1934) rapportent un cas de crise nitritoïde chez un enfant de 18 mois déclenchée par une injection intramusculaire de 3 centigr. de sulfarsénol, guérison après injection sous-cutanée d'adrénaline.

LANZENBERG et MONIATTE (*Réun. derm. Strasbourg*, 10 mars 1935) décrivent une forme anormale d'érythrodermie novarsénicale. Cette forme a débuté et persisté pendant une dizaine de jours sous forme de placards isolés, puis a pris un type mixte d'érythrodermie exfoliante scarlatiniforme et d'érythtrodermie vésiculo-œdémateuse.

GLASSER (*Réun. derm. Strasbourg*, 10 mars 1935) a observé chez un homme de 21 ans atteint d'une syphilis latente et lors d'une première injection de 0 gr. 45 de novar une urticaire généralisée survenant au cours d'injection et durant une demi-heure.

TZANCK, BENSAUDE, CACHIN et BOYER (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 18 janvier 1935 et 1er février 1935) étudient les ictères post-arsénicaux.

MILIAN (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 14 février 1935) a observé chez une syphilitique secondaire de 24 ans, atteinte de névrite optique, neuf jours après le début d'un traitement par l'arsénomyl (troisième injection) des crampes violentes dans l'hypogastre droit avec vomissements, douleurs à la pression de la vésicule ; il semble que dans ce cas une angiocholite aiguë, donnant le tableau de la colique hépatique, ait été réveillée par l'arsenic, sans doute par biotropisme indirect.

PASTEUR-VALLERY-RADOT, GILBRIN et Mlle GAUTHIER-VILLARS (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 833) étudient les néphrites expérimentales arsénicales.

SÉZARY et LAYANI (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 14 mars 1935) rapportent le cas d'un malade qui au cours d'un traitement arsénobismuthique fit subitement, trois jours après une injection de 60 centigr. de novar, un accident caractérisé par des vomissements et de la diarrhée, une asthénie profonde, un collapsus cardiovasculaire, des crampes musculaires douloureuses. Ces symptômes qui inspirèrent les plus vives inquiétudes, disparurent quelques minutes après une injection d'adrénaline. Les auteurs insistent sur la similitude de ce syndrome sympathicoplégique avec l'insuffisance surrénale aiguë ; mais à cause de sa disparition presque instantanée, ils l'attribuent à une paralysie aiguë des splanchniques. Ils incriminent l'arsenic et non le bismuth, ce dernier médicament ayant été repris ensuite sans incidents.

SÉZARY et DUTHEIL (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 14 mars 1935) ont observé un cas de paraplégie médullaire survenue chez un sujet non-syphilitique ayant reçu 15,30 et 45 centigr. de novar et trois jours après la troisième injection. Les auteurs l'attribuent à une intolérance arsénicale et assimilent cet accident à celui qui survient moins rarement dans le cerveau (encéphalopathie hémorragique). Le nom d'apolexie post-arsénobenzolique paraît convenir aux diverses localisations de cette complication névraxique.

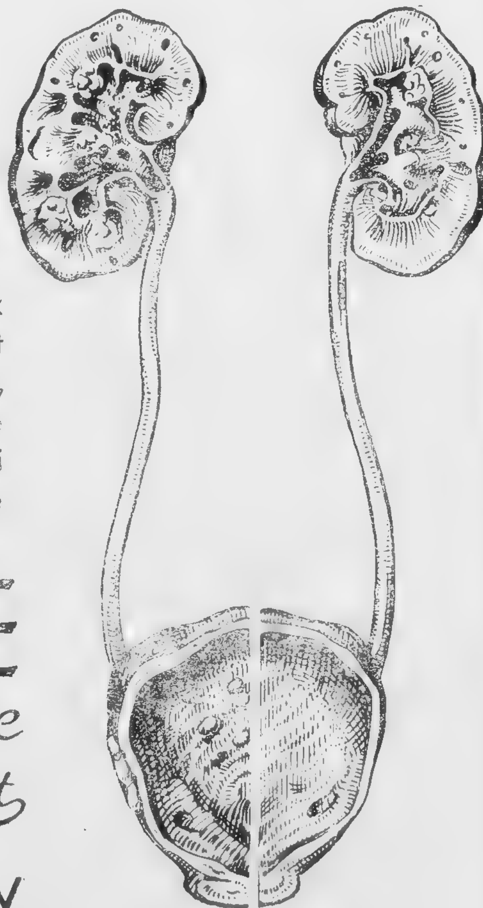
GOUIN, BIENVENUE et LE BIGOT (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 14 février 1935) ont observé un malade qui a fait une cécité complète au cours d'une première série de novar.

TINEL (*Soc. méd. psychol.*, 11 avril 1935) rapportent un cas de délirium tremens provoqué chez un alcoolique chronique par une injection de novar. Il semble à l'auteur que le facteur pathogénique essentiel dans ce cas ait été le choc nitritoïde qui en libérant les produits toxiques alcooliques accumulés a amené la confusion mentale suraiguë.

Arsenic pentavalent

Stovarsol

SÉZARY et BARBÉ (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 8 novembre 1934) ont observé une action remarquable de la stovarsothérapie



compliquée d'érythrodermie vésiculo-œdémateuse dans un cas de paralysie générale.

SALGO (*Soc. ophtalmol. Paris*, février 1935) rapportent deux nouveaux cas de cécité par le traitement stovarsolique chez des paralytiques généraux.

ABELY et SALGO (*Soc. méd. psychol.*, 25 mars 1935) présentent trois cas de névrite optique rétrobulbaire bilatérale avec intégrité primitive du fond de l'œil survenue au cours de traitement stovarsolique chez des paralytiques généraux.

Acétylarsan

VEIL (*Soc. Ophtalmol. Paris*, février 1935) insiste sur les névrites optiques au cours des traitements par l'acétylarsan ou l'arsaminol, et CHAPAMIS (*Soc. Ophtalmol. Paris*, février 1935) rapporte un nouveau cas de cécité par suite de l'emploi d'acétylarsan.

Tryparsamide

LAUNOY et Mlle PRIEUR (*Soc. Path. exot.* 8 mai 1935) présentent un dosage biologique de la tryparsamide sur le lapin et la souris basé sur la détermination de la toxicité et de la dose stérilisante pour *Trypanosoma brucei*.

VAN SLYPE (*Soc. Path. exot.*, 12 juin 1935) insiste sur l'existence chez un petit nombre de trypanosomés de l'instabilité du liquide céphalo-rachidien après traitement par la tryparsamide qui commande de pratiquer plusieurs ponctions à intervalles rapprochés de 1 à 3 mois.

MARTY (*Soc. Path. exot.*, 11 juillet 1934) est d'avis que l'administration de tryparsamide avant l'apparition des lésions méningées dans la trypanosomiase peut créer une résistance spéciale. BONNET (*Soc. Path. exot.*, 11 juillet 1934) est au contraire d'avis que la tryparsamide peut et doit être employée chez certains malades en première période ; dans la majorité des cas elle doit cependant être réservée à la période nerveuse. MILLOUS et MAURY (*Soc. Path. exot.*, 11 juillet 1934), tout en faisant quelques objections aux affirmations de Marty estiment cependant avec lui que la tryparsamide ne doit être employée qu'après une ponction lombaire de contrôle dans le traitement des accidents nerveux, sans que cela fasse renoncer au traitement par la tryparsamide de tous trypanosomés ayant un mauvais état général, la tryparsamide ayant une action plus marquée sur les symptomes de la maladie que sur la disparition des trypanosomes.

SICÉ et MERCIER (*Soc. Path. exot.*, 12 décembre 1934) signalent que chez deux trypanosomés entachés de tuberculose, la tryparsamide a réveillé des réactions générales puis locales de tuberculose. Ces deux échecs sont comparables aux complications similaires signalées chez des syphilitiques tuberculeux traités par des doses élevées d'arsénobenzènes.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 janvier 1936

L'optimum thermique et le développement des jeunes mammifères. — ***M. Baccino.*** — Les recherches effectuées au «laboratoire de Physiologie générale de la Sorbonne», sous la direction du Professeur L. Lapicque, ont permis de préciser *l'action nocive* des variations de température ambiante sur les jeunes animaux homéothermes et d'en percevoir le mécanisme physiologique.

Elles ont montré que le meilleur développement leur est assuré (toutes autres choses égales d'ailleurs), pour la réalisation dans leur ambiance, de la *température optimum, variable avec chaque espèce et pour chaque âge, et coïncidant* très sensiblement avec les caractéristiques *naturelles* réalisées par le nid, la protection maternelle, etc... L'observation de cette condition assure le meilleur développement au jeune animal ainsi *qu'une plus grande résistance* à une cause morbide.

Ces notions, tenant compte de l'établissement progressif de la thermo-régulation, ont permis d'envisager une nouvelle prophylaxie pour la *défense des nourrissons* contre les *maladies saisonnières* en général, et *estivales* plus particulièrement.

La coqueluche et l'hygiène infantile. — ***M. Fernand Barbary.*** — A côté des nombreux décès, résultats de bronchopneumonies qui lui sont imputables, la coqueluche est encore responsable de séquelles éloignées (retentissent sur les ganglions biliaires favorisant l'évolution de tuberculoses latentes). De nouvelles mesures de prophylaxie s'imposent — déclaration obligatoire de la maladie, jusqu'alors facultative. De cette maladie découleraient les applications suivantes : isolement du malade, défense aux parents de faire circuler l'enfant atteint dans les lieux publics, mise en pratique des épreuves de diagnostic précoce, triage en milieux épidémiques et surtout dans les écoles à la période préquinteuse.

Nous possédons aujourd'hui les moyens de faire, en période épidémique un triage, de reconnaître les suspects — quinte provoquée devant une boîte de Pietri contenant un milieu sang-gelose-pomme-de-terre, placée à dix centimètres de la bouche du malade. Si l'épreuve est positive pour le bacille de Bordet, on tentera un traitement préventif — injections du rhino-pharynx, application de la méthode de Milne, au besoin traitement curatif :

Immunisation passive, sérum de convalescent préconisé par Nicolle et Conseil appliqué par Debré et par Lesné ;

Immunisation active, vaccinothérapie basée sur les essais de Charles Nicolle et A. Conor, Nicolle et Blaizot et les recherches de Bordet.

Election. — M. DONATIEN (d'Alger) est élu correspondant national dans la Ve division (médecine vétérinaire.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 janvier 1936

Myélomes multiples, images radiologiques et myélogrammes. — ***MM. P. Carnot, René Cachera*** et ***Mlle M. Tissier*** présentent l'étude d'un cas de myélomes multiples dont le diagnostic et l'identification histologique fut rendue possible pendant la vie grâce à la ponction du sternum.

La malade, âgée de 58 ans, présentait des douleurs lombaires et thoraciques, un effondrement de plusieurs corps vertébraux avec cypho-scoliose, et amaigrissement massif.

Les radiographies montraient sur la plus grande partie du squelette, une profusion d'images arrondies claires, à contours nets, presque confluentes par endroits. Ces géodes osseuses ne s'accompagnaient d'aucune réaction édificatrice. Les os les plus touchés étaient le sternum, les côtes, le bassin, la voûte crânienne, le tiers supérieur de l'humerus et du fémur. Les extrémités des membres étaient totalement indemnes. Un tel aspect laissait le diagnostic hésitant entre métastases osseuses néoplasiques multiples et myélome primitif. C'est la ponction sternale qui permit de trancher la question.

Le métabolisme calcique était apparemment normal. L'anémie. modérée et de type banal, ne s'est accrue que peu de temps avant la mort. L'albumosurie a toujours fait défaut.

Le traitement radiothérapique, appliqué pendant quatre mois ne semble guère avoir influencé l'évolution.

Les frottis pratiqués après ponction sternale, comme les constatations autopsiques, ont montré que les tumeurs myélomateuses étaient formées de cellules volumineuses, dont certaines étaient mal différenciées, d'autres proches des plasmocytes.

A propos des bradycardies et des syncopes d'origine digestive. — ***MM. Ed. Doumer*** (de Lille), à propos de la communication de ***MM. Marchal, Soulié*** et ***Roy***, sur les bradycardies et les syncopes d'origine digestive, insiste sur les difficultés que présente parfois l'interprétation de malaises qui compliquent volontiers certains syndromes digestifs et qui sont couramment interprétées comme lipothymies et syncopes alors qu'il ne s'agit en réalité que d'un malaise angoissant. L'angoisse complique souvent certains syndromes digestifs donnant avec un profond malaise une impression d'anéantissement, souvent très mal interprétée par le malade qui ne sait comment l'analyser ; son récit laisserait croire qu'il a perdu connaissance ou qu'il a manqué de perdre connaissance.

En ce qui concerne les lipothymies et les syncopes vraies, l'auteur ne croit pas qu'elles soient liées à la bradycardie elle-même et que leur mécanisme soit celui des accidents du pouls lent par troubles de conduction. Tenant compte des constatations qu'il a faites à l'occasion de ces malaises chez une coli-

tique, il croit pouvoir leur attribuer plutôt le mécanisme qui pour Laubry et Tzanck à la base de la plupart des syncopes réflexes : brusque inhibition réflexe du mécanisme régulateur de la pression sanguine, qui se développe parallèlement à la bradycardie et sous l'influence des mêmes excitations, mais indépendamment d'elle, et qui provoque l'ischémie cérébrale par vaso-dilatation paralytique du réseau capillaire et poussée d'hypotension aiguë.

Sur un cas de septicémie pure à bacillus proteus. Forme pseudo-palustre. Guérison. — *MM. Jacques Decourt, Lévy-Bruhl* et *Franchel* rapportent un cas de septicémie à proteus, paraissant consécutif à une infection dentaire. Le germe isolé à l'état pur à plusieurs reprises dans le sang et les urines, présentait les caractères bactériologiques des proteus, mais par certaines propriétés biochimiques, se rapprochant beaucoup plus des souches de proteus dites X.19 que des souches de proteus vulgaris. La maladie s'est caractérisée pendant la plus grande partie de son évolution par de grands accès fébriles intermittents rappelant les accès palustres. Après deux mois d'évolution elle s'est terminée par la guérison, sans que l'on puisse affirmer que le traitement vaccinothérapique, tardivement institué, ait été la cause de cette évolution favorable.

A propos d'un cas de rhumatisme de la chimiothérapie chez un goutteux ancien. — *MM. A. Tzanck* et *H.-P. Klotz* relatent que parmi les très nombreux cas d'accidents articulaires qu'ils eurent l'occasion d'observer au cours de la chimiothérapie, celui qui fait l'objet de cette publication leur sembla montrer un intérêt particulier.

Tout d'abord il s'agissait d'une forme hydarthrodiale, ce qui est fort rare. Par ailleurs l'accident articulaire coïncidait avec un rash cutané, association particulièrement intéressante au point de vue pathogénique. Enfin, le fait que le malade avait présenté antérieurement des crises de goutte posait le problème diagnostic difficile à résoudre.

Deux nouveaux cas de calcifications du péricarde. — *M. G. Desbuquois* (de Tours) rapporte deux observations de calcifications péricardiques, découvertes par hasard lors d'examens radiologiques systématiques. Il n'existait aucun symptôme clinique permettant le diagnostic. Des radiographies prises sous différentes incidences permettant de localiser avec précision le dépôt calcaire. Dans les antécédents des deux malades on ne retrouve ni maladie de Bouillaud ni tuberculose et l'étiologie du syndrome demeure mystérieuse.

Recherche sur la spléno-contraction sous l'effet de l'adrénaline administrée chez l'homme par voie sanguine. — *M. Etienne Chabrol* et *Jean Sallet* soulignent l'intérêt de la méthode d'injection lente et continue d'adrénaline par voie veineuse que MM. Baudouin, Henri Bénard, Lewin et Jean Sallet ont employée dans ces derniers mois pour assurer les variations de la tension artérielle et de la glycémie. Ils l'ont eux-mêmes mise à profit pour étudier chez l'homme les perturbations que la spléno-contraction peut entraîner dans le métabolisme des principes biliaires. Leurs recherches ont porté sur quinze malades qui ont reçu des doses d'adrénaline comprises entre 5/10.000 et 2/100 de milligramme par heure et par kilogramme de poids. Par voie sanguine les résultats sont fort différents de ceux que l'on obtient par voie intramusculaire à la dose globale de 1 milligramme. Les auteurs n'ont obtenu de la fragilité globulaire que deux fois sur quinze ; ils n'ont observé l'élévation de la cholémie pigmentaire qu'une fois seulement dans un cas d'ictère hémolytique avec grosse rate, alors que d'après Drouet et les auteurs italiens opérant par voie musculaire, la cholémie et la fragilisation des hématies seraient constantes à l'état normal ou pathologique. Le cholestérol sanguin ne varie pas d'avantage sous l'effet de la spléno-contraction. Et cependant chez tous ces malades l'activité de l'injection veineuse s'était traduite par une élévation immédiate de la glycémie et de la tension artérielle, par le degré de spléno-contraction, par l'importance de la chasse globulaire qui atteignit les valeurs de 300.000 à 1.700.000, chiffres égaux ou supérieurs à ceux que l'on obtient en administrant l'adrénaline par voie musculaire à la dose de 1 milligramme.

Réflexions à propos d'un cas de scorbut parisien. — *MM. Ph. Pagniez, A. Plichet* et *Ch. Rendu* rapportent l'observation d'un cas de scorbut chez un chômeur. Ce malade présentait les symptômes cardinaux du scorbut : éruption purpurique péripilaire, aspect de peau ansérine, gencives tuméfiées et fongueuses, temps de saignement allongé, diminution des plaquettes ; phénomène curieux, le signe du lacet était négatif. Le régime carencé en aliments frais auquel était soumis ce malade pouvait, à première vue expliquer ce scorbut, mais à la vérité ce malade était un prédisposé ayant présenté auparavant deux poussées de purpura à larges ecchymoses et une adénite tuberculeuse. Au simple régime d'hôpital non renforcé de citrons ou d'oranges, sans adjonction d'acide ascorbique, ce scorbutique guérit en dix-huit jours.

La facilité d'apparition de ce scorbut chez ce malade aussi bien que sa guérison rapide par un régime normal permet de se demander si on n'a pas eu affaire ici à un de ces sujets qui sont connus aujourd'hui comme susceptibles de détruire dans leur tube digestif une certaine quantité de vitamine C.

On comprend que, chez de semblables sujets, les variations relativement peu importantes de la tumeur du régime en vitamine C puisse avoir une action scorbutigène.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance annuelle solennelle

M. Fredet, président, remercie M. Louis MARIN qui a bien voulu présider la séance annuelle.

M. Moure, secrétaire annuel, fait le résumé des travaux qui ont particulièrement attiré l'attention de la Société en 1935. Il insiste sur l'orientation biologique et physiologique de certaines communications sur l'anesthésie intraveineuse, l'antisepsie, les septicémies post-opératoires, la vaccination antitétanique.

Le développement des nouvelles méthodes d'investigation, radiographie d'urgence dans les syndromes abdominaux aigus, artériographie, examens anatomo-pathologiques répétés au cours de l'opération, etc., est également remarquable. Enfin la Société s'est particulièrement attaché à l'étude des infarctus viscéraux, des traumatismes des membres, de l'ostéosynthèse et de ses échecs.

M. Louis Bazy, secrétaire général, prononce ensuite l'éloge d'Eugène ROCHARD, et annonce à la Compagnie la présence de Madame la Maréchale FOCH, qui assiste à la séance.

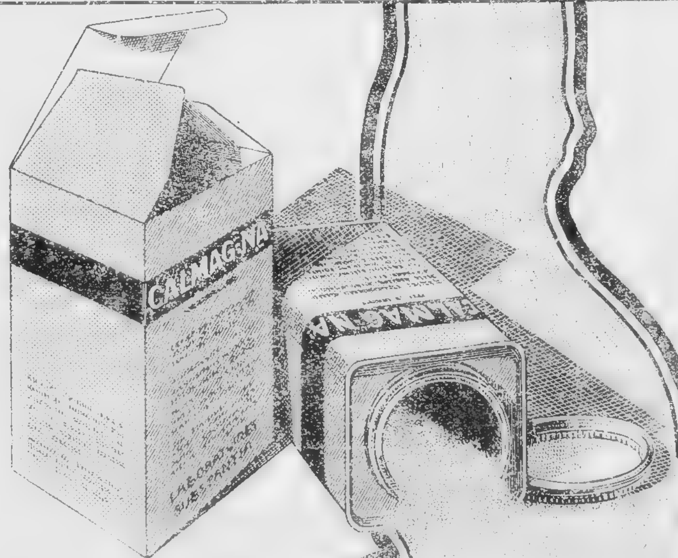
M. Fredet, président, proclame les récompenses décernées en 1935 :

Le prix E. Laborde va à MM. Wetzel, de Lille, et Charbonnier, de Genève.
Le prix Dubreuil à M. Montant, de Paris.
Le prix Hennequin à M. Mutricy.
Le prix Guinard à M. Contiadès.
Le prix des élèves du Docteur Rochard à M. Demirleau.
Le prix Le Dentu à M. Mialaret.
Les autres prix n'ont pas été décernés.

M. Louis Marin remercie l'Académie de l'avoir invité à sa séance et exalte les vertus du chirurgien.

J. CALVET.

« Les amateurs de consultations gratuites ne sont pas l'exception au théâtre..... Dans un de nos théâtres subventionnés, le médecin de service fut demandé un soir au contrôle pour donner ses soins à une dame, qui au cours de la représentation, avait déclaré éprouver brusquement une douleur très violente sur un côté du thorax « Crise d'angine de poitrine », murmurait-on déjà autour de la malade. Mais un examen superficiel fut suffisant pour éclairer le médecin sur la véritable nature de cette affection prétendue soudaine. Il s'agissait d'un zona thoracique entraînant les phénomènes douloureux habituels. La malade avait sans doute pensé très judicieusement qu'au lieu de payer un prix élevé pour la consultation du médecin de son quartier, elle pouvait pour un prix inférieur avoir en plus d'une consultation médicale, une intéressante représentation théâtrale ». — (Docteur OGLIASTRI DE GENTILE. — Le médecin de théâtre. *Pallas*, 15 septembre 1935.)


CALMAG-NA


LS

Echos et Glanures

« Je m'en voie, escorniflant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Lacenaire et la phrénologie. — *De M. Henri d'Almeras dans le* JOURNAL DES DÉBATS (26 janvier 1936).

Lacenaire et son complice Avril avaient été exécutés le 9 janvier 1836. Quelques jours après, un phrénologue examinait, suivant toutes les règles de l'art, les crânes des deux assassins.

Par le principal journal de médecine de l'époque la *Gazette Médicale*, nous connaissons le résultat de cet examen.

Le crâne d'Avril révélait une vulgaire brute, née pour le crime et le crime irraisonné. Celui de Lacenaire donna lieu à quelques observations assez imprévues.

Or y trouvait, bien indiquées, les bosses de la bienveillance, de la douceur, de la générosité, celle de l'amour du prochain, celle de l'horreur du sang. Celui qui avait un tel crâne était évidemment destiné par la nature à devenir un honnête homme et un brave homme.

Une quinzaine d'années avant les assassinats de ce brave homme, un ami d'un phrénologue distingué (ils étaient tous distingués) était venu chez lui avec un inconnu qui désirait faire tâter son crâne et, pour ne pas influencer l'opérateur, s'abstint soigneusement de donner ni son nom, ni aucun détail sur sa personnalité.

Le lendemain le phrénologue rencontrait, par hasard, son ami :

— Qui diable, lui demanda-t-il à brûle pourpoint, m'avez vous amené hier ? Je n'ai pas voulu le lui dire, pour ne pas le désobliger, mais il a le crâne d'un idiot.

Cet idiot, c'était Chateaubriand.

Paul Bourget et l'Académie de médecine — JOURNAL DES PRATICIENS (4 janvier 1936) :

A tous les confrères qu'il voyait, il exprimait son regret : ne pas avoir été médecin. Il y a une quinzaine d'années, il m'avait confié son ambition secrète : être nommé membre libre de l'Académie de médecine. Je mis notre ami commun Maurice de Fleury au courant de ce désir : il fit campagne de son côté et recueillit vingt-six voix. J'en avais groupé un peu plus, trente-trois. C'était insuffisant. Et puis des oppositions se dessinaient. Un membre de l'Académie qui avait épousé une femme divorcée me dit qu'il ne pourrait voter pour l'auteur du roman *Le Divorce*.

Un dîner réunit un jour chez moi mes amis les Professeurs Chauffard, Tuffier et quelques autres avec Bourget et Louis Bertrand. Il n'y avait décidément pas moyen. L'Académie ne marcherait pas. Bourget ne pouvait échouer. Sa candidature ne fut pas posée, mais il continua d'écrire des romans où s'agitaient des questions médicales et il se documentait avec un tel soin qu'il n'y avait jamais à le reprendre sur une erreur.

Phytothérapie. —(JOURNAL DES DÉBATS, (24 janvier 1936) :

Dédions à notre docte collaborateur Paul Farez — qui nous entretenait, dans sa causerie médicale (janvier) des « plantes qui guérissent » — ce fragment d'un « boniment » du vieux poète Rutebeuf, cité dans le dernier numéro des *Nouvelles Littéraires* :

« Aucunes gens y a qui demandent d'où les vers viennent. Je vous fait assavoir qu'ils viennent de diverses viandes échauffées et des vins en fûts et en bouteilles. Ils se rassemblent dans le corps par chaleur et par humeurs, car, comme disent les philosophes, toutes choses en sont créées et pour ce viennent les vers au corps, qui montent jusqu'au cœur et font mourir d'une

maladie qu'on appelle mort soudaine. Signez-vous ! Dieu vous en garde tous et toutes !

« Pour guérir la maladie des vers (sous vos yeux la voyez, sous vos pieds l'écrasez !), la meilleure herbe qui soit aux quatre parties du monde, c'est l'*armoise*. Les femmes s'en ceignent le soir de la Saint-Jean et en font chapels sur leur tête, et disent alors que goutte ni haut mal ne les peut prendre, ni au chef, ni aux bras, ni aux pieds, ni aux mains, mais je m'émerveille que leur tête ne se brise et que leur corps ne se rompe, tant l'herbe a de vertu en soi. En la Champagne, où je fus né, on l'appelle *Marrebore*, qui veut dire la mère des herbes. De cette herbe prendrez trois racines, cinq feuilles de *sauge* et dix feuilles de *plantain*. Battez ces choses en un mortier de cuivre, avec un pilon de fer, déjeûnez du jus par trois matins : guéris serez de la maladie des vers. »

L'enseignement du latin. — *M. l'abbé Balzan, spécialiste des études latines, vient de publier dans* La Revue Universelle *du 15 janvier, une étude qui intéressera tous les humanistes. L'auteur explique que la grande erreur a été de renoncer à l'empirisme, à l'enseignement par l'usage.*

On parle depuis longtemps de la « crise du latin ». Les méthodes nouvelles qui ont prétendu la conjurer ne se comptent plus. Et la crise s'aggrave toujours : « Dans l'ensemble, constate un enquêteur officiel, ignorance totale des choses de l'antiquité latine et faillite de la grammaire. ».

Après six ou sept ans d'études, nos candidats au baccalauréat ne parviennent que difficilement à déchiffrer en trois heures, un texte qu'on leur choisit de plus en plus facile.

Il y a là de quoi étonner si l'on songe que, de toutes les langues, c'est la langue latine qui doit être la plus aisée à apprendre pour un Français. D'où vient cette lamentable décadence ?

Nous n'hésiterons pas à affirmer que la principale, pour ne pas dire l'unique raison, en est l'absence totale de méthode dans l'enseignement du latin. Tout au long du dix-neuvième siècle et surtout dans la deuxième moitié, on a progressivement abandonné ce qui survivait des méthodes de la Renaissance et de celles des dix-septième et dix-huitième siècles. Certes, on aurait pu perfectionner ces vieilles méthodes et les progrès de la philologie en donnaient les moyens. La grande erreur a été de renoncer à l'empirisme, à l'enseignement par l'usage, pour se confiner dans la théorie, dans les règles, qui, sans l'usage, ne reposent plus sur rien et ne laissent que de vagues traces dans le cerveau des élèves.

Vides de cet empirisme, de cette lecture abondante qui maintiendrait tout l'acquis en le développant et qui donnerait une unité profonde à la succession des classes, nos programmes ressemblent un peu à ces vieux sermonnaires en trente volumes, où tous les sujets sont traités, mais où l'essentiel manque dans chacun. D'une classe à l'autre, il y a solution de continuité. A défaut d'un contact assez prolongé avec les textes, rien ne reste : on bâtit sur un sable mouvant. Chaque professeur s'étonne de voir oublié ce qui a été appris dans les classes précédentes ; on ne sait pas traduire les participes, on confond l'actif et le passif, le futur et le subjonctif ; on ignore les mots les plus usuels, les expressions les plus courantes. On arrive en première ; le professeur gémit ; il n'y a pas de base, aucun vocabulaire, on ne peut pas leur refaire la sixième ! On met beaucoup d'encre rouge sur les copies et rien ne s'arrange. Une seule catégorie d'élèves se tirent bien d'affaire, ceux qui apprennent n'importe quoi, n'importe où, avec n'importe qui, mais ceux-là ne sont pas la majorité !

Qu'eut-il fallu faire ?

D'abord bien dégager l'essentiel, ce par quoi il faut commencer, ce par quoi il faut continuer, ce par quoi, il faut finir. Fortifier inlassablement ces bases indispensables, avoir le souci constant de les maintenir dans l'esprit des élèves.

Puis lire, lire beaucoup.

Ce qu'on lit à l'hôpital. —*De M. Edouard Deverin* (Toute l'Edition, 18 janvier 1936) :

« Le destin m'a cloué depuis trois mois sur un lit d'hôpital à Cochin. Peut-être reconnaîtra-t-on que ce *papier*, je suis assez bien placé pour l'écrire....

Que lit-on à l'hôpital ? Tout d'abord, naturellement des journaux. Dès la veille, au soir, dans chaque salle, un demi-valide dresse la liste des « canards » désirés par ses compagnons de douleur.

Voici — dans mon rayon d'observation — une statistique exacte.

Le *Petit Parisien* — le *Parisien*, comme on dit au faubourg — est, certes, et de tous, le plus demandé. Mais le *Journal*, le *Matin*, *Excelsior*, l'*Œuvre*, le *Petit Journal*, l'*Humanité*, voire le *Populaire*, ont leurs fervents, de même que *Paris-Soir* et l'*Intran*.

Les jeunes, de dix-sept à vingt-cinq ans, réclament impatiemment *l'Auto-Match, le Miroir des Sports*.

Enfin, les hebdomadaires — lecture abondante ou recueil d'images — ont un grand succès : *Marianne*, *Candide*, *Gringoire*, *Ric et Rac*, *Marius*, *Pour Vous*, *Vu*, *Voilà*, auxquels les « avancés » ajoutent *Regards* ou *Juvénal*.

Faut-il ajouter que les mots croisés donnés dans tous les journaux ont leurs champions ?

Si nous passons aux bouquins, quelle diversité extraordinaire !

Collections : populaires, romans d'aventures (*Est-ce qu'il y a des coups durs là-dedans* ? demandait un jeune charcutier en s'enquérant d'un volume), plaquettes de bas étage, œuvres raffinées, on lit de tout. Un de mes voisins de lit (cimentier mystique et féru de théologie) ne se plongeait-il pas dans *le Paradis perdu*, de Milton ?

N'exagérons rien, toutefois. Proust et Valéry ne sont pas prêts de détrôner ici Zévaco et consorts.

Un autre de mes voisins, ajusteur chez Renault et communiste convaincu, me révéla ses préférences littéraires : Theuriet (*sic*) Alphonse Daudet et Dumas père. Il goûtait aussi Farrère et ne dédaignait pas les romans policiers — notamment un certain *Docteur Fu-Manchu* — un *Masque* — qui me fit passer quelques bons moments.

Quel romancier populiste, quel économiste, ne souhaiteraient d'entendre, d'enregistrer les conversations entre braves gens : chauffeurs de taxi aveyronnais, livreurs de *Caïffa* ou de la *Samar*, manœuvres polonais ou italiens ?

Tous font preuve d'un stroïcisme souriant, digne d'être célébré par Duhamel. Quel beau chapitre à ajouter à la *Vie des Martyrs* !

Il faut entendre les commentaires passionnés sur la guerre éthiopienne. Même les Italiens sont ici farouchement *antifascistes*.

Mais un volume entier serait nécessaire pour inclure les notes et les réflexions d'un écrivain qui — tout en surveillant sa jambe cassée — écoute, s'instruit, comprend mieux l'effort de ses frères humains, évoque ses années de guerre et saisit, une fois de plus, la beauté de la simple camaraderie.

Le départ de M. Lafont. — (Aux Ecoutes) :

Le personnel du ministère de l'Hygiène et de la Santé publique à la nouvelle que M. Ernest Lafont était cassé aux gages, manifesta une joie délirante. L'ancien communo-socialiste avait réussi à se rendre odieux à tous. Une souscription fut organisée pour qu'on pût fêter avec du champagne l'heureux événement. On s'inscrivait dans l'antichambre du ministre et son propre huissier recevait les fonds.

M. Lafont aperçut la liste :

— Non, dit-il, je ne veux pas que l'on m'offre un souvenir. L'idée est touchante, mais l'intention me suffit.

— Nous boirons alors à la santé de M. le ministre, répondit l'huissier.

— Dans ces conditions, je demande l'autorisation de participer.

Et M. Ernest Lafont sortit d'une poche crasseuse une belle pièce de cinq francs.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 7 LE NUMÉRO : 50 Centimes 15 FÉVRIER 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Travaux originaux
F. HOLTZ : Le pronostic primaire et secondaire de l'avortement fébrile. 257

Clinique infantile
P. NOBÉCOURT : Sur deux filles de 15 mois et de 3 ans 11 mois présentant de l'hypertension artérielle permanente sans symptômes de néphrite chronique (*suite*) 257

Pratique médicale
P. BARBIER : Traitement rationnel des hémoptysies des tuberculeux.. 266

Pédiatrie
Le régime cétogène dans le traitement des infections urinaires chez l'enfant, par J. Chatain.............. 269

Revue de Pharmacologie
P. BOYER et L. DUTHEIL : La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1934-1935 (*suite et fin*).... 270

Revue de Presse parisienne........ 279

Revue de Presse étrangère
par J. Lafont.................. 280

Sociétés savantes
Académie de Médecine............ 283
Société des Chirurgiens de Paris..... 284
Société Médicale des Hôpitaux....... 284
Société de Médecine de Paris........ 288

Notes cliniques et thérapeutiques... 288

Nouvelles................ 251

Échos et Glanures.............. 291

Bibliographie............... 252 272

NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris. — 11 février. — M. EISENBERG. La mort est-elle un remède licite de la souffrance ? — M. BAJMOUX. Lutte anti-variolique en Pologne et son organisation. — M. Norbert SIMON. Etude critique du taudis. — M. WEISNER. Valeur et fréquence de l'hypertension artérielle chez les jeunes.

12 février. — M. BOUDERAUX. Les tumeurs primitives du rachis. Chirurgie du corps vertébral. — M. LANCE. Les ostéotomies sous-trochantériennes dans le traitement des luxations congénitales invétérées de la hanche. — M. DROULLÉ. Pseudo-sténose et lavage de l'estomac chez le nourrisson. — M. FRUMUSAN. Sur une forme de splénopathie cirrhogène. La cirrhose hypertrophique anictérique, mécanismes des hémorragies digestives dans les cirrhoses.

13 février. — M. MARJOLET. De la thoracoplastie complémentaire des pneumothorax partiels. — M. EL HAÏM. Souffle systolique apexien et insuffisance mitrale. — M. FAYE. Les éléments du pronostic des paralysies diphtériques généralisées chez l'enfant.

École pratique des Hautes Études. — *Technique physiologique appliquée à l'animal* sous la direction de J. GAUTRELET, directeur du Laboratoire de biologie expérimentale, avec le concours de Mlle E. Corteggiani, et N. Halpern, préparateurs ; C. Mentzer, chargé de conférences à l'Ecole des Hautes-Etudes.

PROGRAMME : Les divers procédés d'anesthésie et d'injection chez l'animal. — Cardiographie, électrocardiographie, mesure de la pression artérielle (chien). — Organes isolés : cœur de tortue, grenouille, escargot ; intestin et utérus de cobaye ; muscle de sangsue. — Anastomoses vasculaires. — Sang : mesures électrométrique et colorimétrique du pH, réserve alcaline, dosage de l'acide carbonique et de l'oxygène. — Pneumographie : gaz respiratoires ; métabolisme de base (eudiométrie). — Fistules digestives (pancréatique, salivaire, cholédoque, etc.). — Ablation d'organes (pancréas, surrénales, etc.). — Pléthysmographie de la rate et du rein. — Myographie. Mesure de la chronaxie. — Exploration de l'appareil nerveux du chien et du lapin (pneumogastrique, sympathique, cardiaque, splanchnique, sinus carotidien, etc.).

Le cours comprendra douze séances de manipulations individuelles, l'après-midi du 23 mars au 4 avril 1936, au Laboratoire de biologie expérimentale des Hautes Etudes, à la Faculté de médecine de Paris, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine.

N. B. — S'inscrire au laboratoire (l'après-midi). Nombre de places limité.

La revision et la dispense des droits universitaires. — Le ministère de l'Education nationale communique la note suivante :

« La Commission créée par M. Guernut pour étudier de nouvelles modalités d'application des droits universitaires et dans laquelle figure un représentant de l'Union Nationale des étudiants, a émis à l'unanimité des avis que le ministre a adoptés.

» D'autre part, le ministre a adressé aux recteurs une circulaire les invitant à constituer d'urgence, dans chaque Faculté, des commissions chargées d'examiner dans l'esprit le plus bienveillant les demandes de dispenses des droits universitaires. Ces commissions, qui comprendront un représentant des étudiants, auront d'abord à statuer sur les demandes en instance pour la présente année scolaire.

« Il y a lieu de rappeler que, dès à présent, le bénéfice des exonérations qu'il appartient aux doyens de consentir profite à 45 % environ des étudiants de nationalité française, sans préjudice des dispenses accordées de plein droit.

« D'autre part, les augmentations de tarifs proposées par les diverses Facultés pour les droits de travaux pratiqués, vont être revisées, unifiées dans une certaine mesure et limitées à un maximum qui les rendra supportables à tous.

« Une troisième mesure particulièrement importante, mais qu'il ne dépend pas du seul ministre de l'Education nationale de mettre en vigueur, a été proposée par la commission. Suivant cet avis, M. Guernut, après entente avec le ministre des Finances doit déposer incessamment un projet de loi tendant à maintenir les anciens tarifs des droits d'inscription au profit des étudiants qui étaient en cours d'études avant la promulgation du décret-loi du 10 août 1935.

« Cette catégorie d'étudiants, actuellement de beaucoup la plus nombreuse, ne supporterait donc aucune majoration des droits d'inscription. Le ministre de l'Education nationale fera toute diligence devant le Parlement pour hâter l'adoption de cette dernière mesure. »

Le congrès de médecine physique de Londres. — L'Association internationale de médecine physique et de physiothérapie, dont le Professeur Gunzburg, d'Anvers, est le président, et dont le Professeur Carnot est vice-président, organise à Londres, du 12 au 16 mai 1936, le VI[e] Congrès international de médecine physique.

Le Congrès s'occupera de trois ordres de questions :

1° L'étude physiologique et biologique des divers agents physiques, en mettant particulièrement bien en relief toutes les récentes découvertes dans ce domaine ;

2° Les indications cliniques et thérapeutiques des diverses branches de la médecine physique ;

3° L'étude des questions sociales qui s'y rapportent, ainsi que le rôle de la médecine physique dans l'enseignement supérieur.

La cotisation pour les membres titulaires est fixée à 250 francs belges et celle des membres associés, à 100 francs belges.

Adresser les adhésions et les sujets de communications à l'Association internationale de médecine physique et de physiothérapie, 1, rue des Escrimeurs, Anvers ou bien au secrétaire général du Congrès, le Docteur Albert Eidinow, 4, Upper Wimpole street, Londres, W. I.

Ligue française contre le rhumatisme. (Secrétariat : 2 rue Guynemer, Paris VI[e]). — La prochaine réunion clinique de la Ligue française contre le rhumatisme aura lieu le mercredi 19 février 1936, à 10 heures du matin, dans le service du Docteur Mathieu-Pierre Weil, à l'hôpital Saint-Antoine (rue Saint-Antoine).

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Ligue : 2, rue Guynemer, Paris (VI[e]).

Association Française des femmes médecins. —La prochaine réunion se tiendra le lundi 24 février, à 17 heures, à la Masion des Centraux, 8, rue Jean-Goujon, Paris (VIII[e]).

Pour tous renseignements, s'adresser à la secrétaire générale, Mlle Sérin, 11, boulevard Port-Royal, Paris (XIII[e]).

Association des médecins et pharmaciens écrivains. Cette Association vient de se fonder à Paris. Président, le Professeur Roger : vice-président : Docteur Georges Duhamel, médecin général Saint-Paul (G. Espé de Metz) ; secrétaire général : Docteur Paul-Emile Arbinet La Bessede ; trésorier : Professeur A. Sartory.

Pour tous renseignements et demandes d'adhésion on est prié d'écrire au secrétaire général, 1*a*, place de l'Université, à Strasbourg.

Cours de service social antivénérien pour les infirmières et les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes. — — *Treizième session* (mai 1936, treize leçons), du 11 au 16 mai 1936, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIV[e]), et à la Clinique Baudelocque.

Le nombre des admissions devant être limité, les personnes désireuses de suivre ce cours sont priées de se faire inscrire à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIV[e]), le plus tôt possible.

Une carte d'admission strictement personnelle sera délivrée.

Droit d'inscription : 10 francs. N° Compte chèque postal 627.00.

Le congrès mondial des médecins juifs en Palestine. — Le 21 avril prochain aura lieu, à Jérusalem, l'inauguration du Congrès mondial des médecins juifs.

A l'ordre du jour: La situation sanitaire des populations juives dans des différents pays ; Les problèmes professionnels des médecins et étudiants juifs en Allemagne et dans autres pays ; La lutte contre le préjugé du racisme.

L'adhésion du membre : 40 francs. Pour tous les renseignements s'adresser à l'Union Ose, 92, avenue des Champs-Elysées, Paris (Tél. Balzac 07-27).

« Quand le sens moral disparaît d'une nation, toute la structure sociale commence à s'ébranler. Dans les recherches de biologie humaine, nous n'avons pas donné jusqu'à présent aux activités morales la place qu'elles méritent. »(Alexis Carrel. — L'homme cet inconnu).

BIBLIOGRAPHIE

L'immunité au cours de la tuberculose. *Etude expérimentale et clinique*, par Jean Paraf. Un volume de 140 pages (Bibliothèque de phtisiologie) 30 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce n'est que lentement à la suite des recherches cliniques et expérimentales, que s'est dégagée la notion d'immunité de la tuberculose.

Le but de ce livre est de faire connaître la nature toute spéciale de cette immunité antituberculeuse — l'immunité de surinfection, qu'on rencontre sous ces différents aspects dans l'infection tuberculeuse de l'homme et des animaux.

Elle est le propre du sujet infecté qui vit en symbiose avec le germe infectant. Elle dure *autant* que dure cette symbiose *et seulement* autant qu'elle.

Elle consiste essentiellement en la faculté par l'individu ainsi infecté de résister aux infections exogènes, et en la capacité d'en limiter plus ou moins les disséminations endogènes ; mais elle est incapable de débarrasser complètement l'organisme du germe infectant : le premier foyer initial continuant son existence et assurant par cela même la pérennité de cette immunité.

Elle ne s'accompagne pas de la présence d'anticorps immunisants décelables dans le sang. Elle n'est pas transmissible passivement.

Elle est loin d'ailleurs d'avoir la fixité des deux autres variétés d'immunité, l'immunité naturelle et l'immunité acquise, variant avec l'espèce, le sujet, la race, les autres infections intercurrentes, mais surtout l'âge de la maladie : c'est-à-dire l'écart qui s'écoule entre la première infection ayant causé la maladie et la surinfection.

La mise en évidence de l'immunité de surinfection, son étude, sont d'ailleurs beaucoup plus complexes et plus difficiles que dans la plupart des autres infections et nécessitaient une mise au point de nos connaissances actuelles.

Si importante que soit dans ce livre la place occupée par les recherches expérimentales, la clinique n'y perd pas ses droits, il suffira de lire les chapitres sur « les formes spéciales » immunisantes de la maladie, sur les réactions tuberculiniques ainsi que ceux dans lesquels l'auteur soulève la question de l'immunité tuberculeuse, celle de la prémunition, de la vaccination antituberculeuse, celle du rôle de la tuberculine en thérapeutique.

Précis de bactériologie médicale, par André Philibert. Troisième édition revue. Un volume de 564 pages, avec 21 planches en couleurs (Collection de Précis médicaux.) Cartonné toile : 65 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'auteur a retenu les faits nouveaux les plus importants acquis en bactériologie pour les ajouter à cette troisième édition. Les remaniements portent principalement sur les points suivants. L'hémoculture en ce qui concerne la tuberculose et la fièvre ondulante. La sérothérapie et la vaccinothérapie pour de nombreux microbes ont nécessité un remaniement des paragraphes consacrés à ces questions, pour mettre au point tant la préparation et les notions sur lesquelles elle se fonde, que l'application pratique des sérums et des vaccins : des maladies très importantes, la diphtérie, le tétanos, la staphylococcie, la streptococcie, les brucelloses

ont bénéficié de ces progrès. Les découvertes relatives au virus de la fièvre jaune, qui ont abouti à une méthode de vaccination nouvelle et efficace ont été également exposées. La vaccination, l'étiologie des brucelloses, le bacille tuberculeux ; des questions nouvelles controversées sont exposées avec une argumentation contradictoire.

C'est à l'étude des méthodes de diagnostic qu'est consacrée la première partie de l'ouvrage.

La deuxième partie est consacrée à la description de chaque microbe pathogène de l'homme. Dans cette description, l'auteur s'est placé au point de vue de la biologie pathogène en mettant au premier plan les caractères essentiels de la maladie provoquée, au point de vue anatomique et physiologique, ne gardant de la « botanique » pure que ce qui est indispensable pour déterminer l'espèce.

La troisième partie traite des questions générales. Les grands processus, tels que la défense, l'immunité, l'anaphylaxie, etc..., y sont exposés brièvement, avec le souci de montrer que ces processus sont variés, particuliers à chaque groupe de microbes, corollaires de leur biologie.

Pallas. *La médecine et les médecins.* Revue trimestrielle réservée au Corps médical et dirigée par le Docteur Crinon.

Pallas est un magazine de belle tenue qui est destiné à une élite. *Pallas* force l'attention de tous ses lecteurs par ses articles vivants, ses enquêtes menées sur des sujets imprévus, ses critiques alertes, ses illustrations aux arrangements pittoresques. *Pallas* est une revue de haute classe qui a sa place dans la bibliothèque du médecin parce que tout ce qui s'y trouve intéresse le médecin. *Pallas* objectivera tout ce qui fait le prestige et l'attrait de la profession médicale. *Pallas* n'est pas édité par un consortium de fabricants, ni par une firme industrielle. *Pallas* est dû aux seuls efforts de son fondateur, un grand journaliste de notre temps.

Sommaire du n° 5 : 15 janvier 1935 : La Porteuse d'eau, reproduction d'un tableau de Goya. — Un médecin diplomate : le Docteur Conneau, par M. Abensour. — Epilogues : Eloge de la Truculence, par J. Crinon. — A propos de notre hors texte, Le Peintre Braitousala. — Une race qui s'éteint. — La Faculté de médecine de Coimbre, par M. Christian de Caters. — Qu'est-ce que le tempérament chirurgical ? Réponses de MM. Lambret, de Lille, Okinczyc et Diamant-Berger, de Paris. — Les Pierres qui parlent, dessin de M. Desbois. — Leurs passe temps : chez le Docteur Groc. La Parade des Soldats de plomb, par M. Paul Sentenac. — Dialogue des Morts (A propos de l'Académie de chirurgie). — Pour le retenir, conte par Mme Huguette Garnier. — Ave Stella. — La Médecine et l'Esthétique. — Vingt jours en Amérique du Nord, par M. le Docteur Alain. — Hors texte : Les Baigneuses, tableau de M. Braitou-Sala. — Illustrations de MM. Huguet, Galland et Pecoud. — Arrangements artistiques de M. Andreni.

Abonnement : Quatre numéros par an : 40 francs. — Abonnement combiné à *Pallas* et à l'*Informateur Médical*, 60 francs, 111, boulevard Magenta, Paris.

Revue des Cours et conférences, paraît le 15 et le 30 de chaque mois. Abonnement : France : 60 francs. Boivin, édit., 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 30 janvier 1936 : Paul Hazard : Les caractères originaux du lyrisme romantique français (II) — G. Pirou : Capital et capitalisme. — E. Vermeil : La jeunesse de Gœthe (II). Gœthe avant la Révolution française. — G. Bachelard : La dialectique de la danse (I). Détente et néant. — Georges Lote : La politique de Rabelais (II): L'Angleterre, l'Empire. C. Sprietsma : Lamartine et Th. Foisset (II : La tragique fin de 1829. — G. Zeller : Les relations internationales au temps de la Renaissance (IV) : De la chrétienté à l'Europe. — L'équilibre. — Le droit international. — G. Michaut : La Bruyère (III) : La Bruyère, homme de lettres et académien.

Revue d'histoire littéraire de la France, publiée par la Société d'histoire littéraire de la France. Paraît tous les trois mois. Le n° 14 francs. Abonnement : France : 50 francs. Librairie Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris.

Sommaire du numéro d'octobre-décembre 1935 :

I. Mme Paul de Samie : Joubert, Mme de Vintimille et Guéneau de Mussy (d'après des lettres inédites). — E. Drougard : L' « Axel », de Villiers de l'Isle-Adam.

II. — *Mélanges.* — Bibliographie des œuvres de Georges et de Madeleine de Scudery, supplément (G. Mongrédien). — Conjectures sur un vers de Molière. Remarques et conjectures sur quelques passages de Diderot (René Glotz). — Andrieux, professeur et académicien (Henri Glaesener). — Bibliographie de pièces de théâtre parues en France de 1815 à 1848, avec indication de pièces ayant un caractère social ou une tendance sociale (*suite et fin*) (Sylvia, L. England). — Une vingtaine de lettres inédites (Richmond-Laurin, Hawkiois).

III. — *Comptes-rendus.* — J. Plattard : Montaigne et son temps (P. Laumonier). — Ferdinand Gohin : Les comédies attribuées à La Fontaine (D. Mornet). — Ferdinand Gohin : La Fontaine, fables choisies mises en vers (D. Mornet). — Jean Plattard : Un étudiant écossais en France en 1665-1666 (D. Mornet). — Paul Chaponnière. La vie joyeuse de Piron (D. Mornet). — Georges Collas : Un drame d'amour en Bretagne au XVI[e] siècle : Briand de Chateaubriand et Jacquemine du Boisriouit (R. L.). — Jean Bonnerot : Correspondance générale de Sainte-Beuve (Pierre Moreau). — Joseph Buche : L'Ecole mystique de Lyon, 1776-1847 (Pierre Grosclaude). — Dorrta Fahmy : Georges Sand auteur dramatique (M. Fuchs). — Marcel Bouteron : Honoré de Balzac, correspondance inédite aevc Mme Zulma Carrand (E. Preston Dargan). — Gustave Vanwelkenhuyzen : J. K. Huysmans, en Belgique (Gustave Charlier). — G. C. L. Sismondi : Epistolario (P. Jourda). — Marcel Thiébault : Evasions littéraires (D. Mornet). — Henri Jacoubet : Variétés d'histoire littéraire, de méthodologie et de critique d'humeur (D. Mornet).

IV. — *Chronique.* — *Informations.*

TRAVAUX ORIGINAUX

Le pronostic primaire et secondaire de l'avortement fébrile[1]

Par Folke HOLTZ

Pour apprécier le pronostic primaire et secondaire de l'avortement fébrile, j'ai réuni et étudié 339 cas, traités pendant les années 1926 à 1930 à la Clinique gynécologique de l'hôpital universitaire d'Upsal. La fréquence des fausses-couches s'est élevée à 12 % de tous les cas obstétricaux et 43,86 % de ces fausses couches ont été fébriles. Chez les célibataires, l'infection était plus fréquente (54,79 %) que chez les femmes mariées (40,34 %) : or l'infection plaide *a priori*, pour la probabilité de la provocation. Mais, aussi, chez les malades plus âgées et mariées, la fréquence était bien élevée (30 à 40 %). Des manipulations, destinées à provoquer un avortement, ne sont pas, donc, si rares même chez ces dernières malades.

Le motif de l'avortement a été, parait-il, chez quelques-unes (58) la crainte d'un opprobre social, tandis que, dans la plupart des cas, la misère économique a joué sans doute le plus grand rôle.

Dans 269 cas (79,35 %), il s'est agi de fausse couche du premier au troisième mois, — chez 70 (30,65 %) du quatrième au sixième mois.

La température s'est élevée chez 98 (28,91 %) jusqu'à 38°, chez 157 (76,31 %) elle a varié de 38°1 à 39° et chez 84, (24,78 %) elle a dépassé 39°. Aucune différence n'existait pas à cet égard entre les fausses couches précoces et tardives.

La plupart des cas (287) fut traitée par l'évacuation instrumentale de l'utérus, tandis que 52 seulement furent soumises à un traitement expectatif. Dans 292 cas (86,14 %), la fausse couche s'est passée sans aucune complication et les malades ont quitté l'hôpital complètement guéries après un alitement d'environ cinq jours. Chez 47 (13,86 %), au contraire, il s'est produit des complications différentes, à savoir, dans vingt-cinq cas salpingo-ovarite ou pelvipéritonite, dans quatre, péritonite généralisée, dans deux, septicémie, dans quatre, thrombose et, dans douze, endométrite.

La mortalité s'est élevée à 1,47 % (cinq sur 339). La mort a été causée chez trois par péritonite généralisée, chez une, par une septicémie et, chez une, par embolie pulmonaire.

295 (88,32 %) des 334 malades survivantes ont été retrouvées quatre à neuf ans après l'exeat. Sept étaient mortes d'une maladie intercurrente. 259 (89,93 %) des autres cas étaient complètement guéries et aptes à travailler tandis que vingt-neuf (10,07 %) se plaignaient des petits malaises tels qu'écoulements, ménorrhagies et douleurs qui, pourtant, ne réduisaient pas notablement l'aptitude au travail. Dans deux cas seulement (0,71 %) des altérations psychiques se sont produites.

Des conceptions ultérieures ont eu lieu dans 70,42 % de cas tandis que 29,58 % étaient stériles. Le pourcentage de stérilité était plus élevé dans le groupe d'âge dépassant 40 ans (64 %), probablement en raison de l'involution sénile des organes génitaux. Dans les autres groupes d'âges, il était environ 25 %.

La grossesse ectopique ne s'est pas produite que dans un seul cas.

30,95 % des grossesses qui se sont déclarées après l'avortement fébrile, ont fini par une fausse couche et, sur les 150 malades, qui ont conçu à nouveau, 31 (20,67 %) avaient fait encore des manœuvres provoquants d'avortement.

La stérilité a pu être constatée le plus souvent après l'avortement fébrile compliqué de salpingo-ovarite ou pelvipéritonite (60,29 %), mais assez fréquemment aussi dans les cas sans complication (23,44 %).

72 malades avaient employé depuis l'exeat des moyens anticonceptionnels, tels que coïtus interruptus (36 cas), abstention (29 cas), condom (cinq cas), lavages et substances chimiques (deux cas). 109 sur 288 (37,85 %) évitaient lors de l'examen postérieur à l'exeat, la conception, le plus souvent celles de l'âge entre 30 et 34 ans (47,83 %).

Dans les cas, où une grossesse nouvelle a fini par un accouchement à terme, la fréquence de placenta prævia et de rétention placentaire a été environ sept fois plus élevée que dans les accouchements sans avortement fébrile antérieur.

En raison des suites de l'avortement fébrile des complications mortelles, de la stérilité et des complications d'accouchement, il faut combattre les avortements criminels en évitant les grossesses non désirables par des moyens anticonceptionnels et en faisant disparaître les motifs de l'avortement par soutien efficient aux mères non mariées et par subvention aux familles ayant de nombreux enfants.

(1) Travail de la Clinique gynécologique de l'Université d'Upsal. Chef intérimaire : Folke Holtz.

CLINIQUE INFANTILE

Sur deux filles de 15 mois et de 3 ans 11 mois présentant de l'hypertension artérielle permanente sans symptômes de néphrite chronique (*Suite*)

II. Les manifestations nerveuses de l'hypertension artérielle permanente (1)

Par le Prof. P. NOBÉCOURT

Samedi dernier (2), je vous ai présenté Michelle, âgée de 1 an et 3 mois, et Mauricette, âgée de 3 ans 11 mois.

Ces deux malades sont entrées dans le service pour des attaques d'éclampsie. C'est celle-ci qui nous ont conduit au diagnostic d'hypertension artérielle permanente. Nous n'avons pas par ailleurs constaté de signes de néphrite chronique.

En outre, ces deux filles ont eu des hémiplégies survenues dans des conditions un peu différentes et Mauricette a présenté un syndrome méningé.

(1) Leçon faite à la Clinique médicale des Enfants, Hôpital des Enfants-Malades, le 21 décembre 1935.

(2) Leçon du 14 décembre 1935. Sur deux filles de 15 mois et de 3 ans 11 mois présentant de l'hypertension artérielle permanente sans symptômes de néphrite. Hypertension artérielle permanente et néphrites chroniques chez les enfants, *Le Progrès médical*, n° 6, du 8 février 1936.

Ces manifestations nerveuses, ainsi que d'autres, sont fréquentes dans l'hypertension artérielle permanente des enfants.

Elles peuvent, ou bien être le premier symptôme, le symptôme révélateur, ou bien survenir à un moment quelconque de l'évolution clinique, ou bien réaliser un accident terminal, cause de la mort.

Elles méritent d'être connues : du point de vue clinique, à cause de la symptomatologie, du diagnostic, du pronostic et du traitement ; du point de vue de la pathogénie, à cause de leurs relations avec l'hypertension artérielle permanente.

Je vais consacrer cette leçon à leur étude. J'ai déjà eu l'occasion de les décrire, à propos de plusieurs malades, dans diverses leçons : le 24 juin 1922, *Néphrites chroniques azotémiques et hypertensives chez les enfants*, le 27 novembre 1926, *L'hypertension artérielle permanente dans l'enfance*, le 18 mai 1933, *Le syndrome d'hypertension intracrânienne dans les néphrites chroniques hypertensives de l'enfance*. Ces leçons sont publiées, la première, dans mon livre de *Clinique mentale des enfants* sur les *Affections de l'appareil urinaire*, les deux autres dans *Le Concours Médical* du 6 février 1927 et du 10 décembre 1933.

Les manifestations nerveuses les plus caractéristiques sont : la céphalée, les convulsions, le syndrome méningé, les troubles oculaires, les paralysies, les douleurs abdominales et des algies diverses.

Souvent elles sont intriquées ou se succèdent. Mais, pour les besoins de la description, il faut les envisager séparément.

***

La CÉPHALÉE est souvent le symptôme initial.

Sa forme la plus caractéristique est réalisée par des *accès*. La céphalée est très forte, frontale ou occipitale ; elle est accompagnée ou non de vomissements alimentaires ou mucobilieux. Elle dure plusieurs heures et diminue peu à peu.

Les accès reviennent d'abord tous les quinze ou vingt jours : puis ils augmentent d'intensité et se rapprochent. Chez certains malades, ils disparaissent momentanément.

Voici quelques observations pour illustrer la description.

Dans ma leçon du 24 juin 1922, je rapporte l'observation de Simone.

A partir de 10 ans et demi, elle a des accès de céphalée accompagnée parfois de vomissements. Ils surviennent d'abord tous les quinze jours environ ; puis ils s'espacent pendant trois ou quatre mois ; au bout de ce temps, ils réapparaissent trois ou quatre fois par mois et enfin deviennent quotidiens.

Je vois Simone à 12 ans et demi, deux ans après l'apparition des accès de céphalée. La tension artérielle est alors, avec le Pachon, de 21 pour la Mx et de 11 pour la Mn.

A 13 ans les accès de céphalée sont intenses, accompagnés de vomissements bilieux. La tension artérielle, prise au Pachon, est élevée :

Mx : 21	Mn : 16
24	— 18
24	17

Simone meurt à 13 ans 5 mois.

Dans ma leçon du 8 décembre 1923, publiée dans le livre de *Clinique* que je viens de citer, sur *Pyélites et pyélo-néphrites chez les enfants*, je raconte l'histoire de Macelle. Cette fille, depuis l'âge de 3 ans, à la suite d'une coqueluche, a des urines troubles. Dans la suite, elle présente des accès de céphalée frontale très forte ; cette céphalée apparaît le matin au réveil, puis diminue petit à petit jusqu'à midi ; elle s'accompagne quelquefois de vomissements.

Je vois cette malade à l'âge de 8 ans 8 mois. Sa tension artérielle est de 18 pour la Mx et de 11 pour la Mn, avec le Pachon.

A. Beretervide et Fernando Pozzo, dans *La Prensa medica argentina* du 20 octobre 1926, rapportent l'observation d'un garçon qui, à partir de 12 ans, souffre d'une céphalée persistante. A 13 ans, ce malade a une tension artérielle de 19,5 pour la Mx et de 12 pour la Mn avec l'appareil de Vaquez ; il est atteint d'une néphrite hypertensive.

M. A. Bernard, dans *Pédiatrie* de mai 1934 raconte l'histoire, d'une fille qui est également atteinte d'une *néphrite hypertensive*. A partir de 7 ans, elle a de l'anorexie, quelquefois des vomissements. A partir de 8 ans, elle présente des accès de céphalée frontale très violente, accompagnée de vomissements, qui durent vingt-quatre heures. Ces accès surviennent, au début, tous les vingt jours ; puis ils deviennent plus fréquents, reviennent tous les cinq jours.

A 9 ans, cette malade a une tension Mx de 19 et Mn de 13 avec l'appareil de Vaquez.

A 9 ans et demi, elle meurt dans le coma.

M. Lucien Garot, dans les *Archives de médecine des enfants* de février 1935, rapporte l'observation d'une fille qui, à partir de 4 ans, souffre de migraines très pénibles ; elle s'éveille le matin avec un violent mal de tête ; celui-ci persiste toute la journée et s'accompagne de vomissements bilieux. Les accès surviennent tous les huit à quinze jours.

A 8 ans et demi, la tension artérielle est de 21-15 avec le Pachon. L'auteur porte le diagnostic de *néphrite chronique hypertensive*. Je vous reparlerai tout à l'heure de cette malade à propos des convulsions.

Toutes ces observations sont, pour ainsi dire, calquées les unes sur les autres.

Les CONVULSIONS, l'ÉCLAMPSIE, peuvent être la première manifestation clinique de l'hypertension artérielle permanente. Plus habituellement elles sont précédées d'accès de céphalée, qui persistent à leur apparition et s'intriquent avec elles. Dans d'autres cas, les convulsions sont une manifestation terminale.

Dans un premier groupe de faits, l'éclampsie marque le *début clinique* de l'*hypertension artérielle permanente* ou est précédée de céphalée, mais *survient de bonne heure*.

Nos deux malades, Michelle et Mauricette, sont des exemples typiques du début clinique par des attaques d'éclampsie.

Samedi dernier je vous ai cité, comme autres exemples, les observations d'Holzmann et d'Amberg.

Chez le garçon soigné par Holzmann, on découvre, à 4 ans et demi, une tension artérielle de 11 à 16 pour la Mx, de 9,5 pour la Mn. Peu après, il est pris de convulsions cloniques, d'abord du côté gauche, puis du côté droit.

Le garçon soigné par Amberg présente, à partir de 5 ou 6 ans, des accès de céphalée avec vomissements.

A 9 ans, il a des accès convulsifs répétés : sa tension artérielle est de 19 pour la Mx, de 13 pour la Mn.

Neuf mois plus tard survient un accès convulsif intense suivi de coma : l'enfant meurt.

Voici d'autres observations.

Dans ma leçon du 18 mai 1933, je raconte l'observation de Pierre, qui, à partir de 6 ans 8 mois, a des accès passagers de céphalée très forte.

Trois mois plus tard, dans la journée, survient un accès convulsif avec perte de connaissance, morsure de la langue et miction involontaire ; on porte le diagnostic d'épilepsie. Après l'accès, il souffre d'une céphalée violente, à prédominance frontale, et de douleurs abdominales.

Peu après, à 6 ans 11 mois, survient un second accès convulsif pour lequel, l'enfant est hospitalisé. Sa tension artérielle est alors de 20 pour la Mx et de 16 pour la Mn, avec le Pachon.

Herman Schwartz, dans un mémoire sur *Malignant hypertension nephritis, primary sclerotic kidney* ; publié par *American Journal of diseases of childrens* de mars 1924, raconte l'histoire d'une fille, qui, à 11 ans et demi, est prise de céphalée et d'œdème des paupières, puis, à intervalle de quinze jours, a deux crises convulsives avec coma. Après ces crises, sa tension artérielle et de 19-11.

MM. Bibent et Pierre Bezy, dans un mémoire des *Archives de médecine des enfants* de janvier 1924 sur un cas de *Néphrite chronique hypertensive chez un enfant de douze ans*, rapportent l'observation d'un garçon qui, à partir de 13 mois, a, une

ou deux fois par mois, des céphalées violentes avec vomissements abondants pendant vingt-quatre heures.

A 9 ans, apparaissent des accès d'éclampsie qui reviennent à intervalles irréguliers, les accès de céphalée deviennent plus fréquents.

A 13 ans et demi, l'enfant a des accès éclamptiques très fréquents et une céphalée interrompue. A ce moment, sa tension artérielle est de 22 pour la Mx. de 10 pour la Mn., au Pachon.

Dans un second groupe de faits les convulsions surviennent *à une phase avancée de la maladie* ; ils peuvent être un accident terminal.

La fille de 8 ans et demi soignée par M. Lucien Garot, dont je viens de parler, qui avait des accès de céphalée, douze jours après la constatation de l'hypertension artérielle, est prise de surdité ; deux jours après, elle perd la vue et, quelques heures après, présente des convulsions généralisées, tombe dans le coma et meurt dans la nuit.

L'accès convulsif revêt la modalité habituelle du *syndrome éclamptique*.

Son début est brusque : l'enfant pâlit, son regard devient fixe ; il perd connaissance et tombe comme une masse.

D'abord, c'est la phase tonique, se traduisant par une raideur généralisée ; elle est très courte. Puis survient la phase clonique, avec des secousses des membres, de la face, tantôt généralisées d'emblée, tantôt débutant par un côté et s'étendant à l'autre.

Le visage est vultueux, la respiration rapide, bruyante. Il y a de la tachycardie, de la mydriase ou parfois du myosis.

Les convulsions durent une ou deux minutes ; souvent elles reprennent et se prolongent plus ou moins longtemps.

Pendant l'accès, l'enfant se mord la langue et a une miction involontaire.

Après l'accès, l'enfant s'endort ou reste dans le coma.

Tanôt l'accès peut être unique. Tantôt les accès se répètent à intervalles plus ou moins longs, pendant quelques heures ou quelques jours, ce qui réalise l'attaque d'éclampsie.

Dans certains cas, l'accès est précédé de prodromes : céphalée, vomissements, perte de la vue.

Après l'accès, l'enfant revient plus ou moins vite à l'état apparent de santé. Dans certains cas, il persiste une hémiplégie, qui peut être transitoire ou définitive.

Avec les convulsions il peut s'installer un *syndrome méningé* : raideur de la nuque, signe de Kernig, hyperesthésie, etc.

Ce syndrome méningé n'est pas fréquent ; nous l'avons observé chez Mauricette.

Les TROUBLES OCULAIRES peuvent être des *petits troubles*. Le malade voit des points noirs ou brillants, se déplaçant devant ses yeux, ou a une sensation de brouillard devant les yeux. Ces petits troubles sont assez rares.

Le *grand symptôme* est l'*amaurose* subite qui précède l'accès convulsif ; il semble plus rare dans l'hypertension artérielle permanente, que dans l'hypertension du début des néphrites aiguës.

J'ai observé ce symptôme chez Pierre, dont je vous ai parlé tout à l'heure. Un mois après le premier accès convulsif, il est pris d'une grande agitation, d'une céphalée violente, de douleurs vives à l'épigastre. Puis il déclare ne plus voir : sa cécité est complète, avec des phases d'atténuation, pendant lesquelles il dit avoir du brouillard devant les yeux. On constate du strabisme. Ces phénomènes oculaires durent pendant une dizaine de jours. Il n'y a pas d'éclampsie.

L'examen du fond de l'œil doit toujours être pratiqué ; il décèle souvent des lésions.

Il peut y avoir soit de la *stase papillaire* et de l'*œdème de la rétine*, soit de la *rétinite exsudative*, appelée souvent *rétinite albuminurique*.

Herman Schwartz, dans les trois cas d'hypertension maligne qu'il relate, trouve une rétinite exsudative semblable à celle de la néphrite hypertensive de l'adulte. Ses malades sont un garçon de 3 ans et demi et deux filles de 11 ans et demi.

M. J.-H. Scheldon, dans un mémoire sur *Dilatation of the aorte in children associeded with chronic interstitial nephritis*, publié par *The Britisch Journal of children's Diseases* d'octobre et décembre 1923, rapporte l'observation d'un garçon de 10 ans et demi qui a une tension artérielle de 21-15,5 et qui présente une rétinite albuminurique.

Amberg a trouvé des *artères rétiniennes sinueuses, contractées*, des hémorragies de la rétine, en flammèches ou en plaques.

L'œdème de la papille, la rétinite exsudative, peuvent être constatés au moment de l'éclampsie et rétrocéder ensuite.

Les altérations du fond de l'œil ne sont pas constantes. Il peut être normal au cours des attaques convulsives ; il en était ainsi chez Michelle et chez Mauricette et chez la malade de MM. Bibent et Bézy.

Les PARALYSIES ne sont pas rares. Elles peuvent survenir à toutes les phases de l'hypertension artérielle permanente. Elles se comportent de façons diverses.

La plus fréquente est l'*hémiplégie*.

Pendant ou après l'attaque convulsive, peuvent s'installer une monoplégie ou une hémiplégie, surtout du côté droit.

La paralysie est flasque et généralement rétrocède rapidement. Parfois elle persiste et prend le caractère spasmodique ; il en est ainsi chez Michelle.

Dans certains cas, la paralysie n'apparaît que quelques jours après la terminaison des convulsions ; elle peut être de courte durée. Mauricette est un exemple de cette modalité.

L'hémiplégie peut débuter par un ictus apoplectique avec ou sans convulsions et être définitive.

Cet ictus peut être la première manifestation clinique de l'hypertension artérielle permanente.

Mamerto, Acuña et Perlina Winocur en rapportent une observation, que j'ai résumée samedi dernier. Une fille de 12 ans fait un ictus apoplectique avec une hémiplégie gauche flasque, intéressant la face ; elle meurt deux mois et demi après.

Renée, la fille que j'ai soignée avec M. Lebée, qui avait une forme cardiaque d'hypertension artérielle permanente, à 13 ans se réveille un matin avec une hémiplégie droite accompagnant l'aphasie ; elle est emmenée à l'hôpital par ses parents dans un état très grave.

En dehors de la paralysie faciale accompagnant l'hémiplégie, on observe de temps en temps une *paralysie faciale isolée*, qui rétrocède généralement. Amberg l'a rencontrée chez une fille de 15 ans ; MM. Bibent et Bézy chez le garçon de 13 ans et demi, dont j'ai déjà parlé.

Amberg a vu une *parésie du muscle orbiculaire gauche* chez une fille de 13 ans.

On observe des CRISES DOULOUREUSES ABDOMINALES qui peuvent être accompagnées *d'hématurie*.

Simone, dont j'ai rapporté l'observation dans ma leçon du 24 juin 1922 : « le 24 décembre, est prise de douleurs abdominales très vives après le repas, la céphalée s'exagère ; le 3 janvier 1922 une hématurie abondante apparaît ».

Pierre, dont j'ai parlé dans ma leçon du 13 mai 1933, après l'accès convulsif, « se plaint d'une vive douleur de tête à prédominance frontale, de douleurs abdominales et de fatigue ».

Herman Schwartz observe des douleurs abdominales chez ses trois malades.

La fille soignée par M. Lucien Garot présente des « crises abdominales douloureuses, qui surviennent à n'importe quel moment de la journée et de la nuit ; ces crises sont violentes au point que l'enfant demande à se mettre au lit et qu'elle s'y tient repliée en chien de fusil. On ne constate aucune relation avec les repas ni avec les mouvements. La douleur est profonde, irradiée dans tout le ventre avec maximum dans la région périombilicale, continue. Les crises ont une durée variable ; elles se renouvellent fréquemment ».

Ces crises douloureuses s'accompagnent souvent de vomis-

sements. Elles peuvent être précoces et s'intriquer avec les accès de céphalée

On rencontre d'*autres manifestations douloureuses*.

L'enfant observé par Holtzmann se plaint, surtout la nuit, de douleurs dans les plantes des pieds et les oreilles. Un mois après survient le premier accès de convulsions.

D'après M. Brisset, il existe parfois des « *algies* vagues, diffuses, souvent à type de rachialgies ou bien de douleurs musculaires des membres ».

Somme toute, dans l'hypertension artérielle permanente les manifestations nerveuses sont fréquentes, variées, souvent impressionnantes.

***

Etudions maintenant la pathogénie des manifestations nerveuses que je viens de décrire.

Ces manifestations ont été d'abord observées chez les malades atteints de *néphrites chroniques*. On les a attribuées à l'urémie ; on a décrit la céphalée urémique, l'éclampsie urémique, les paralysies urémiques.

Depuis, Widal a démembré l'urémie et individualisé un syndrome hydrochlorurémique, un syndrome azotémique, un syndrome d'hypertension artérielle.

L'hypertension artérielle permanente peut être intiquée ou non à une néphrite chronique. Dans l'une et l'autre éventualité, l'hydrochlorurémie est rare, l'azotémie inconstante; l'hypertension artérielle par contre est la règle.

Dans l'état actuel de nos connaissances, on peut admettre que les manifestations nerveuses sont liées à l'hypertension artérielle. Elles peuvent en être la conséquence directe ou indirecte.

Envisageons les principales manifestations nerveuses.

Les *accès de céphalée*, les *accès d'éclampsie*, les *troubles visuels*, isolés ou intriqués, sont les éléments du *syndrome d'hypertension intracrânienne* du *syndrome d'hypertension du liquide céphalo-rachidien*.

Ce syndrome se rencontre dans différentes affections, dans les tumeurs de l'encéphale, dans les méningites, dans l'hydrocéphalie et enfin dans l'hypertension artérielle permanente.

Chez des malades atteints d'hypertension artérielle permanente on peut constater l'*hypertension du liquide céphalo-rachidien*.

A la ponction lombaire, le liquide coule en jet ou en gouttes pressées; avec l'appareil de Claude, la pression, qui normalement est de 10 à 15 cm. d'eau, atteint 30-40, 50 et même 60 cm.

Chez Pierre, qui présente de l'éclampsie, de la raideur de la nuque et de la stase papillaire, nous trouvons, à la première ponction lombaire, au début, une pression de 55 à 60 cm., après l'écoulement de 16 c. c. de liquide, une pression de 40 cm. après l'écoulement de 25 c. c. une pression de 25 cm. A la seconde ponction lombaire, faite le lendemain, la pression est, au début, de 35 cm. et, après l'écoulement de 5 à 6 c. c. de liquide, de 15 cm.

Chez Mauricette, qui, le cinquième jour de l'attaque convulsive, présente du coma, de la raideur de la nuque et un léger Kernig, à la deuxième ponction lombaire, en décubitus dorsal, la pression est, au début, de 23 cm. et, après l'écoulement de 15 c. c., de 10 cm.

Chez le garçon de 13 ans et demi, soigné par MM. Bibent et Pierre Bézy, qui a de fréquents accès convulsifs et une céphalée continuelle, le liquide céphalo-rachidien a une pression de 38 cm.

D'autre part, la ponction lombaire entraîne une atténuation des accidents nerveux.

Dans l'hypertension artérielle permanente, les manifestations nerveuses paroxystiques et l'hypertension du liquide céphalo-rachidien qui paraît en être responsable, sont liées à une poussée d'hypertension artérielle.

Ce fait est établi depuis longtemps.

Nous l'avons montré, avec mon maître le Prof. Vaquez, dans une communication à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, le 29 janvier 1907, sur *La pression artérielle dans l'éclampsie puerpérale*.

Pal, M. Vaquez l'ont montré pour l éclampsie des saturnins.

Pour ma part, dans ma leçon du 24 novembre 1923, qui est dans mon livre de *Clinique* cité tout à l'heure, j'ai montré le rôle des poussées hypertensives comme facteur de l'*Eclampsie dans les néphrites des enfants*.

Quand les circonstances sont favorables pour l'observation, on peut constater les poussées d'hypertension dans l'hypertension artérielle permanente.

Voici les pressions artérielles que nous avons observées chez nos deux malades, au cours des attaques d'éclampsie et après leur terminaison :

		Mx	Mn	P. D.
Michelle...	4e jour de l'éclampsie	15,5	8	7.5
	6e jour	13.5	8	5.5
Mauricette	5e jour	17	11.5	5.5
	9e jour	14	11	3

Mlle Kaessler, dans sa thèse sur *L'oscillométrie appliquée à l'étude de la tension artérielle des enfants*, soutenue à Paris en 1912, rapporte le fait suivant.

Une fille de 11 ans, atteinte de néphrite chronique, a des accès d'éclampsie, de la dyspnée, une expectoration mousseuse sanguinolente, un œdème léger, 3 gr. d'albumine par litre d'urine, un cœur gros, un bruit de galop, 0 gr. 83 d'urée par litre de liquide céphalo-rachidien.

La pression artérielle avec l'appareil de Pachon est :

	Mx	Mn	P. D.
2e jour de l'éclampsie	18,5	13,5	5
3e jour de l'éclampsie	16	9	7
4e jour de l'éclampsie	13	8	5

L'enfant meurt le quatrième jour.

Les poussées d'hypertension sont la conséquence d'un *spasme vasculaire*; celui-ci ne paraît pas responsable des manifestations nerveuses diffuses : l'hypertension du liquide céphalo-rachidien les explique mieux.

La réalité du spasme vasculaire est démontrée par d'autres manifesttations nerveuses, dans la pathogénie desquelles il joue un rôle prédominant.

Le spasme vasculaire paraît être la cause des *accès de douleurs abdominales*.

Dans ma leçon du 24 juin 1922, à propos de Simone, je disais : « Les crises de céphalée avec vomissements relèvent de l'hypertension. Les douleurs abdominales vives sont peut-être en relation avec elle ; chez les hypertendus, en effet, se produisent des spasmes vasculaires et particulièrement des spasmes intestinaux, dus à une vaso-constriction excessive des vaisseaux de l'abdomen, très douloureux, témoin ce qui se passe dans la colique saturnine ».

Pour M. Lucien Garot cette hypothèse « semble bien trouver une confirmation dans le cas » qu'il étudie.

Les *paralysies transitoires* sont vraisemblablement le résultat de spasmes vasculaires localisés ; le spasme les explique mieux que l'épuisement des centres nerveux invoqué autrefois. Ces paralysies disparaissent, en général, rapidement. Elles peuvent persister dix à douze jours et guérir ; il est possible qu'alors le spasme ait provoqué des lésions cérébrales discrètes et curables.

A côté des manifestations nerveuses dues à l'hypertension du liquide céphalo rachidien ou au spasme vasculaire, qui sont des troubles purement fonctionnels, il est d'autres manifestations attribuables à des *lésions anatomiques*, hémorragies cérébrales et méningées, ramollissement cérébral, lésions qui peuvent être la conséquence du spasme ou d'altérations artérielles. Dans certains cas, les convulsions, l'ictus apoplectique, l'hémiplégie reconnaissent cette pathogénie. Il faut toujours penser à la possibilité de lésions anatomiques.

***

L'apparition des manifestations nerveuses chez un enfant atteint d'une hypertension artérielle permanente est un élément fâcheux de PRONOSTIC. La survie est dès lors souvent assez courte.

Simone a son premier accès de céphalée à 10 ans 7 mois ; elle meurt à 13 ans, trois ans après.

Pierre a son premier accès de céphalée à 6 ans 8 mois; il meurt à 7 ans 2 mois, six mois après.

Chez les malades d'Herman Schwartz la survie est de six à huit mois.

Le garçon soigné par Amberg a ses premiers accès de céphalée et de vomissement à l'âge de 4 ans; il meurt à 9 ans : la survie est de 5 ans.

La fille observée par M. A. Bernard a un premier accès de céphalée à 8 ans ; elle meurt à 9 ans et demi; la survie est d'un an et demi.

La malade de M. Lucien Garot a des migraines à partir de 6 ans ; elle meurt à 8 ans et demi : la survie est de 2 ans et demi.

Donc, la durée de la phase clinique, à partir de la première manifestation nerveuse, est, pour ces 9 cas :

4 fois de........................	6 à 8 mois
2 fois de........................	18 mois
3 fois de........................	2 ans et demi, 3 ans et 5 ans.

N'ayant pas lu toutes les observations publiées, je ne conclue pas que la survie soit toujours aussi courte.

Parfois la première manifestation nerveuse entraîne la mort ; elle est due alors soit à une hémorragie cérébrale ou méningée, soit au ramollissement de l'encéphale.

La fille de 12 ans, observée par Mamerto, Acuña et Perlina Winocur, a un ictus apoplectique suivi d'une hémiplégie gauche ; elle meurt deux mois et demi après.

Dans l'hypertension artérielle permanente les accidents cérébraux sont une cause de mort. Les autres causes sont la défaillance du cœur ou l'urémie.

***

L'exposé précédent suffit pour montrer la multiplicité des DIAGNOSTICS auxquels font penser les manifestations nerveuses de l'hypertension artérielle permanente.

La *céphalée*, et notamment la *céphalée paroxystique*, peut faire penser à la migraine, à la céphalée dite de croissance, à la céphalée des écoliers attribuable à des troubles de la vision, à la syphilis cérébrale, à une tumeur de l'encéphale, etc... J'ai exposé ces problèmes dans ma leçon du 10 juin 1925, qui est publiée dans mon livre de *Clinique* sur les *Affections du système nerveux : A propos d'un cas de tumeur cérébrale. Diagnostic des céphalées de l'enfance.*

Les *accès d'éclampsie*, avec ou sans accès de céphalée, peuvent faire penser à des convulsions dites essentielles, à l'épilepsie, à une méningite chronique, à l'hydrocéphalie ventriculaire, à une tumeur de l'encéphale.

Les *convulsions* associées à un *syndrome méningé* font penser à une méningite cérébro-spinale ou tuberculeuse.

L'*ictus apoplectique* et l'*hémiplégie* font penser à une embolie, à un ramollissement, à une hémorragie du cerveau.

En présence des *crises abdominales douloureuses*, on peut penser aux diverses affections douloureuses des organes abdominaux, à une appendicite, à des coliques hépatiques ou néphrétiques, du reste exceptionnelles chez l'enfant, aux *spasmes douloureux du côlon* que j'ai étudiés dans ma leçon du 19 mars 1927, reproduite dans mon livre de *Clinique* consacré aux *Affections de l'appareil digestif et de l'abdomen*

Il faut toujours penser que l'hypertension artérielle per. manente est capable de causer toutes ces manifestations- Quand on les observe, on doit prendre la pression des malades.

Lorsque l'hypertension artérielle est constatée et reconnue permanente, il faut rechercher si les manifestations nerveuses relèvent de simples troubles fonctionnels ou de lésions anatomiques. La ponction lombaire aide au diagnostic. Elle est en outre un moyen de traitement.

Le TRAITEMENT est d'abord symptomatique. Il diffère suivant les manifestations constatées. S'il y a des convulsions, on fait des ponctions lombaires, des saignées, des enveloppements humides et chauds du corps ; il est préférable de ne pas avoir recours aux médicaments tels que le gardénal. Il convient d'instituer un traitement d'urgence.

A côté du traitement symptomatique, il faut instituer celui de l'hypertension artérielle, pour lequel les manifestations nerveuses ne donnent pas d'indications particulières.

***

Nos deux malades, Michelle et Mauricette, m'ont donné l'occasion d'étudier les *manifestations nerveuses de l'hypertension artérielle permanente.*

Leurs observations sont caractéristiques.

Toutes deux sont entrées dans la phase clinique par des *attaques d'éclampsie* sévères et longues.

Le diagnostic étiologique a été porté quand on a pris la pression artérielle. Avant l'entrée à l'hôpital, le médecin qui avait vu Michelle avait parlé de convulsions dentaires, celui qui avait soigné Mauricette avait prescrit du gardénal, du bromure de potassium, du chlorure de calcium, une injection de sulfarsénol et finalement avait pensé à une méningite cérébro-spinale.

Toutes deux ont présenté des paralysies post-éclamptiques : mais l'évolution de ces paralysies est différente.

Chez Mauricette, une hémiplégie gauche s'installe neuf jours après le début des convulsions : elle persiste plusieurs jours et disparaît au bout de seize ou dix-sept jours sans laisser de séquelle. Il est probable qu'elle est la conséquence d'un spasme vasculaire.

Michelle a une hémiplégie droite, constatée le quatrième jour des convulsions ; l'hémiplégie, d'abord flasque, devient spasmodique ; aujourd'hui, au bout de vingt-cinq jours, elle ne manifeste aucune tendance à la régression. Cette paralysie est due vraisemblablement à une lésion cérébrale, hémorragie ou ramollissement.

Chez nos deux malades, nous avons constaté l'*hypertension du liquide céphalo-rachidien*. Chez les deux, nous avons observé l'abaissement de la pression artérielle après les convulsions : cet abaissement a porté sur la pression maxima et la pression différentielle, la pression minima restant fixe ; il témoigne des poussées hypertensives.

Chez les deux enfants le *fond de l'œil* est normal.

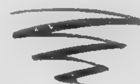
Aujourd'hui :

Mauricette, trente-sept jours après le début de l'éclampsie, a une tension artérielle de 17 pour la Mx, de 11 pour la Mn, une pression différentielle de 6, elle n'a aucun reliquat des manifestations nerveuses.

Michelle, vingt-huit jours après le début de l'éclampsie, conserve une hémiplégie droite spasmodique. Elle a eu, avant-hier, 19 décembre, une petite crise convulsive accompagnée d'une poussée hypertensive. Avec l'appareil de Vaquez nous trouvons, le 16 décembre, trois jours avant les accès, le 19 décembre, peu après l'accès :

	Mx	Mn	P. D.
16 décembre..................	13.5	7.5	6
19	17	11	6

Pour nos deux malades, les manifestations nerveuses résultant de l'hypertension artérielle permanente, nous devons porter malheureusement un pronostic sévère ; il est à craindre que la survie ne dépasse pas quelques mois.



◆◆

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement rationnel des hémoptysies des tuberculeux

Par le Docteur P. BARBIER,
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris
Ex-médecin du dispensaire antituberculeux

L'hémoptysie constitue un des symptômes les plus fréquents de la tuberculose pulmonaire. Il faut distinguer l'hémoptysie du début, qui est souvent le seul symptôme de la tuberculisation du sujet, pouvant devancer de plusieurs années les autres symptômes et se répéter au milieu d'une santé en apparence excellente, sans qu'il soit possible de découvrir à l'auscultation la moindre lésion [Dieulafoy (1)]. Ces hémoptysies du début sont dues à l'oblitération des vaisseaux capillaires des bronches et des alvéoles pulmonaires par les produits tuberculeux [endartérite oblitérante ou capillarite (2)] et, en même temps, à la fluxion secondaire accompagnant la formation de tubercules, qui serait due à la toxine vaso-dilatatrice du bacille de Koch, provoquant un véritable molimen hémorragique qui peut s'étendre jusqu'à la muqueuse nasale et donner lieu à un épistaxis secondaire. Quant aux hémoptysies de la troisième période, elles sont provoquées par la rupture de petits anévrysmes formés aux dépens de l'artère pulmonaire dans la paroi des cavernes (les anévrysmes dits de Rassmussen, du nom du médecin danois qui les a décrits le premier) ; ces hémoptysies sont beaucoup plus graves et elles sont même parfois foudroyantes.

L'ergotine a été longtemps le remède classique des hémoptysies ; mais son action est incertaine, car elle agit sur les fibres lisses des vaisseaux, or les capillaires, siège fréquent de l'hémorragie, sont presque totalement dépourvus de fibres lisses. D'autre part l'ergotine augmente la tension sanguine et ainsi risque d'augmenter l'hémorragie ; car l'hémoptysie est le plus souvent précédée d'une élévation de la tension. L'adrénaline, qui est également un hypertenseur, présente le même inconvénient que l'ergotine. Le gui et l'ipéca, qui sont au contraire des hypotenseurs, seront donc plus indiqués : on a préconisé l'ipéca en pilules à doses nauséeuses ou en injections hypodermiques ; on emploie surtout son principe actif, l'émétine, par voie parentérale.

On a eu recours aussi à l'hydrastinine par la voie buccale ou la voie hypodermique. Dans ces dernières années on a préconisé le lobe postérieur de l'hypophyse par la voie intraveineuse, l'injection devant être poussée très lentement dans la veine. Il ne faut pas oublier, non plus, l'emploi du chlorure de calcium favorisant la coagulation sanguine et celui des opiacés, soit en potion soit en injection hypodermique (morphine, dionine). Toutes ces médications peuvent naturellement donner des résultats, surtout avec les cas bénins où l'hémorragie s'arrête d'elle-même avec de simples moyens hygiéniques (repos absolu au lit, diète hydrique, glace à l'intérieur, sinapismes, lavements très chauds, etc. .

Le véritable traitement rationnel des hémoptysies appelé à réussir même dans les cas graves où tous les autres traitements auraient échoué, doit être basé sur les données physiologiques de la coagulation sanguine. D'après la majorité des auteurs qui ont étudié la question (Bordet et Delange, Nolf. Fuld. Morawitz), deux substances principales concourent à la formation du caillot. L'une existerait en solution dans le sérum, le *thrombogène* (de Morawitz) ou *sérozyme* (de Bordet et Delange) ; l'autre serait secrétée par les globulins, la *thrombokinase* (de Morawitz) ou *cytozyme* (de Bordet et Delange). En cas d'hémorragie, le cytozyme existant dans les plaquettes serait mis en liberté et de sa combinaison avec le sérozyme, en présence des sels de chaux existant normalement dans le sérum, naîtrait la fibrine-ferment ou *thrombine*, c'est-à-dire le ferment actif qui déclenche la coagulation. Cette réaction n'a lieu qu'au contact de l'air et ne peut se faire dans les vaisseaux sanguins, le sang circulant renfermant vraisemblablement une antithrombine instable au contact de l'air.

Pour réaliser la coagulation du sang dans les hémorragies, le traitement le plus rationnel est donc de seconder la « natura medicatrix » en fournissant à l'organisme un excédent de cytozyme. Or nous possédons dans le « Coagulène », substance extraite des globulins, un cytozyme à un état très purifié.

Le Coagulène extrait du sang des bovidés, que Kocher et Fonio ont qualifié avec raison d'hémostatique physiologique, se présente sous les formes pharmaceutiques de poudre et de solution stérilisée en ampoules buvables et en ampoules injectables de 5 c.c. La poudre s'emploie en pulvérisations ou en tamponnements dans les hémorragies externes. Pour les hémorragies internes, comme les hémoptysies, on emploiera dans les cas très graves les injections intraveineuses, qui sont absolument inoffensives, si l'on a soin de pousser lentement l'injection de la solution chauffée à la température du corps. Dans les cas moins urgents, l'injection sous-cutanée est entièrement suffisante ; on injectera, selon le degré de gravité de une à quatre ampoules par jour. Chaque ampoule renferme 0 gr. 0125 d'extrait hématique en solution stérile et stable, ce qui correspond à une solution de 3 % de poudre de Coagulène. L'injection sous-cutanée est absolument inoffensive et peut être répétée sans danger pour les tissus et les vaisseaux, car n'agissant que sur le sang extravasé, le Coagulène ne peut provoquer une embolie. L'injection intraveineuse peut déterminer des phénomènes de choc, soit immédiats, soit au bout de 20 à 30 minutes ; elle est contre-indiquée chez les sujets présentant des lésions vasculaires (athérome, artério-sclérose, anévrysme, etc.) et en tout cas ne doit être réservée qu'aux cas d'urgence, comme dans les hémoptysies de la troisième période chez les tuberculeux et chez les sujets hémophiles. Avec le Coagulène, qui n'est pas un sérum, nous n'avons pas à craindre non plus les troubles sériques d'anaphylaxie, que l'on observe assez fréquemment avec les injections de sérums équins préconisés également dans les hémorragies graves et même avec l'emploi par la voie parentérale de ces mêmes sérums.

Dans les hémoptysies peu abondantes, dans celles du début de la tuberculose, on pourra se contenter d'administrer le Coagulène par la voie buccale : on prescrira une à quatre ampoules-buvables par jour, que l'on prendra dans de l'eau sucrée ou du bouillon de légumes froid ou à peine tiède.

Nous citerons seulement quelques observations de notre pratique clinique pour ne pas abuser de la patience de nos lecteurs :

Obs. I. — D... André, 19 ans, électricien. A maigri de 5 kgr. en deux mois. Anorexie, quinte de toux et crachats jaunâtres avec assez nombreux bacilles de Koch.

Diagnostic : lésion ouverte du sommet du poumon gauche, infiltration de tout le lobe supérieur démontrée par la radioscopie. Le malade est pris subitement dans la nuit d'une violente hémoptysie, presque un grand verre de sang. Nous pratiquons une injection sous-cutanée de 5 c.c. de Coagulène et une seconde le lendemain matin, le malade ayant encore quelques crachats teintés de sang. Nous prescrivons la diète hydrique avec repos au lit et deux ampoules buvables par jour de Coagulène. L'hémoptysie ne s'est pas reproduite par la suite.

(1) Dieulafoy. Manuel de path. int., tome 1, 1901.
(2) Martin. Thèse de Paris, 1879.

TRÈS BELLE PROPRIÉTÉ

(Libre de suite)

A VENDRE AU VESINET

(SEINE-ET-OISE)

Située dans la plus agréable partie du Vésinet, sur deux grandes avenues et rond-point, à 10 minutes de la gare ; parfait état général.

Une importante maison principale et un pavillon bien aménagé de solide construction, tout confort, 15 pièces, 3 salles de bains, salle de billard, 2 garages, buanderie, serre, poulailler, clapier, chenil, pelouse de 1.700 mètres ; jardin d'agrément, roseraie et jardin potager en excellent état, petit tennis, chauffage central, téléphone, paratonnerre.

N'étant qu'à 17 kilomètres de Paris (20 minutes par le train ou auto) peut servir de résidence d'hiver aussi bien que de villégiature d'été à Commerçant ou Industriel ayant ses occupations à Paris.

La propriété pourrait aussi convenir, plus particulièrement à un médecin, soit qu'il désire exercer soit qu'il veuille y installer une maison de santé dans cette partie très saine et très jolie du Vésinet.

La superficie totale est d'environ 7.000 mètres.

Le prix demandé est de 650.000 francs, mais de grandes facilités de paiement seraient accordées à un acquéreur solvable.

L'installation mobilière, qui est confortable et en excellent état, pourrait être cédée en tout ou partie par entente particulière.

L'entrée en jouissance pourrait être immédiate.

Pour tous renseignements complémentaires ou demandes de visiter s'adresser à M. E. Thomas, 22, rue Saint-Augustin à Paris (Téléphone Opéra 92-00).

Obs. II. — V... Baptiste, 64 ans, antiquaire. Lésion tuberculeuse du sommet gauche avec présence de bacilles de Koch dans les crachats. Symptômes d'artério-sclérose avec hypertension artérielle (Mx : 19,5 ; Mn. 9,5) Est sujet à de fréquentes hémoptysies, assez abondantes, traitées par les pilules de gui et les injections d'émétine, sans résultat durable. On a essayé le sérum équin par voie buccale ; mais le malade n'a pu le supporter, ayant été pris d'une crise d'urticaire avec prurit très violent et phénomènes congestifs. Nous prescrivons le Coagulène en ampoules-buvables, trois à quatre par jour. Au bout de huit jours, arrêt des hémoptysies qui ne se sont pas reproduites depuis. La médication a été très bien tolérée.

Obs. III. — B... Marie, 21 ans, ménagère. Malade depuis un an, a perdu 3 kgr. Quintes de toux et crachats jaunâtres renfermant d'assez nombreux bacilles de Koch. A la radiologie, aspect spongieux dans la région claviculaire gauche ; aspect en mie de pain du lobe médian et du sommet droit. Les crachats sont souvent striés de sang ; souvent expectoration au réveil de sang pur. Nous ordonnons deux ampoules par jour de Coagulène. Au bout de dix jours de traitement, la malade n'a plus aucune trace de sang dans ses crachats.

Obs. IV. — H... Louise, 50 ans, papetière. Lésion tuberculeuse du sommet droit avec nombreux bacilles de Koch dans les crachats. Nous fait appeler d'urgence pour une hémoptysie assez abondante (un demi verre de sang). Nous pratiquons une injection de 5 c.c. de Coagulène et prescrivons trois ampoules-buvables, en même temps que la diète hydrique. Le lendemain, les crachats étaient à peine teintés de sang. La malade revue au bout d'un mois n'avait pas eu de nouvelles hémoptysies.

Conclusions

I. On doit distinguer, parmi les hémoptysie des tuberculeux, celles du début dues à de l endartérite oblitérante des vaisseaux capillaires et celles de la troisième période provoquées par la rupture de petits anévrysmes de la paroi des cavernes, ces dernières étant beaucoup plus graves que les premières.

II. Toutes les médications préconisées jusqu'à ce jour n'avaient qu'une action passagère, pouvant tout au plus être suffisante dans les cas bénins.

III. Le véritable traitement rationnel de l'hémoptysie appelé à réussir même dans les cas graves, doit être basé sur les données physiologiques de la coagulation sanguine.

IV. Le cytozyme, principe actif concourant à la formation du caillot, qui forme la base du Coagulène, constitue l'hémostatique physiologique par excellence.

« L'histoire de la médecine devrait être considérée comme l'introduction à la Clinique médicale. C'est un excellent instrument d'investigation. Un de ses buts essentiels devrait être de nous prémunir contre l'erreur par le regard. Ce rôle rempli, au lieu de siéger dans un coin dédaigné la chaire d'histoire de la médecine changerait la disposition des places et s'installerait, avec raison, à l'honneur du premier rang. » (Docteur Ch. Fiessinger. — L'erreur par le regard. *Journal des Praticiens*, 6 novembre 1935.)

Dans le territoire de la Hongrie d'aujourd'hui, on compte environ 9.500 médecins sur une polpulation de 8 millions et demi. Les quatre Universités du pays délivrent par an, malgré la sélection rigoureuse qui y a été introduite, environ 300 diplômes de docteur. Ce chiffre dépasse celui des médecins décédés et de ceux qui renoncent définitivement à la pratique médicale. On compte un médecin sur 900 habitants, ce qui serait un cas presque unique, même au point de vue de l'hygiène internationale dans l'Europe entière, si la plupart des médecins ne tenaient pas à s'établir dans la capitale ou les autres grandes villes du pays. A Budapest, on peut évaluer à 4.000 le nombre des médecins et il en est de même dans les autres villes. » (Alexandre Blazso. — L'enseignement médical et la situation des médecins en Hongrie. *La Presse Médicale*, 31 juillet 1935.)

PÉDIATRIE

Le régime cétogène dans le traitement des injections urinaires chez l'enfant

L'heureux emploi du régime cétogène dans le traitement des infections urinaires, résulte de l'action bactéricide de l'acide β-oxybutyrique dans un milieu d'acidité convenable.

Helmholz a fixé ses conditions d'action : c'est ainsi qu'une concentration urinaire de 0,5 % d'acide β-oxybutyrique agit avec le maximum d'efficacité si le pH urinaire est voisin ou inférieur à 5,5.

Il semble, d'ailleurs, qu'il y ait une sorte de balancement dans ces coefficients. C'est ainsi que, pour une urine de pH 5,7, il faudra une concentration urinaire d'acide β-oxybutyrique de 1,8 % et, pour un pH 5,0, une concentration urinaire de 0,4%, sans quoi on n'observe aucun effet bactéricide. Cette concentration urinaire est d'ailleurs facile à déterminer (voir les travaux d'Helmholz et d'Ostenberg) et l'on put apprécier un pH inférieur à 5,5 au moyen d'un papier au rouge de chlorophénol.

L'action bactéricide du régime cétogène exerce sur tous les microbes (*estherichia coli, aerobacter aerogenes, proteus vulgaris, staphylococcus, streptococcus et pseudomonas*) ; mais son action est surtout rapide et directe sur le coli-bacille qui est tué plus rapidement que les autres microbes.

La formation des corps acétoniques est sous la dépendance de l'inaptitude de l'organisme à oxyder un gros apport de graisses si on ne lui donne que très peu d'hydrates de carbone, et c'est là le principe du régime cétogène.

Mais il faut savoir que l'institution de ce régime se heurte à plusieurs écueils.

Quelques enfants, par suite de troubles digestifs ne peuvent supporter un tel régime.

D'autres le supportent bien, mais n'assimilent pas de quantités de graisse suffisantes, la plupart de celles-ci étant retrouvées dans les selles. C'est ainsi que les urines de deux enfants pour lesquels les rations du régime acétogène-antiacétogène étaient dans la proportion de 4 à 1 et de 5 à 1 n'ont jamais montré un pH inférieur à 5,7 et une concentration d'acide β-oxybutyrique supérieure à 0,1.

Dans deux autres cas, le régime ne donne pas de succès : en cas d'insuffisance ou de lithiase rénale. Dans le premier cas, les reins, étant déficients, sont incapables d'excréter une urine dans laquelle il y ait une concentration d'acide suffisante et un pH suffisamment bas. Dans les cas de lithiase rénale, si on fait une division d'urine chez des malades présentant une lithiase unilatérale on constate que, du côté lithiasique, l'urine est plus alcaline et la quantité d'acide β-oxybutyrique éliminée inférieure à celle de l'autre côté. Si on institue le régime, on obtient une stérilisation des urines que du côté non lithiasique.

Les résultats obtenus par l'auteur confirment ces données. Sur 24 cas traités de cette façon, quinze ont été guéris d'une façon définitive, et le plus souvent en moins de 48 heures.

Les proportions de graisses et d'hydrates de carbone utilisés étaient voisins de 3/1 et 4/1 ; dans un cas seulement chez une enfant de 3 ans, la guérison fut obtenue après sept repas dont les composants étaient dans la proportion de 2 à 1.

Dans six cas, il y eut une rechute. Enfin, dans le troisième groupe comprenant trois cas, il fut impossible d'obtenir la concentration urinaire en acide β-oxybutyrique ni le pH convenable. Vingt et un des malades étaient des filles, et seulement trois des garçons.

L'auteur a également traité des cas d'infection avec ano-

malie du tractus urinaire. Alors que tous les autres traitements classiques avaient échoué, le régime cétogène a amené la guérison, même alors qu'existait une importante stase urinaire.

Sur vingt et un cas traités, six cas avec guérison complète, cinq avec rechute, et dix insuccès. Sur ces dix insuccès dans cinq cas, il y avait lithiase urinaire dans les cinq autres cas, la concentration nécessaire d'acide β-oxybutyrique ne put être obtenue.

Cook a proposé dans ce cas de donner du chlorure d'amonium pour abaisser le pH urinaire, et des capsules d'acide β-oxybutyrique pour élever sa concentration dans les urines. Helmholz, de cette façon, n'a pu modifier ni l'un ni l'autre.

En résumé, la région cétogène est un précieux moyen thérapeutique à utiliser là où les traitements classiques ont échoué, la lithiase et l'insuffisance rénale restant les deux cas où ce régime ne donne aucun résultat.

Jean Chatain.

REVUE DE PHARMACOLOGIE

La Pharmacologie et la Thérapeutique françaises en 1934-1935

(2e semestre 1934 - 1er semestre 1935)

(Suite et fin)

Par

Paul BOYER Médecin du Dispensaire de Saint-Lazare

et

Lucien DUTHEIL Interne de Saint-Lazare

Blennorragie

Pour Barbeillon (*J. des Prat.*, 14 août 1934, n° 28, 454) ainsi que pour Fischer (*Concours méd.*, 18 novembre 1934, n° 46, 3191) l'argyrol reste le médicament de choix dans le traitement abortif de la blennorragie.

Maladie de Nicolas et Favre

Ségal (*Thèse Méd. Paris*, 1934) et Velasquez (*Thèse Paris*, 1934) envisagent l'état actuel du traitement de la maladie de Nicolas et Favre et Kleinberg (*Thèse Méd. Paris*, 1934) étudie l'action du salicylate de soude dans cette maladie vénérienne.

Emétine

Tournade, Sarrouy et Curtillet (*C. R. Soc. Biol.* 1935, CXVIII, 237 et 1582) montrent que l'émétine injectée dans les veines à doses fortes ou répétées intoxique avant tout le myocarde, mais elle compromet aussi à un certain degré et temporairement le jeu des appareils périphériques de la vaso-motricité et de l'adrénalino-sécrétion.

Olmer et Audier (*Soc. Méd. Marseille*, 28 novembre et 12 décembre 1934) rapportent un nouveau cas d'abcès du poumon d'origine amibienne guéri complètement par l'émétine.

Larrouy (*Paris méd.*, 9 février 1935, n° 6, 128) présente l'observation d'une enfant de 3 ans décédée des suites d'une intoxication par l'émétine après avoir reçu 10 centigr. de cet alcaloïde en quatre jours avec des phénomènes nerveux, cardiaques et respiratoires. L'auteur conseille de toujours utiliser la pratique de Blechmann et Petzetakis, à savoir d'accompagner chaque injection d'émétine d'une injection d'huile camphrée afin d'éviter les effets dépresseurs et hypotensifs de ce médicament.

Antimoine

Dubel et Mlle Tissier (*Soc. Méd. et Hyg. trop.*, 23 mai 1935) étudient l'élimination par les reins d'un nouveau dérivé de l'antimoine : l'antimonio-thiomalate de lithium et constatent que l'élimination urinaire de l'antimoine contenu dans ce corps commence aussitôt après l'injection. La quantité d'antimoine éliminée semble proportionnelle à la quantité d'urine émise pendant 24 à 36 heures. Au bout de ce laps de temps, si on ne pratique pas une nouvelle injection, la quantité d'antimoine rejetée diminue régulièrement. L'élimination semble régulière et est pratiquement terminée en trois jours.

Launoy (*Acad. Sc.* 1er octobre 1934) recherche si la cystéine possède une action antagoniste contre la toxicité de l'antimoine. Etant donné la résistance propre de la souris à l'antimoine, on peut dire qu'un milligramme de cystéine est capable de s'opposer à l'action toxique d'un dixième de milligramme d'antimoine environ, ce dernier étant ici sous forme de thiomalate et les deux produits étant injectés simultanément.

Sézary et Bolgert (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 22 mars 1935) étudient la posologie de l'antimoine III (thiomalate de lithium ou anthiomaline), médication sans dangers et d'un emploi commode. Ils débutent par 6 centigr., continuant par 12 et 18 centigr. en pratiquant trois injections par semaine. La progression est limitée par l'apparition de douleurs musculaires particulières, d'autant plus vives que les doses sont plus élevées. Généralement c'est à 18 centigr., 24 ou 30 centigr. selon les cas que ces douleurs deviennent difficiles à supporter. En s'en tenant à la dose qui donne le moins de myalgies, on peut injecter dans une série de 2 à 4 grammes de médicament. S'il est nécessaire, on peut après un intervalle de 3 à 4 semaines, faire une nouvelle série. A la fin du traitement on note parfois une légère anémie d'ailleurs passagère. Les douleurs musculaires elles-mêmes sont transitoire et dans les cas les plus marqués disparaissent trois jours après la fin du traitement. L'anthiomaline permet donc de faire sans danger une cure stibiée intense.

Levent (*Gaz. Hôp.*, 24 juillet 1935, n° 59, 1009) donne une revue générale sur la question actuelle de l'antimoine.

Flye de Sainte Marie (*Soc. Path. exot.*, 13 mars 1935) rapporte un cas de leishmaniose viscérale infantile traitée avec complet succès par le néostibosan.

Faure-Brac et Auger (*Soc. Méd. Paris*, 25 mai 1935) estiment que l'antimoniothiomalate de lithium exerce dans la leishmaniose canine une action thérapeutique efficace et assez rapide, la marge entre sa dose thérapeutique et sa dose toxique étant beaucoup plus considérable que celle de l'émétine et du stibyal, ce corps est de plus facilement utilisable par la voie intramusculaire.

Benard, Poumailloux et Brincourt (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 8 février 1935) rapportent un cas de kala-azar parisien traité avec succès par l'uréa-stibamine et Decourt et Ariès (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 8 février 1935) rapportent un cas analogue guéri également par l'uréo-stibosane.

Giraud (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 11 janvier 1935) rapporte deux cas de kala-azar traités par l'antimoine, un cas très grave rapidement guéri par l'uréa-stibamine et un cas stibio-résistant rapidement amélioré par le néo-stibosane, suivi de rechute et guéri complètement après deux ans et demi de traitement.

Haine (*Thèse Méd. Marseille*, 1934) étudie les nouveaux composés de l'antimoine dans le traitement du kala-azar

Launoy (*Soc. Path. exot.*, 10 avril 1935) étudie l'action synergique de l'arsenic et de l'antimoine dans le nagana expérimental de la souris.

Feigenbaum (*Thése Méd. Paris*, 1935) envisage le traitement chimiothérapique des rectites sténosantes, en particulier le traitement stibié.

Lèpre

Chaulmoogra

Perrot (*Acad. Méd.*, 20 novembre 1934) étudie les espèces chaulmoogriques et en particulier le krabao indochinois pour le traitement de la lèpre.

Stevenel (*Soc. Path. exot.*, 9 janvier 1935) estime que l'on a tort d'enlever par l'épuration des huiles de chaulmoogra des principes tels que des stérols qui possèdent peut-être une valeur thérapeutique. Il condamne la pratique des injections intraveineuses d'huile non préalablement émulsionnée qu'utilisent de nombreux médecins.

Bleu de méthylène

Lépine et Markianos (*C. R. Soc. biol.*, 1935, CXVIII, 9) montrent que le bleu de méthylène injecté par voie veineuse

BIBLIOGRAPHIE

Etudes neurologiques. *Sixième série*, par Georges GUILLAIN. Un volume de 434 pages avec 108 figures, 80 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ces travaux ont été groupés sous les titres suivants :

I. Tumeurs cérébrales (treize chapitres). — II. Pathologie de l'encéphale (quatre chapitres). — III. Pathologie des pédoncules cérébraux, de la protubérance du bulbe, du cervelet (quatre chapitres). — IV. Pathologie de la moelle épinière (neuf chapitres). — V. Pathologie des nerfs crâniens et rachidiens (trois chapitres). — VI. Atrophies musculaires (deux chapitres). — VII. Varia.

On trouvera dans ces travaux de clinique, comme dans les précédents, le souci constant de maintenir à l'anatomie et à la physiologie du système nerveux la prééminence dans les études neurologiques, et aussi la préoccupation de rénover et de perfectionner la méthode anatomo-clinique par l'utilisation la plus large des techniques que la bactériologie, la chimie et la physique mettent à la disposition de la neurologie.

Ce nouveau volume d'études neurologiques contient les travaux poursuivis par l'auteur au cours des dernières années à la Clinique de la Salpêtrière. Ils sont conçus dans les traditions de l'Ecole de la Salpêtrière, c'est-à-dire qu'à la méthode anatomo-clinique ont été adjointes toutes les investigations modernes de la biologie.

On trouvera dans ce volume beaucoup de travaux de neurologie pure, classique.

Les voies aériennes et la tuberculose, par G. PORTMANN et H. RETROUVEY. Un volume de 312 pages avec 30 figures. (Bibliothèque de phtisiologie), 50 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Si le phtisiologue doit tenir compte de l'état des voies respiratoires supérieures dans l'appréciation des signes cliniques qu'il observe au niveau du poumon, le laryngologiste, de son côté, ne doit pas perdre de vue que l'appareil respiratoire est un tout et que — indépendamment même du diagnostic des lésions tuberculeuses pour lesquelles la connaissance de l'état pulmonaire ou général lui est indispensable — tout acte thérapeutique d'ordre chirurgical, qu'il effectuera au niveau des fosses nasales ou du larynx, aura un retentissement indéniable sur le parenchyme.

D'autre part, certaines techniques, d'ordre spécial, telle que la bronchoscopie, voient leurs applications déborder le cadre strict des affections des voies aériennes et s'étendre au traitement de certaines pneumopathies.

Les rapports de la tuberculose et des voies aériennes peuvent être étudiés sous deux angles différents : d'abord sous celui des tuberculoses locales des différentes régions qui les constituent.

Parmi les complications de la tuberculose pulmonaire, elles sont, pour une d'entre elles, au moins, parmi les plus fréquentes. Ensuite, indépendamment de toute lésion spécifique, l'état des voies respiratoires chez les tuberculeux pulmonaires a son importance, aussi bien au point de vue de l'étude des causes prédisposantes, que de la pathogénie et du diagnostic différentiel.

L'intention des auteurs n'a pas été d'écrire un traité complet de la tuberculose du nez, de la gorge et du larynx ; ce serait une répétition inutile des ouvrages classiques. Ils ont voulu seulement passer en revue les différents aspects cliniques de ces tuberculoses locales en fonction de la tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire qui leur a donné naissance, et envisager les principaux problèmes que soulève l'état des voies respiratoires dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire.

C'est pourquoi ils ont volontairement passé sous silence toute thérapeutique locale nécessitant une technique particulière relevant du seul laryngologiste, pour n'envisager que l'action, sur les lésions nasales ou laryngées, des méthodes de traitement général de la tuberculose.

L'Hygiène de l'enfant. Causeries par le Docteurs ROCAZ (de Bordeaux). Un vol. in-8° raisin de 470 pages. Un vol. 40 francs. Editions Delmas, 6, place Saint-Christoly, Bordeaux.

C'est un livre de vulgarisation, particulièrement destiné aux mères, aux infirmières et, d'une façon générale, à tous ceux qui ont la charge d'élever ou d'éduquer des enfants.

Mais il doit intéresser aussi les médecins parce qu'il constitue un traité complet d'hygiène des enfants sains ou malades, depuis la naissance jusqu'à l'adolescence adapté à la vie sociale et aux mœurs actuelles, et, pour cette raison différant des nombreux ouvrages du même genre parus antérieurement.

Chaque sujet y est développé dans une « causerie », écrite en un style très clair et illustrée de nombreuses figures.

Neurologie par R. MONIER-VINARD. Un volume de 222 pages, avec 2 figures. (Collection des Initiations médicales). Prix : 22 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce petit livre rendra plus facile la tâche de ceux qui veulent aborder les problèmes cliniques de neurologie.

Souvent le débutant ne sait pas discerner la catégorie générale à laquelle appartient le trouble nerveux présenté par le malade et, par suite, il ne parvient pas à entreprendre utilement et logiquement la recherche objective des signes neurologiques. L'auteur décrit ici les principaux désordres nerveux et il dégage ce qui constitue l'essentiel de leur aspect. Afin que leur notion descriptive soit plus vivante et plus figurative, il indique pour chacun d'eux sa physiopathologie, son siège lésionnel et ses causes pathogènes les plus habituelles.

Le débutant ne sait pas pratiquer l'examen du malade suivant les exactes techniques, faute desquelles l'exploration clinique est incertaine et même trompeuse. L'auteur expose d'une façon suffisamment détaillée les procédés d'investigation directe des diverses fonctions nerveuses, en insistant plus particulièrement sur l'exploration de la réflectivité et de la sensibilité.

L'action des rayons ultra-violets est des rayons X sur les nerfs périphériques, par Jacques AUDIAT. Préface du Professeur A. STROHL. Un volume de 88 pages avec 23 figures, 25 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le fonctionnement du rein malade. *Diurèse. Albuminurie. Œdème. Glycosurie. Classification des néphropathies. Recherches expérimentales et cliniques*, par Paul GOVAERTS. Un volume de 214 pages, 25 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Professeur Paul Govaerts, poursuivant parallèlement des recherches cliniques et expérimentales, s'est efforcé, au cours des quinze dernières années, de confronter les données de la pathologie avec les acquisitions de la physiologie.

Après avoir, en 1923, mis en lumière le rôle de la pression osmotique des protéines sanguines dans la pathogénie des œdèmes, l'auteur a étudié successivement le mécanisme des diverses altérations de la fonction rénale : l'albuminurie, l'oligurie, la rétention d'urée et de créatinine. Il s'est également attaché à préciser le mécanisme de l'élimination du glucose dans le diabète rénal et dans le diabète sucré, et a envisagé dans le détail la signification du seuil du glucose et la raison de ses variations. Partant de l'idée qu'une conception physiologique n'est satisfaisante que si elle explique également des faits pathologiques, il constate que les données récentes sur le fonctionnement du rein, facilitent beaucoup la compréhension des affections rénales. Grâce à ces progrès, il devient possible de compléter l'œuvre de Widal : d'une part, la rétention chlorurée et la diminution de pression osmotique des protéines apparaissent comme deux processus étroitement liés ; d'autre part, on peut établir actuellement une relation satisfaisante entre les lésions anatomiques des reins et les symptômes qui s'y rattachent.

Une classification nouvelle des néphropathies constitue la synthèse de ces recherches. Elle expose les diverses formes cliniques des affections rénales en mettant en regard, pour chacune d'elles, les caractéristiques fonctionnelles et les lésions anatomiques. Cette classification éclaire la question si débattue des néphroses, de l'amyloïdose et des néphrites chroniques. Elle comporte une description des néphropathies aiguës, survenant au cours des infections, des intoxications, des accidents sériques ou anaphylactiques. On y trouve exposés également les troubles rénaux accompagnant l'éclampsie puerpérale et les surrénalomes hypertensifs.

Le tonus cardio-vasculaire et l'épreuve amphotrope sino-carotidienne, par D. Daniélopolu. Un volume de 212 pages, dont 49 pages d'illustrations, 40 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

On ne peut pas comprendre le fonctionnement du cœur et des vaisseaux sans connaître exactement le rôle de leurs nerfs centrifuges et centripètes. Contrairement à l'opinion classique, l'auteur démontre que le tonus normal des zones réflexogènes est *amphotrope à prédominance sur le groupe parasympathique*. Sur la base des recherches antérieures et de ses recherches personnelles, l'auteur développe sa conception sur le mécanisme du tonus cardio-vasculaire à l'état normal. Il l'explique par un *mécanisme circulatoire amphotrope*.

Le tonus cardio-vasculaire est modifié dans les états pathologiques.

L'auteur décrit l'*épreuve amphotrope sino-carotidienne* qui permet au clinicien d'étudier l'état dans lequel se trouve chacune des propriétés fondamentales du cœur et des vaisseaux. Les principes sur lesquels cette méthode est basée, ainsi que sa technique, la différencie de l'épreuve du vague au cou de Czermack et de l'épreuve de Hering et en font une méthode nouvelle. L'auteur démontre que les épreuves de Czermack et de Hering peuvent très fréquemment nous induire en erreur.

Les résultats de l'épreuve sont tout différents à l'état normal dans les modifications végétatives de l'appareil circulatoire et dans les lésions du cœur et des vaisseaux.

L'auteur décrit les caractères de l'épreuve à l'état normal, les résultats qu'on obtient dans les modifications végétatives du tonus cardio-vasculaire, dans les lésions orificielles, les lésions myocardiques, l'asystolie pulmonaire, l'hypertension artérielle avec ou sans dégénérescence du myocarde, l'angine de poitrine et les différentes variétés d'arythmies.

L'épreuve amphotrope sino-carotidienne, permettant d'établir chez les malades l'état d'altération de chaque propriété fondamentale du myocarde, fournit des renseignements de premier ordre au point de vue du pronostic. Cette épreuve présente encore un grand intérêt dans la thérapeutique des maladies du cœur. En effet, l'action des médicaments cardiaques dépend de l'état pathologique dans lequel se trouve chacune des propriétés fondamentales. Et il est très important de connaître cet état.

Etudes expérimentales récentes sur les maladies infectieuses, par Jean Troisier. Un volume de 280 pages, avec 50 figurs 45 francs, Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'édification de la nosologie moderne implique des connaissances multiples, des disciplines imprévues. Le sérologiste, l'anatomopathologiste, le bactériologiste, le zoologiste, doivent mettre en commun leurs efforts et, c'est le pathologiste, rompu aux disciplines scientifiques qui doit faire la synthèse des données de l'observation et de l'expérimentation pour faire le point au milieu de travaux parfois contradictoires. Cette méthode appliquée ici par l'auteur, lui permet de dégager des travaux modernes, des assises solides à quelques maladies infectieuses.

La périodicité saisonnière des maladies épidémiques et en particulier de la poliomyélite, par G. Hornus. Préface de C. Levaditi. Un volume de 138 pages, 28 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

La périodicité saisonnière de nombre de maladies infectieuses reste une des observations épidémiologiques les plus difficiles à expliquer.

Dans le présent travail, l'auteur indique d'abord la méthode à suivre pour établir la périodicité saisonnière des épidémies.

Il étudie ensuite le rôle des modifications du milieu extérieur (climat, sol, etc.) dans le déterminisme de cette périodicité.

Il envisage enfin le rôle des variations de l'agent pathogène, du mode de transmission, et des variations de l'organisme dans l'évolution des épidémies.

Cette étude vise surtout la poliomyélite, qui est bien une des maladies infectieuses dont la périodicité est la plus nette, mais elle ne reste pas limitée à cette affection. Si la paralysie infantile sert d'exemple concret dans la plupart des points envisagés, ses conclusions sont dans l'ensemble, d'une portée beaucoup plus étendue et ressortissent du cadre de l'épidémiologie générale.

Le Sablier, par Maurice Maeterlinck. Un volume Fasquelle, éditeur, Paris.

La nouvelle œuvre de Maurice Maeterlinck, est un « grand livre » qui, à trente ans de distance, vient prendre place à côté de *La Sagesse et la Destinée*, dont, à la fois, il forme, le digne pendant et aussi comme le complément. Chaque grain de sable qui, sans cesse, tombe sur ceux qui l'ont précédé, est une parcelle des fécondes méditations de l'auteur.

Maurice Maeterlinck, a voulu dans ce livre éviter tout aspect didactique et prétentieux : aussi tous ces grains se placent dans l'œuvre sans aucun ordre, tels qu'ils se présentent, soit qu'ils évoquent les morts, l'univers, l'infini, l'avenir, le destin, le temps, l'espace et même l'inconnaissable, et souvent tels que les a suggérés celui que Maeterlinck nomme son collaborateur nocturne : le Subconscient.

aux lépreux est retenu par les tissus lépromateux et y exerce *in vivo* une action directe sur le bacille de Hansen se traduisant par les altérations microscopiques progressives (aspect granuleux, polymorphisme, puis cyanophilie) qui caractérisent la dégénérescence de ce microbe.

SIGI et MOREAU (*Marseille méd.*, 25 novembre 1934, n° 33, 635) insistent sur la nécessité de surveiller l'élimination rénale du bleu de méthylène dans le traitement de la lèpre par ce colorant et de suivre les signes d'une imprégnation trop accentuée de l'organisme.

Si MILIAN et GARNIER (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 14 février 1935), THIROUX (*Soc. Path. exot.*, 9 janvier 1935) et DUBOIS, WESTERLINCK et DEGOTTE (*Soc. Path. exot.*, 13 février 1935) n'ont obtenu que des résultats inconstants dans le traitement de la lèpre par le bleu de méthylène, des résultats favorables sont au contraire signalés par AFANADOR (*Soc. Path. exot.*, 14 novembre 1934), Mme DELANOÉ (*Soc. Path. exot.*, 8 mai 1935), MARCHOUX et CHORINE (*Acad. Méd.*, 8 janvier 1935), MONTEL (*Acad. Méd.*, 2 octobre 1934), NICOLAS (*Soc. Path. exot.*, 9 janvier 1935).

Le bleu de méthylène en dehors de la lèpre

KONAR (*Soc. Méd. Paris*, 29 juin 1935) insiste sur la valeur remarquable du bleu de méthylène dans l'intoxication cyanurée.

LIMOUSIN et BERNARD-GRIFFITHS (*Acad. Méd.*, 16 avril 1935) ont obtenu un beau succès thérapeutique par le bleu de méthylène intraveineux associé aux inhalations de carbogène dans un cas d'intoxication oxycarbonée et GUZ (*Thèse Méd. Paris*, 1935) préconise également ce colorant dans l'asphyxie.

Rouge neutre et violet de gentiane dans la lèpre

MONTEL et TRUONG-VAN-QUE (*Soc. Path. exot.*, 10 octobre 1934) ont obtenu avec le rouge neutre des résultats comparables dans la lèpre avec ceux donnés par le bleu de méthylène, quoique plus tardifs.

GRIMES, CLUZET et MINEC (*Soc. Path. exot.*, 12 juin 1935) a obtenu également des résultats intéressants dans le traitement de la lèpre par le violet de gentiane.

Acridine

LECLERCQ (*Thèse Paris*, 1935) et DECHAUME, GERSON, Mlle NICOLLE-MUNIER et LECLERCQ (*Soc. fr. Derm. et syph.*, 14 mars 1935) estiment que le meilleur antiseptique local dans les stomatites quel que soit leur cause est constitué par les colorants d'acridine sous forme de pastilles dosées à 3 milligr. de gonacrine, à dose journalière de dix pastilles. Action préventive très nette et résultats remarquables dans les stomatites déclarées. Ce traitement permet dans les cas de stomatites médicamenteuses de continuer le traitement en cours.

BÉRARD, MARTIN et HENRY (*Soc. Chir. Lyon*, 6 juin 1935) rapportent un cas de coxite gonococcique guérie par injections intraveineuses de vaccin et de gonacrine.

CERNAIANU (*Soc. Path. exot.*, 8 mai 1935) conseille l'emploi de la trypaflavine dans la piroplasmose vraie et la babésiellose des bovidés.

BEMBAROU (*Thèse Méd. Paris*, 1935) rapporte quelques cas d'érythèmes acridiniques biotropiques.

Rubiazol

LEVADITI et VAISMAN (*Acad. Sc.*, 30 mai 1935) étudient chez la souris les effets du rubiazol (chlorhydrate de 4'-sulfamino-2, 4-diamino-azobenzène, dans l'infection streptococcique expérimentale. Ce dérivé azoïque agit par l'intermédiaire de l'organisme en exagérant les moyens défensifs, en particulier la phagocytose. D'où dans certains cas un simple arrêt dans la pullulation du streptocoque, sans destruction totale de ce microbe. La stérilisation définitive est obtenue en répétant les injections médicamenteuses. Résultats favorables dans l'érysipèle, les phlegmons amygdaliens, certaines complications puerpérales et autres processus infectieux d'origine streptococcique.

Quinine et dérivés

RAMOND-HAMET (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 231) présente une démonstration expérimentale sur l'animal entier de l'action vaso-dilatatrice de la quinine et BUSQUET et VISCHNIAC (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 503) apportent également une nouvelle preuve de l'action vaso-dilatatrice de cet alcaloïde qui résulte des effets cardiaques et tensionnels simultanés du phényléthylbarbiturate de quinine. Ce corps renforce les contractions du cœur en même temps qu'il fait baisser la pression. Les deux phénomènes concomitant démontrent d'une manière péremptoire l'action vaso-dilatatrice de la quinine.

BERNARDBEIG et CAUJOLLE (*Acad. Méd.*, 29 janvier 1935) ont pu vérifier chez une femme ayant subi une cholécystostomie l'élimination biliaire de la quinine, mode d'élimination longtemps discuté.

Mlle RÉGNIER (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 1290) étudie la répartition endocrinienne de la quinine.

MERCIER et DELPHAUT (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVII, 15) montrent que parmi les alcaloïdes du groupe isoquinoléique étudiés par eux, seule l'hydrastine peut sensibiliser les réflexes vaso-moteurs sino-carotidiens alors que la papavérine, la laudanosine et la narcotine au contraire les affaiblissent seulement.

FRANCHI et SAUTET (*Soc. Path. exot.*, 12 juin 1935) sont d'avis que la quininisation préventive est inefficace pour la destruction complète des parasites du paludisme. La quininisation préventive au cours de manœuvres en pays palustre en particulier constitue une dépense énorme et dangereuse pour le budget parce que si le soldat fait un paludisme retardé et peu grave, il acquiert cependant un droit à pension. Il est préférable de la remplacer par d'autres mesures, telles que cantonnement en dehors des régions palustres ou si c'est impossible par l'éloignement maximum de cantonnements des agglomérations.

MASSIAS (*Soc. Path. exot.*, 11 juillet 1934) a constaté que le 574 F employé seul s'est montré actif contre les diverses formes de Pl. vivax et Pl. praecox, mais il n'a pas empêché des récidives précoces. L'association avec le quiniostovarsol est préférable, elle favorise la tolérance, elle est plus active que le 574 F. employé seul. Le même auteur avec BOURGIN et NGUYEN VAN TAN (*Soc. Path. exot.*, 12 décembre 1934) a obtenu de bons résultats également dans le paludisme avec une cure de cinq jours de quinacrine (schizonticide), immédiatement après cure de cinq jours de rhodoquine à la dose de 5/10 de milligr. par kgr. Le quiniostovarsol peut également être heureusement associé à la rhodoquine.

NOVET, Mlle BENOIT et ALTMAN (*Soc. Path. exot.*, 10 octobre 1934) sont d'avis que la quinine et l'atébrine actifs contre les schizontes des hématozoaires des canaris sont inactifs contre les gamètes des hématozoaires du padda. La plasmoquine et la rhodoquine sont au contraire actives contre les gamètes. En augmentant la chaîne latérale de ces médicaments, on arrive à des substances peu toxiques agissant à la fois sur les schizontes et les gamètes, parmi lesquelles seules des expériences sur l'homme permettront de faire un choix définitif.

SAUTET (*Presse méd.* 26 septembre 1934, n° 77, 1500 et *Soc. Méd. et Hyg. trop.*, 20 décembre 1934) étudie les nouveaux traitements du paludisme (atébrine, quinacrine et dérivés quinoléiques).

SLATINEANU, CIUCA, BALTEANU, ALEXA, FRANCKE et RUGINA (*Soc. Path. exot.*, 10 octobre 1934) sont d'avis que l'efficacité des différents échantillons de totaquina (alcaloïdes totaux du quinquina) dans le paludisme humain est en relation avec leur teneur en quinine.

MILLISCHER (*Soc. Path. exot.*, 13 février 1935) préconise l'acide iodo-oxyquinoléine sulfonique dans le traitement de l'amibiase intestinale. Aucun échec sur vingt-deux malades.

Salicylate de soude. Rhumatismes

LEREBOULLET (*Concours méd.*, 17 février 1935, n° 7, 483) et GAUDONET (*Thèse méd. Paris*) insistent sur la valeur du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant.

PAISSEAU, FRIEDMAN et VAILLE (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 6 juillet 1934) rapportent un nouveau cas d'intoxication mortelle chez l'enfant par le salicylate de soude et font une étude biologique de l'acido-cétose salicylée.

HAIMOVICI (*Thèse Paris*, 1935) rapporte également un autre cas d'intoxication mortelle chez l'enfant due au salicylate de soude, à l'autopsie, lésions hépato-rénales, dégénérescence graisseuse du foie et congestion rénale.

DUVOIR, POLLET et SAINTON (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 9 novembre 1934) signalent un cas d'intoxication volontaire mortelle par le salicylate de méthyle, mort au bout de trente-six heures après l'ingestion, au milieu de phénomènes d'excitation psychomotrice rappelant le délirium tremens.

CHEVALIER (*Acad. Méd.*, 4 juin 1935 et *Soc. Thér.*, 8 mai 1935) a obtenu de très bons résultats dans les rhumatismes aigus et chroniques avec les dithiosalicylates.

MARCHAL, LEMOINE et GENESLAN (*Progr. méd.*, 26 janvier 1935, n° 4, 137) montrent que la fixation du salicylate de soude sur le cœur est augmentée surtout durant les premières heures

sous l'influence de certains médicaments associés, surtout par le soufre, de même l'hyposulfite de magnésium provoque d'importante fixations du salicylate dans le cœur ainsi que les sels de calcium, les plus fortes doses de salicylate de soude sont fixées par le mélange hyposulfite de magnésium + $CaCl^2$.

TONNET (*Soc. Thér.*, 12 décembre 1934) étudie l'action de l'huile soufrée injectable sur l'équilibre protéique du sang des rhumatisants chroniques et des paralytiques généraux. Chez les premiers le soufre semble agir en tant qu'élément soufré (abaissement du taux des protéines élevées vers la normale) et chez les seconds seulement comme élément pyrétogène.

DEDET (*Bull. méd.*, 13 juillet 1935, n° 28, 486), étudie les injections aqueuses de soufre et d'iode dans le traitement des rhumatismes chroniques.

LAFON (*Gaz. méd. de France*, 1er août 1934, n° 14, 701) préconise dans les calcifications préscapulo-humérales les analgésiques, l'iode, le soufre et l'or et la physiothérapie (diathermie, infra-rouges et radiothérapie), le traitement chirurgical reste exceptionnel.

Pour BOUCHUT, RAVAULT et GUICHARD (*J. Méd. de Lyon*, 5 juillet 1934, n° 348, 451) l'association des injections de lait et de l'abcès de fixation mérite une place très honorable dans le traitement des rhumatismes aigus et subaigus à côté du salicylate et des autres médications.

CARRIÈRE (*Soc. Thér.*, 8 mai 1935) préconise le crésotinate de butyle et de propyle dans les douleurs du rhumatisme articulaire aigu et chronique.

Antiseptiques

VIOLLE (*Acad. Sc.* 25 mars 1935) montre le pouvoir bactéricide du ricinoléate de sodium vis-à-vis des bacilles de Koch et des bacilles paratuberculeux, de divers spirochètes pathogènes, en particulier du spirochète de Schaudin. Absence d'action sur les bactériophages qui se rapprochent à ce point de vue de diverses diastases.

MOREL, ROCHAIX, DENARD, PERROT et Mlles DELABORDE, DESSAIGNES et DUMAS (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVII, 445, 1935, CXVII, 257 et 1935, CXIX, 612) poursuivent leurs études sur les pouvoirs antiseptiques et infertilisants du benzène, de quelques uns de ses dérivés halogénés, des acides aminobenzoïques et du sulfate neutre de 8-hydroxyquinoléine.

TOUSSAINT, GŒTZ et VÉRAIN (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVII, 194) ont constaté une activité antiseptique sur les cultures de B. coli plus grande pour l'iodhydrate d'hexaméthylène tétramine éthanol que pour l'hexaméthylène tétramine.

BORDE (*Soc. Méd. et Chir. Bordeaux*, décembre 1934) utilise avec succès comme antiseptiques externes le baume du Commandeur, le brai et la colophane.

GOINARD, Mme MONDZAIN-LEMAIRE et PIÉTRY (*Presse méd.*, 16 janvier 1935, n° 5, 83) étudient les injections antiseptiques intra-artérielles, qui sont aussi simples que les injections intraveineuses et pour eux moins dangereuses pour l'organisme.

HORNUS et HABER (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVII, 656) étudiant l'action de divers corps chimiques sur le virus poliomyélitique *in vivo* et *in vitro* ont constaté que parmi les antiseptiques étudiés, seuls le solganal, l'uclarsyl et le bleu d'isamine ont semblé exercer une certaine action, mais seulement partielle, la poliomyélite évoluant alors beaucoup plus lentement que d'habitude chez le singe.

SAINT-JACQUES (*Gaz. méd. France*, 1er mars 1935, n° 5, 227) et TOURAINE et MÉNÉTREL (*Presse méd.*, 12 décembre 1934, n° 99, 1997) estiment que le traitement anti-infectieux par le carbone intraveineux est d'un emploi facile, d'une innocuité absolue et souvent d'une activité précieuse.

LEFÈVRE (*Thèse Méd. Paris*, 1934) préconise le sulfure de térébenthine pour la désinfection de l'appareil urinaire et le traitement du syndrome entérorénal.

Métaux et métalloïdes

MENEGAUX et ODIETTE (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXIX, 485) montrent que la toxicité d'un métal vis-à-vis des cultures de fibroblastes ou d'ostéoblastes n'est pas augmentée par la présence d'un autre métal. En particulier aucune toxicité n'est conférée aux métaux inertes par leur présence simultanée.

Calcium

LUMIÈRE et BRUN (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 1454) étudient les sels de calcium injectables.

VALATZ (*Progrès méd.*, 6 avril 1935, n° 14, 570) est d'avis que le dosage du calcium dans le sang est délicat et ne permet qu'une précision de 3 à 5 % entre des mains exercées et il insiste sur le rôle important du Ca dans la pathogénie et son efficacité indéniable dans la thérapeutique actuelle.

SCHOFFER (*Thèse Méd. Paris*, 1935) et LŒWENBAUM (*Thèse Méd. Paris*, 1934) étudient le gluconate de chaux en phtisiologie

DECOURT (*Paris méd.*, 1er décembre 1934, n° 48, 449) envisage les indications du calcium et des agents fixateurs ou mobilisateurs du calcium dans les états d'hyperémotivité anxieuse.

Baryum

FONTAN, DERVILLÉE et MANO (*J. Méd. de Bordeaux*, 20-30 août 1934, n° 23, 639) insistent sur le fait que ce sont seulement les sels de Ba solubles dans l'eau qui sont dangereux, le sulfate insoluble n'est pas toxique s'il est pur, l'antidote est le sulfate de soude et de magnésie.

Molybdates d'ammonium et de sodium

CAUJOLLE et ROCHE (*Acad. Méd.*, 16 avril 1935) étudient l'élimination et la localisation des molybdates d'ammonium et de sodium chez le chien, élimination urinaire, biliaire et fécale, accumulation dans le foie et surtout les reins.

Fer

METZGER et HOFFMANN (*Soc. fr. Hématol.*, 5 novembre 1934) rapportent un cas d'anémie hypochrome qui ayant résisté à des quantités modérées de fer administrées en combinaison avec de l'arsenic d'abord et du cuivre ensuite, n'a bien réagi qu'à de fortes doses de fer. Ils insistent sur l'excellent effet produit par ces fortes doses sur la régénération sanguine, l'avantage de cette médication comparée aux résultats obtenus par l'emploi de faibles doses de fer et de cuivre, son innocuité enfin.

DUROUX (*Progr. méd.*, 23 février 1935, n° 8, 313) est d'avis que si le fer ne crée pas le cancer, cependant, chez les sujets prédisposés son déséquilibre dans le sang joint à une altération concomitante de l'hémoglobine engendre dans les tissus des conditions favorables à la formation du cancer.

Plomb

BATHERY, DÉROT et MOLINES (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 26 octobre 1934) ont observé un cas d'intoxication saturnine secondaire à l'ingestion de faibles doses répétées de sous-acétate de plomb. L'intoxication a été caractérisée par du subictère, de l'albuminurie, de la cylindrurie, des troubles discrets de l'équilibre acidosique et des éliminations azotées et chlorurées, l'évolution s'est faite vers la guérison.

LHERMITTE, KULIKOWSKI et TRELLES (*Soc. Neurol.*, 8 novembre 1934) étudient les effets de l'intoxication par le diéthylphosphate de plomb sur les centres nerveux.

Argent

CAYLA (*Soc. Péd.*, 15 janvier 1935) présente un cas d'argyrisme cutané par abus des sels d'argent ingérés pour des troubles intestinaux.

Cobalt

SUTTER (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 994) a observé une hyperglobulie cobaltique chez la souris et la grenouille.

LYON-CAEN et JUDE (*Presse méd.*, 12 janvier 1935, 60) et JUDE (*Thèse Méd. Paris*, 1934) étudient l'intoxication chronique par les composés du manganèse et le parkinsonisme manganique

Urane

BINET et MAREK (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVI, 911) ont obtenu par les injections sous-cutanées de gaz carbonique dans la néphrite expérimentale à l'urane neuf survies sur douze lapins traités.

DEVÈZE (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVII, 1111 et 1113) a constaté que dans l'intoxication uranique le N aminé est principalement responsable de l'élévation du rapport de Derrien. L'excrétion ammoniacale varie avec l'espèce, peu modifiée chez le rat, augmentée chez le lapin et diminuée chez le chien. Chez ces trois animaux excrétion accrue des acides organiques, l'acide lactique prenant la plus grande part à cet accroissement et l'excrétion de l'acide hippurique étant diminuée.

MARTIN et SCICLOUNOFF (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 752), signalent que les lapins intoxiqués au nitrate d'urane et traités avec des solutions glucosées succombent plus précocement que les témoins, mais avec un taux d'urée sanguine inférieur à

celui des témoins. Pas de différences histologiques rénales dans les deux cas. Pas d'augmentation du glycogène tissulaire chez les lapins uraniques traités au glucose.

POLONOVSKI, BIZARD et BOULANGER (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 989) étudient l'ammoniophanérèse au cours des néphrites expérimentales uraniques chez le chien.

Hyposulfite de magnésium

PAUZET et LÉVY (*Soc. Méd. et Chir. Bordeaux*, 5 juillet 1934) et CLÉOTRATE (*Thèse Méd. Paris*, 1934) ont obtenu de bons résultats avec quelques échecs il est vrai dans le traitement des accidents sériques avec l'hyposulfite de Mg.

DECOURT, MEYER et DEMANGE (*Soc. Thér.*, 13 mars 1935) montrent que l'action sédative fréquemment exercée par les solutions d'iodure de sodium sur les algies dites rhumatismales est notablement renforcée par l'adjonction d'hyposulfite de Mg qui ajoute, à celle de l'iode, l'action antirhumatismale du soufre et l'action neuro-sédative du Mg.

Bromure

SPILLMANN et WATRIN (*Ann. Derm.* et *Syph.*, 1934, V, n° 9) apportent un cas curieux de bromides végétantes chez un enfant de six mois dues au passage dans le lait maternel du bromure contenu dans une « poudre anti-épileptique » prise par la mère.

Médicaments divers

Benzol

GOUNELLE et DUMAS (*Soc. fr. Hématol.*, 11 décembre 1934) apportent les observations de quatre femmes intoxiquées par le benzol, 18, 16 et 15 mois auparavant. Malgré le traitement il subsiste encore de l'asthénie, des hémorragies utérines, des poussées purpuriques légères, de l'hypotension, une anémie modérée, une neutropénie, de l'hypoplaquettose à 100000. La réaction réticulocytaire est très faible, le signe du lacet demeure positif dans l'un des cas. Les auteurs insistent sur la longueur de l'évolution des troubles morbides consécutifs à l'intoxication benzolique qui commande une convalescence prolongée.

P. EMILE-WEIL et BENZAQUEN (*Soc. fr. Hématol.*, 5 février 1935) signalent un cas d'anémie aplastique pure d'origine benzolique.

Térébenthine

OUDRIEU (*Thèse Méd. Paris*, 1935) étudiant la valeur thérapeutique des différentes térébenthines au cours de la puerpéralité est d'avis que l'utilisation d'une térébenthine colloïdale permet d'éliminer les inconvénients de cette médication et donne de très bons résultats dans les pyélonéphrites ou les infections pulmonaires consécutives à des embolies survenant au cours de la phlegmatia alba dolens.

BARDERG (*Thèse Paris*, 1935) passe en revue l'intoxication par l'essence de térébenthine. L'inhalation des vapeurs d'essence de térébenthine n'est guère susceptible de provoquer que des accidents légers et passagers. Par contre l'ingestion peut être à l'origine d'accidents plus ou moins sérieux. Les accidents les plus sérieux sont d'origine rénale : néphrite hématurique azotémique, le plus souvent sans œdèmes, avec oligurie. Ces accidents sont à rapprocher de ceux observés à la suite de l'absorption des autres substances balsamiques.

Tétrachlorure de carbone

DERVILLÉE et CASTAGNOU (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVII, 365) montrent que le tétrachlorure de carbone administré au lapin en ingestion à doses élevées peut réaliser une forte hypoglycémie avec parfois manifestations convulsives mortelles.

Nitrite de soude antidote de H^2S

KARASSIK et CHELOKHANOWA (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 23) ont constaté que le nitrite de soude administré avant et après l'intoxication par H^2S possède une valeur préventive et curatrice marquée par suite de la production de méthémoglobine qui, en fixant la substance toxique protège les tissus contre l'action nocive de H^2S.

Apiol

MERCIER et VIGNOLI (*C. R. Soc. Biol.*, 1935, CXVIII, 170) examinant certains apiols n'ont pas observé de parallélisme étroit entre la teneur en apiol théorique et la toxicité de divers échantillons d'apiols.

FOURNET (*Thèse Méd. Paris*, 1935) rappelle que les intoxications par l'apiol sont caractérisées par des troubles psychiques et des contractures, des polynévrites dues surtout au phosphate de tricrésyle, corps associé aux préparations impures d'apiol et de manifestations hépatorénales.

Moranyl

GOLDIE (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, CXVII, 677 et 1935, CXVIII, 38 et 42) étudie l'effet du plasma traité par le moranyl sur la coagulation du sang ainsi que l'influence des composés de la série du moranyl et de leur matière première sur la structure des colloïdes et sur la toxine diphtérique.

PAUTRIER et ULLMO (*Réun. derm. Strasbourg*, 8 juillet 1934), ont obtenu par la germanine et le moranyl des résultats remarquables dans le traitement du pemphigus végétant et des résultats intéressants, quoique moins décisifs dans le pemphigus foliacé.

Mycoses

GOUGEROT (*Concours méd.*, 12 août 1934, n° 32, 2257) distingue au point de vue thérapeutique deux groupes de mycose : les mycoses ioduro-sensibles pour lesquelles il indique toutes les modalités du traitement par le KI, et les mycoses ioduro-résistantes d'un traitement souvent difficile ou l'on devra successivement essayer l'iodure, la radiothérapie, les vaccins, les différents antiseptiques, iode, formol, créosote, etc., la chirurgie enfin dans les cas rebelles.

BRIAULT (*Thèse Méd. Alger*, 1934) étudie le traitement des teignes par l'acétate de thallium en Algérie.

Phythothérapie

Les études phytothérapiques de LECLERC portent cette année sur : la pharmacologie et la sauge (*Presse méd.*, 4 août 1934, n° 62, 1255), le coquelicot (*Id.* n° 68, 25 août 1934, 1347), l'action hypoglycémiante du mûrier noir (*Id.*, 20 septembre 1934, n° 78, 1522), l'action cardiotonique du muguet (*Id.*, 22 septembre 1934, n° 76, 1492), les bourgeons de peuplier (*Id.*, 22 septembre 1934, 1492), le houblon (*Id.*, 20 septembre 1934, n° 84, 1652), le lichen d'Islande (*Id.*, 27 octobre 1934, n° 86, 1692), les bourgeons de pin (*Id.*, 1er décembre 1934, n° 96, 1948), les vertus cardiotoniques du haricot vert (*Id.*, 15 décembre 1934, 2027), la scabieuse comme expectorant (*Id.*, 5 janvier 1935, 32), le cotonnier (*Id.*, 12 janvier 1935, 72), le berberis (*Id.*, 23 mars 1935, n° 24, 480), le sirop de fleurs de pêchers (*Id.*, 18 mai 1935, n° 40, 812).

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Neurologie

Au cours des états méningés aigus, on trouve constamment dans le liquide céphalo-rachidien un élément mononucléé particulier, à côté du lymphocyte et du polynucléaire classiquement décrits. Les caractères cytologiques de cette cellule — basophilie de son protoplasme, ses granulations azurophiles ses grandes dimensions, son noyau unique — le font classer dans la lignée monocytaire.

Il semblerait que l'on puisse trouver dans la caractérisation du monocyte dans le liquide céphalo-rachidien un élément de diagnostic étiologique.

En réalité, les quantités et les proportions relatives des éléments sont trop variables du jour au lendemain dans les états méningés aigus pour y trouver une systématisation utile au diagnostic.

Cependant, lorsqu'on hésite entre le diagnostic de méningite curable ou de méningite tuberculeuse, la prédominance monocytaire sans modifications chimiques du liquide céphalo-rachidien (glycorachie) fera pencher en faveur de la méningite lymphocytaire curable.

La cellule multinucléée semble une atteinte parenchymateuse.

En somme, à l'heure actuelle, lorsqu'on pratique la cytologie du liquide céphalo-rachidien, au cours d'un état méningé aigu on doit s'efforcer de caractériser à côté du polynucléaire et du lymphocyte le monocyte et ses variantes. Il traduit l'état d'acti-

vité défensive de l'organisme. Il doit prendre place à côté des caractères chimiques et cytologiques du liquide céphalo rachidien comme élément de diagnostic et de pronostic des états méningés.

(Joseph Chalier et Pierre-Etienne Martin. Le monocyte dans le liquide céphalo-rachidien au cours des états méningés aigus. *La Presse Médicale*, 16 novembre 1935.)

Tuberculose

Le vaccin B. C. G. est-il inoffensif ? Est-il efficace ? — Une enquête a été ouverte sur ce sujet par *La Vie Médicale*. Voici les conclusions de la réponse de M. le Professeur Leuret :

1° Il est indiscutable que Calmette et ses collaborateurs sont arrivés à créer une nouvelle race de bacilles tuberculeux non nosogènes.

2° Il faut reconnaître que la question de l'innocuité définitive du B.C.G. n'est pas encore complètement résolue, pas plus d'ailleurs que celle de son efficacité, de son étendue, de ses limites.

3° On aurait souhaité voir pratiquer la vaccination du cheptel bovin dans son ensemble avant de généraliser la méthode à tous les enfants.

4° Une mesure d'ensemble d'ordre législatif ou les pressions officielles tendant à généraliser la vaccination au B.C.G. seraient à l'heure qu'il est inadmissibles : seule, la pratique de la vaccination laissée au Corps médical, et sous sa responsabilité, permettra à la longue de dégager la valeur de la méthode.

5° Jusqu'à plus ample information, pesant le pour et le contre, faisant la balance des avantages et des aléas de la méthode, je conclus :

a) La vaccination par le B.C.G. doit être pratiquée chez les enfants indiscutablement exposés du fait de leur entourage à une contamination sévère et inévitable, ou issus de générateurs tuberculeux (aussi bien père que mère) : alors le risque très grand de contamination familiale précoce susceptible d'engendrer des formes de tuberculose du premier âge presque toujours mortelles, doit faire négliger les aléas que comportent encore la possibilité d'une vaccination inefficace ou l'avenir tardif des vaccinés.

b) Pour les mêmes raisons, les adultes non allergiques, exposés, de par leur situation, aux risques d'une contamination sévère, doivent être vaccinés (étudiants en médecine, infirmières, etc.).

c) Les sujets non allergiques, enfants, adolescents ou adultes appelés à vivre dans des collectivités où les contacts avec des tuberculeux sont probables ont encore avantage à être vaccinés.

d) Quant aux nouveau-nés sains, aux adolescents ou aux adultes pour qui le genre de vie rend le contact *journalier improbable* avec des tuberculeux, il ne semble pas qu'il y ait un devoir pour le médecin à conseiller la vaccination.

(Les enquêtes de *La Vie Médicale*. Le pour et le contre sur le B.C.G. *La Vie Médicale*, 25 novembre 1935.)

Le râle crépitant chronique est toujours un indice sérieux d'évolution dans la tuberculose pulmonaire.

On devra continuellement s'en méfier.

Le fait suivant est à retenir :

« Je me rappelle avoir vu une jeune fille ne présentant pas de symptômes accusés de tuberculose à laquelle son médecin d'Arcachon avait donné l'honnête et judicieux conseil de négliger tout essai thermométrique car sa température était presque nulle avec un très bon état général depuis deux ans. Elle engraissait à force de chaise-longue et menaçait de devenir comme une femme turque. Seule l'auscultation révélait l'existence de râles crépitants à un sommet.

Je ne pus que ratifier l'opinion de mon confrère d'Arcachon ; or, cette jeune fille faisait peu après son retour, aux environs de Paris, une méningite tuberculeuse dont elle mourait, témoignant ainsi de l'activité de sa tuberculose. Méfions-nous donc du râle crépitant le plus inoffensif et de toute crépitation, même apyrétique. »

(A. Jousset. De la valeur du râle crépitant dans la tuberculose pulmonaire. *La Presse Médicale*, 31 août 1935.)

La néphrectomie n'est pas, en principe, contre-indiquée dans la tuberculose rénale unilatérale. — Trois malades, assez gravement atteints du côté pulmonaire, ont très bien supporté la néphrectomie. Depuis quinze ans, un autre depuis onze ans, sont dans un état de santé satisfaisant, et semblent guéris de leurs lésions pulmonaires. Sans la néphrectomie l'évolution de la maladie n'aurait pas été la même.

Cinq autres malades, dont les lésions pulmonaires plus ou moins importantes, étaient évidentes, ont été néphrectomisés pour tuberculose. Un seul est mort, six mois après l'intervention, d'anurie par néphrite aiguë. Un de ces malades, qui avait des lésions pulmonaires assez diffuses, a donné quelques jours après l'intervention, de sérieuses inquiétudes, mais cette aggravation de l'état pulmonaire s'est améliorée à tel point que le malade engraissait et son séjour prolongé à l'hôpital n'était dû qu'à la persistance de la cystite.

Les trois autres avaient des lésions pulmonaires en voie de cicatrisation et ont guéri, sans aucune complication pulmonaire à la suite de leur néphrectomie.

La néphrectomie remplit un double but : elle supprime le foyer rénal et favorise la guérison du poumon. Ses contre-indications tiennent à la gravité des lésions pulmonaires, à l'existence d'autres localisations tuberculeuses viscérales ou ostéo-articulaires et enfin à l'insuffisance fonctionnelle de l'autre rein.

(Félix Marsan. Les limites de la néphrectomie dans la tuberculose rénale unilatérale associée à la tuberculose pulmonaire. *Le Bulletin Médical*, 23 novembre 1935.)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Thérapeutique

Par tradition nous dirigeons nos efforts surtout contre le germe infectant ; les circonstances veulent que la plupart du temps ce soit la bonne technique et que ce mode de traitement soit efficace ; de temps en temps toutefois nos échecs thérapeutiques nous rappellent qu'à côté du germe infectant il y a le terrain et que nous avons tort de l'oublier.

« Une même lésion a des conséquences différentes, suivant que le terrain a ou n'a pas été modifié par une cause fortuite. Tout le monde connaît la vaccination et l'influence de l'injection préparante dans l'anaphylaxie. L'influence du diabète sur l'évolution des plaies est classique. Mais on connaît peut-être un peu moins bien déjà la lenteur et la difficulté avec lesquelles se font les cicatrices chez les tuberculeux, ainsi que la facilité avec laquelle les suppurations se stabilisent à l'état chronique chez les syphilitiques. C'est là une notion théorique bien acquise. Mais, en pratique, on y pense moins.

« Or, s'il en est ainsi pour des modificateurs du terrain aussi importants que la tuberculose ou la syphilis, on pensera beaucoup moins encore à des facteurs plus fortuits, comme une inoculation préalable de protéine par exemple. »

Les suppurations, développées sur des foyers de contusion, montrent beaucoup de mauvaise volonté à se tarir. Lors de la contusion il y a destruction tissulaire et capillaire ; il y a passage dans les humeurs de sucs de tissus et d'hémoglobine ; ce ne sont pas des protéines étrangères à l'organisme, mais elles ne s'y trouvent pas normalement dans le torrent circulatoire.

Partant de cette hypothèse on a traité ces malades par des injections d'auto-sang laqué et on a eu l'heureuse surprise de voir la suppuration se tarir.

La technique du traitement est extrêmement simple. On aspire dans une seringue de 10 ou 20 c. c. quelques gouttes d'éther, puis un demi-volume (5 ou 10 c.c. suivant les cas) d'eau distillée ou d'une solution saline hypotonique ; on agite l'eau et l'éther ; tenant la seringue, l'aiguille en l'air, on chasse l'excès d'éther. Par une ponction veineuse, on achève de remplir la seringue au moyen du sang du malade ; on mélange, les globules sont immédiatement lysés. On injecte rapidement, en un ou plusieurs points, sous la peau et dans les muscles, autour de la région malade. Quatre ou cinq jours plus tard, on pratique une seconde injection dans les mêmes conditions.

(O. Coquelet. L'autohémothérapie dans certaines formes de suppurations allergiques. *Scalpel*, 3 août 1935.)

L'aurothérapie n'est pas aussi dangereuse qu'on le

prétend, puisque, sur un total de 35 malades traités avec 246 grammes en 1.260 injections, il n'y a eu aucun incident à signaler.

D'autre part elle n'est pas aussi efficace que l'ont dit certains optimistes. Sur 35 cas on compte cinq guérisons, douze améliorations, huit légères améliorations, trois états stationnaires, six aggravations.

Il y a deux éléments très importants, ce sont l'ancienneté de la lésion et sa forme anatomo-clinique.

Le traitement doit être individuel ; il faut évoluer entre 0,05 gr. et 0,50 gr.

(Ezequial A. Paz. Resultados obtenidos con « auroterapia » en la tuberculosis pulmonar del adulto. *Semana Medica*, 13 juin 1935.)

L'iodinjectol (iodure de formine benzosodique salicylé) a été employé dans les affections rhumatismales avec les résultats suivants :

Nombre total de malades : 69.

Echec	5	(7 %)
Légère amélioration	8	(12 %)
Amélioration	14	(20 %)
Forte amélioration	15	(22 %)
Guérison	27	(39 %)

Ces cas se répartissent ainsi :

Arthrites, 8 ; arthroses, 5 ; arthrites secondaires, 10 ; arthralgies, 10 ; névralgies, 10 ; sciatiques, 9 ; rhumatisme musculaire, 8 ; lumbagos, 10.

Ce sont les formes arthralgiques, névralgiques, sciatiques musculaires et lombalgiques qui semblent avoir été les plus influencées par le traitement.

Anibal Ruiz Moreno et Antonio Cermesoni. Resultados immediatos del tratamiento de affecciones reumaticas por el yoduro de formina benzosodico salicilado aplicado por via intramuscular. *Semana Medica*, 13 juin 1935.)

« Le médicament spécifique du rhumatisme n'existant pas, et étant d'ailleurs une véritable utopie, nous voyons surgir chaque jour des idées neuvelles et, comme corollaire de ces idées, nous voyons lancer sur le marche quantité de produits nouveaux qui nous sont présentés comme des panacées universelles. »

Le rheumasédan, préparé en Belgique par les laboratoires Optima, utilise l'action uricolytique et cholérétique de l'acide phénylchinolique carbonique, combiné à l'action analgésique d'une diméthyl-pyrazolone et de l'acide diéthylbarbiturique.

L'uricure, des laboratoire Seclo, utilise l'action antigoutteuse du salycilate de colchicine, l'effet uricolylique du carbonate de lithine et l'effet spécial de la salicylamide, analgésique et fébrifuge.

La lyxanthine combine l'iode propanol sulfonate de sodium, donc le soufre et l'iode, à la lysidine qui est un solvant des corps puriques et au gluconate de chaux.

Il résulte, de ce qui précède, que l'effort des laboratoires nous offre chaque jour des ressources nouvelles dans le traitement du rhumatisme, mais que la condition primordiale, pour obtenir un succès, est le diagnostic exact du cas ; chaque médicament connaîtra des succès s'il est appliqué au cas qui relève de ses possibilités.

(J. Michez. Quelques médicaments nouveaux des rhumatismes. *Annales de médecine physique et de physio biologie*, 1935, fasc. 5.)

La malariathérapie a de nombreuses contre indications sur lesquelles on n'insiste point assez.

Ce sont, pour citer les plus importantes, l'état général précaire, la tuberculose, les hémoptysies, l'alcoolisme chronique, les cardiopathies mal compensées, les néphrites, le mauvais fonctionnement hépatique, la sénilité avancée, l'artériosclérose, l'hypertension artérielle, le diabète, l'obésité, la grossesse à partir du sixième mois.

La malariathérapie n'est pas une panacée en psychiatrie. Les résultats sont nuls dans differentes psychoses, demence précoce, confusion mentale, mélancolie, etc..)

(A. P. Quaranta et A. Pujadas. Complicaciones de la malarioterapia. *Revista Argentina de Neurologia y psiquiatria*, fevrier 1935).

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 février 1936

Allergie curable réalisée avec des bacilles tuberculeux et morveux, morts enrobés dans la paraffine ; pouvoir vaccinant des bacilles de Koch ainsi préparés. — *M. Coulaud.* — L'injection sous la peau des animaux de laboratoires de bacilles tuberculeux tués enrobés dans la paraffine solide, détermine chez des animaux un état allergique très intense qui paraît durer plusieurs années.

Si l'on procède d'une façon identique avec des bacilles morveux, qui ne sont pourtant pas acido-résistants, les animaux deviennent également allergiques et réagissent à la malléine.

Les animaux ayant reçu des bacilles tuberculeux ainsi préparés se montrent vaccinés dans une large mesure vis-à-vis des infections d'épreuve.

L'érosion ponctuée des ongles. — *M. Milian.* — Il s'agit d'une érosion cupuliforme, ayant les dimensions d'une tête d'épingle et qui est due à des lésions minimes de la matrice unguéale, et non à des troubles trophiques généraux comme les raies transversales des ongles.

De multiples maladies cutanées peuvent les produire : l'eczéma, le psoriasis, le lichen plan à la condition qu'il y ait des lésions sur la peau.

Ces érosiens peuvent être spontanées, dans la syphilis. C'est en cela que l'érosion ponctuée a une valeur considérable pour le diagnostic de la syphilis. D'autant plus que le Wassermann étant négatif, ce signe peut exister et persister parfois pendant six mois. Le stigmate persistant indique que la syphilis n'est pas guérie.

L'érosion ponctuée peut s'observer sur un ou plusieurs ongles.

La vinification. — Rapport. *M. Tanon* dépose le rapport qui avait été demandé à l'Académie par le ministre au sujet de l'addition de différents produits au cours de la vinification.

La question de l'introduction de ferrocyanure de potassium pour la clarification amène une discussion très animée.

M. Gabriel Bertrand fait d'abord des objections au point de vue chimique.

M. Marion combat cette addition en se plaçant au point de vue de la qualité qui doit être recherchée d'abord par les vignerons et à laquelle tiennent avant tout ses compatriotes de Bourgogne.

M. Perrot s'associe aux déclarations des deux orateurs précédents.

M. J.-L. Faure est favorable à l'emploi des clarificateurs et il expose la question avec l'autorité que lui donne une longue expérience personnelle.

M. Laubry est sans réserve de l'avis de M. Marion. Après avoir encore entendu MM. Delbet, Tanon, Tiffeneau, Lapicque et Pouchet, l'Académie adopte la résolution suivante :

« L'Académie, s'en tenant aux principes qui ont toujours été défendus dans son enceinte, propose de répondre qu'elle continue à s'opposer à l'addition de toute substance même inoffensive étrangere à la composition naturelle des aliments »

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux associés étrangers, en remplacement de L. Morquio et du baron L. Frédéricq, décédés.

Les candidats étaient ainsi classés. En première ligne, Sir Thomas Barlow (de Londres), et le professeur Alessandri, de Civito Vecchia (Italie).

En seconde ligne et par ordre alphabétique : MM. Demoor (de Bruxelles), de Quervain (de Berne), Sir H. Rolleston (d'Haslemere), Salimbeni (d'Acquapendante).

Au premier tour de scrutin, Sir Thomas Barlow, et le professeur Alessandri ont été elus.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 20 décembre 1935

Un nouveau cas de scaphoïdite tarsienne de l'enfant. — *MM. R. Chureau* (de Châtillon-sur-Seine), *Gueneau* et *Detouillon* communiquent l'observation d'un enfant de 7 ans présentant de la douleur du pied gauche avec tuméfaction de la face dorsale au niveau du scaphoïde. L'examen radiographique a montré l'aspect classique (opacité et aplatissement) de la scaphoïdite tarsienne de l'enfant. Les auteurs étudient les divers points de cette affection assez rare.

Cancers du col après hystérectomie subtotale. — *M. P. Séjournet* communique une observation de cancer du moignon survenu cinq ans après hystérectomie subtotale pour salpingite et une seconde où le cancer est apparu deux ans après un cancer du corps opéré, pour des raisons de technique, en subtotale. Il oppose les cancers du moignon dits primitifs ou tardifs, aux cancers dits secondaires ou précoces. Ceux-ci, souvent méconnus (l'auteur en apporte deux exemples) sont interprétés comme traduisant l'évolution d'un néoplasme existant déjà au cours de l'opération initiale, mais le cancer peut n'être qu'en gestation, non décelable par les moyens d'investigation actuels. Contrairement à l'opinion courante, acceptée par les chirurgiens, le cancer du moignon est une complications que les radiumthérapeutes estiment à 5 % de l'ensemble des cancers du col : elle est donc relativement fréquente. Cette notion de fréquence, encore peu répandue, jointe à la gravité du pronostic chirurgical et à la résistance au radium, conduit l'auteur à se demander si l'hystérectomie subtotale doit continuer à rester une opération d'exception et si, en particulier pour le fibrome, elle ne doit pas laisser la place à l'hystérectomie totale.

Etudes électriques et métallographiques en vue de l'ostéosynthèse. — *M. Masmonteil* a étudié le potentiel électrique de certains métaux et, plus particulièrement des alliages susceptibles d'être utilisés pour la fabrication du matériel d'ostéosynthèse. Or, il a remarqué que tous les métaux et alliages favorables à l'ostéosynthèse avaient une tension électrique voisine de celle de l'os ou même inférieure à elle ; tandis que les métaux nocifs ont une tension électrique supérieure à celle de l'os. Il a pu faire ainsi un choix qui, sensiblement, correspond à celui que *Menegaux* avait obtenu en partant de la méthode biologique des cultures osseuses. Cette coïncidence des résultats est déjà un fait intéressant, et elle souligne l'importance de la nature du métal, du point de vue de la tolérance de l'os envers la prothèse.

Mais la nature du métal n'est pas seule en cause ; sa structure ne doit pas être altérée par des manœuvres d'écrouissage ; l'auteur montre, par des clichés métallographiques, ce que les traitements thermiques et mécaniques peuvent produire comme bouleversement au milieu des pièces de prothèse, créant ainsi dans leur épaisseur, des zones hétérogènes, origine des corrosions.

La prothèse doit donc être homo iso-électrique, c'est-à-dire avoir une constitution homogène et une tension électrique voisine de celle de l'os.

Assemblée Générale

Allocution du président sortant, M. PEUGNIEZ ;
Allocution du secrétaire général, M. Charles BUIZARD ;
Rapport du trésorier, M. BURTY.

Elections. — Le Bureau de la Société est ainsi constitué pour 1936 : président, M. TREVES, vice-président, M. PLANSON, secrétaire général, Ch. BUIZARD, secrétaire général adjoint, Raphaël MASSARD, trésorier M. BURTY.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 janvier 1936

Importance de la recherche du bacille de Koch dans le contenu gastrique. Déductions concernant le pronostic et la prophylaxie de la tuberculose chez l'enfant. — *MM. E. Lesné, A. Saenz, G. Dreyfus-Sée, C. Launay* et *M. Salambiez* ont pratiqué chez trente-cinq enfants de moins de 10 ans porteurs de formes variées de tuberculose pulmonaire la recherche des bacilles de Koch dans le liquide de lavage gastrique. Ces examens ont tous été faits suivant la technique minutieuse (simultanément inoculation à l'animal et culture) décrite antérieurement par A. Saenz et ont comporté une recherche attentive par le simple examen direct.

Les résultats ont été les suivants :

Les enfants de moins de 3 ans chez qui la tuberculose comporte un pronostic particulièrement sévère, ont dans une forte proportion de cas du bacille de Koch dans l'estomac ; cette proportion est d'autant plus grande que l'enfant est plus jeune, et l'examen direct du liquide gastrique révèle la présence du bacille dans les deux tiers des cas : il s'agit évidemment de lésions très bacillifères. Certes, les enfants à cet âge toussent peu et ne crachent pas, on ne peut cependant nier la possibilité, au cours de secousses de toux, si rares soient-elles, d'une projection de bacilles de Koch avec les souillures salivaires et le mucus rhino-pharyngé. De plus, la persistance de bacilles dans le pharynx, démontrée par Lesné et Langle chez 70 % des nourrissons tuberculeux pose la question du contage par l'intermédiaire d'une tétine, d'une cuiller, d'un jouet.

La haute gravité de la tuberculose avant trois ans, l'impérieuse obligation où se trouve le médecin d'en supprimer la possibilité doit donc conduire à isoler complètement les enfants ayant des cuti réactions positives.

Toute collectivité d'enfants recevant des enfants de moins de 3 ans doit donc : soit comporter deux groupes distincts et isolés l'un de l'autre, soit réunir seulement les enfants appartenant à l'un ou l'autre groupe (cuti positive ou cuti négative). Ces règles devraient être applicables dans toute leur rigueur aux pouponnières, crèches, préventoria, centres de placement pour nourrissons.

Chez les enfants de plus de 3 ans, il est remarquable que, chez tous les enfants en état de primo-infection, il a été trouvé par un seul examen des bacilles de Koch dans le liquide gastrique, mais seulement par les méthodes de recherche les plus minutieuses ; l'examen direct a toujours été négatif ; de tels sujets bien que très peu bacillifères, sont cependant capables de projeter par intermittence quelques bacilles de Koch.

Le diagnostic clinique et radiologique de la primo-infection récente impose donc la séparation de ces enfants d'avec les sujets réceptifs aussi bien dans le milieu familial qu'à l'école ou en préventorium.

Par contre, ces jeunes malades ne doivent pas être soumis à la surinfection que comporterait le séjour sanatorial avec contact de tuberculeux cavitaires expectorant en abondance des crachats bacillifères. Ils représentent donc une classe de malades pour lesquels des sanctions spéciales doivent être prévues dans les établissements de cure, de façon à leur éviter le contact des bacillaires graves et à ne pas les réunir avec les sujets sains. Ils doivent être éliminés strictement des organisations recevant des sujets fragiles à cuti-réaction négative.

Au contraire, des enfants à cuti-réaction positive, ne présentant pas de signes cliniques ni radiologiques de lésion évolutive, tels que les enfants avec réaction hilaire légère, calcification, etc., ont un liquide gastrique qui ne renferme pas de bacilles. Ils pourront donc, comme par le passé, être considérés comme non-contagieux : les établissements recevant des sujets à cuti-réaction négative pourront ne pas prévoir l'élimination de ce groupe d'enfants.

Intérêt de la recherche du bacille tuberculeux dans le contenu gastrique pour le diagnostic précoce du début de la tuberculose chez l'enfant. — *MM. R. Debré, A. Saenz, R. Bron* et *Costil.*

A propos d'un cas d'angiomatose hémorragique (maladie de Rendu-Osler). — *MM. M. Duvoir, L. Pollet, H. Bouley* et *E. Ornstein* rapportent une observation de maladie de Rendu-Osler qui tire son intérêt de trois ordres de constatations : 1° l'absence de toute notion héréditaire connue ; 2° la discrétion des troubles sanguins qui donnent cependant une note hémogénique ; 3° la coexistence d'une déficience hépatique modérée mais manifeste.

A ce sujet, les auteurs discutent les trois hypothèses possibles sur la coexistence des troubles hépatiques et vasculo-sanguins : soit coexistence fortuite, soit interdépendance pathogénique, soit cause commune unique. Ayant observé un autre cas d'hémangiomatose développée sous leurs yeux pendant l'évolution d'un cancer secondaire du foie, ils ont tendance à se rallier à l'origine hépatique habituelle de la maladie de Rendu-Osler, que l'altération du foie soit évidente ou encore peu apparente, sans nier cependant la possibilité d'altérations vasculaires primitives dans certains cas.

Lipodystrophie progressive. — *MM. J. Decourt, Guillemin* et *M. Demange.*

Un cas de diabète insipide avec glycosurie. Traitement par les ondes courtes sur la région hypophyso-tubérienne. — *MM. Drouet, Vérain, Grandpierre* et *Pierquin* rapportent l'observation d'un malade présentant un syndrome infundibulo-tubérien avec polyurie et glycosurie, d'origine traumatique.

L'intérêt du cas réside, d'une part, dans le déséquilibre glyco-régulateur qui semble s'être fait dans le sens de l'abaissement du seuil du sucre et, d'autre part, dans les effets très nets et suffisamment durables du traitement par les ondes courtes sur la région hypophyso tubérienne.

La diurèse est redevenue normale puis a remonté légèrement et la glycosurie a disparu.

La tension rachidienne des hypertendus artériels. — *MM. Riser* et *Planques* (Toulouse) montrent que chez quatre-vingt-dix hypertendus artériels permanents, explorés d'une manière assez complète, on peut distinguer deux groupes très différents.

I. Le premier comporte cinquante-quatre sujets chez qui les deux autres pressions, veineuse et rachidienne, sont normales.

Un sous-groupe de sept malades sera celui des cas limites, à pression rachidienne augmentée de 1 à 3 c.c. ; la pression veineuse demeure normale. En bonne logique, on ne peut que rapporter ces cas aux précédents.

II. Les vingt-sept malades qui restent ont une hypertension rachidienne certaine, au-dessus de 23 en position couchée.

La pathogénie de cette hypertension crânio-rachidienne est complexe :

a) On ne saurait incriminer l'hypertension artérielle proprement dite ;

b) L'hypertension veineuse, chez quinze d'entre eux, est patente, et commande à elle seule l'hypertension crânienne ;

c) Dans les autres cas, la tension rachidienne étant élevée, la pression veineuse normale, mais on mettrait alors en évidence des œdèmes, de la rétention chlorée et azotée ;

d) Dans quatre cas, il y avait des lésions artéritiques en foyer, par maladie. On sait que le ramollissement, par les troubles circulatoires locaux et la réaction méningée qu'il détermine pendant un certain temps, peut être générateur d'hypertension crânienne passagère ;

e) Enfin, dans deux cas d'un extrême intérêt, l'hypertension crânio-rachidienne n'était le fait d'aucun des facteurs précédents qui ont été éliminés les uns après les autres, mais de « tumeurs » cérébrales vérifiées.

Dans ces derniers cas, l'examen oculaire à lui seul, n'a pas permis le diagnostic.

Méningo-encéphalite mélitococcique tardive avec spasmes sylviens et épisodes psychiques. — *MM Henri Roger, Jean Pieri* et *Bouet* (de Marseille) relatent le cas suivant: trois mois après la guérison d'une fièvre ondulante ayant duré huit mois, un ouvrier des abattoirs se plaint de céphalées et de crises répétées de paresthésies brachio-facio-linguales droites avec aphasie. La ponction lombaire décèle une hypercytose à 160 éléments par mm.c. avec hyperalbuminose à 0,80, contrastant avec l'absence de signes méningés cliniques. Le séro-diagnostic de Wright est nettement positif dans le liquide céphalo-rachidien. Trois épisodes psychiques compliquent le tableau clinique à type de sub agitation, de désorientation et de zoopsie : le premier de ces épisodes s'accompagne d'une hémiparésie droite transitoire. Le seul signe intercalaire consiste en une hypoacousie.

Septicémie à « proteus vulgaris ». — *MM. Pr. Merklen* et *A. Jacob.*

Séance du 31 janvier 1936

Mycose pulmonaire à forme de tumeur primitive. — *MM. Michel Léon-Kindberg, Maurice Paret* et *Henri Netter* rapportent l'observation d'un homme de 41 ans, présentant depuis dix-huit mois un syndrome constitué par une dyspnée croissante, une toux quinteuse et un amaigrissement progressif. Il existait un gros foyer de la base gauche avec réaction pleurale. Pas de tuberculose. Toutes les possibilités étaient en faveur d'un cancer primitif du poumon, après lipiodol, on vit se dessiner une vaste poche sans aucune arborisation bronchique. Il s'agissait donc de cancer cavitaire. L'autopsie semble confirmer partiellement ce diagnostic : tumeur squirrheuse du lobe inférieur gauche, avec nodules métastatiques sous la plèvre, au lobe supérieur, dans les ganglions bronchiques, le foie et la rate. Mais il n'existait aucune cavité, et malgré qu'aucune fistule ne fut décelable, on admit l'injection d'une logette pleurale. Le fait, curieux en lui-même, valait d'être signalé. Mais les examens histologiques de vérification renversèrent du tout au tout ces hypothèses : il n'y avait nulle part trace de cancer ; il s'agissait d'une tumeur mycosique (due à un « aspergillus ») et les « métastases » s'avéraient de même nature.

Le fait est sans doute unique : les mycoses pulmonaires sont toujours décrites comme « pseudo-tuberculeuses ». Mais étant donné la quasi-certitude à laquelle clinique et nécropsie aboutissaient, il est possible que d'autres cas aient passé inaperçus faute de vérification.

Il faudra donc toujours rechercher la mycose devant une « tumeur » pulmonaire. Peut-être la culture des produits obtenus au bronchoscope sera-t-elle d'un grand secours dans cette enquête. En tout cas, il convient de moins s'arrêter qu'il n'est classique de le faire devant les craintes d'un traitement par l'iodure qui pourra pour quelques malades apporter un salut inespéré.

Tuberculose consécutive à une suppuration pulmonaire. — *MM. Michel Léon Kindberg* et *H. Blinder* montrent que les rapports directs entre abcès et tuberculose pulmonaires peuvent être classés en deux groupes : dans un certain nombre de faits, c'est le terrain, général et local, qui paraît modifié et une tuberculose banale se développe plus ou moins longtemps après l'évolution ou la guérison de l'abcès (Sergent). Dans d'autres, il semble que l'abcès, par son processus destructeur, agisse directement sur un ancien foyer tuberculeux, abortif ou latent, et provoque « l'explosion » d'une tuberculose souvent grave (Léon-Kindberg). C'est un cas de cet ordre, très nettement démonstratif, que les auteurs rapportent. Plusieurs points sont à souligner : 1° l'abcès s'est développé à la suite d'une intervention pour sinusite suppurée et une radiographie a pu en montrer la naissance par noyaux disséminés de type broncho-pneumonique, alors que rien ne le décelait encore en clinique ; 2° on a pu préciser la date de l'évolution tuberculeuse par l'examen répété des crachats d'une part et d'autre part, par le fait de la contamination d'une sœur jusque-là indemne (primo-inoculation à type de typhobacillose et érythème noueux).

Les auteurs qui ont réuni toute une série de cas analogues, insistent sur leurs conséquences pratiques : devant un abcès du poumon, nécessité de songer à chaque instant au dépistage d'une tuberculose imprévue, intérêt d'une convalescence prolongée du type de la cure diététo-hygiénique. Les indications chirurgicales n'en sont que plus délicates. S'il n'y a pas lieu d'hésiter devant les données aujourd'hui classiques, des réserves prudentes devront toujours être faites.

M. Ameuille rapporte un cas d'abcès pulmonaires à répétition. L'intervention étant décidée, on pratique une ponction de l'abcès sur la table. L'opération est suivie de décès. A l'autopsie, on ne trouve pas trace de tuberculose évolutive, mais l'examen du pus prélevé lors de la ponction a cependant révélé la présence de bacilles de Koch virulents qui tuberculisent le cobaye (tuberculose type Villemin). Le bacille de Koch dans ce cas n'a joué qu'un rôle de surinfection.

M. Armand-Delille a constaté chez des nourrissons l'existence de masses caséeuses plus ou moins volumineuses pouvant s'évacuer par vomiques.

M. Lemierre distingue les cas d'abcès pulmonaires semblant se tuberculiser secondairement et ceux dans lesquels les bacilles de Koch se trouvant dans un foyer latent sont lysés par le processus abcédant et retrouvés dans l'expectoration.

Deux cas de lipodystrophie. Etude humorale. — *MM. Jacques Decourt, J. Guillemin* et *M. Demange* rapportent deux observations de lipodystrophie du type Barraquer Simons, avec disparition complète du tissu graisseux sous-cutané dans la moitié supérieure du corps et accumulation excessive de graisse dans la moitié inférieure. Dans l'un des cas, d'installation déjà ancienne, l'étude humorale a fourni des résultats entièrement normaux. Dans l'autre cas, récemment constitué, il existait au contraire une augmentation considérable des lipides et du cholestérol total du sérum, avec diminution du cholestérol estérifié. Les auteurs discutent la signification de ces anomalies humorales.

Diagnostic bactériologique de la tuberculose pulmonaire par la recherche du bacille dans le contenu gastrique. — ***M. P. Armand-Delille*** a été heureux de constater par les importantes communications de MM. Debré et Saenz, Lesné et Saenz, l'intérêt que portent maintenant les pédiatres et les phtysiologues à la méthode dont l'idée première revient à H. Meunier mais qu'il a employée systématiquement depuis 1925, mise au point par son élève Vibert et préconisée dès 1927. Cette méthode a été contrôlée par de nombreux travaux étrangers.

Il publiera prochainement dans la thèse de son élève Kerambrun le relevé de ses investigations depuis dix ans.

Dans ces dernières années, les résultats obtenus ont été les suivants : sur 52 cas de tuberculoses ulcéreuses : 52 résultats positifs soit 100 % ; sur 50 cas d'infiltrations positives : 38 positifs soit 76 % ; sur 17 cas de granulie : 9 positifs soit 53 % ; dans la primo-infection des nourrissons, sur 43 cas de formes évolutives : 22 % positifs soit 52 % ; au contraire, chez 185 enfants envoyés pour diagnostic mais présentant des images thoraciques normales, dont 150 avaient une cuti-réaction positive, un seul cas de bacille positif.

Dans les cas douteux et négatifs, il a préconisé depuis longtemps l'inoculation au cobaye et dès 1926 il avait essayé l'ensemencement sur Pétroff mais sans bons résultats à cette époque.

Depuis les travaux de Saenz et Costil, il a adopté l'emploi systématique de l'ensemencement sur Lœwenstein suivant leur technique et en même temps l'inoculation. Dans plusieurs cas le Lœwenstein s'est montré plus sensible que le cobaye, dans certains cas cependant le cobaye seul a donné une réponse positive ; il insiste donc sur la grande sensibilité que le perfectionnement de Saenz et Costil donne à la méthode.

A propos des syncopes au cours d'affections digestives. — ***M. Gutmann*** pense que les syncopes observées au cours de phénomènes digestifs ne sont peut-être que l'expression d'un choc vagotonique. Il rapporte à ce propos deux observations démonstratives.

La première concerne un malade atteint d'appendicite chronique qui, au cours de la recherche d'une douleur provoquée sous l'écran, fit une crise convulsive typique avec cri, chute, perte de connaissance, perte des urines et amnésie consécutive. Pendant la crise, l'auteur constata une bradycardie à 28. Le malade fut suivi pendant treize ans et aucune modification du pouls ne fut observée pendant cette période.

La seconde observation est celle d'un colitique qui présentait des pertes de connaissance au cours de ses crises intestinales.

La recherche du réflexe oculo-cardiaque déclencha une crise convulsive.

Ici encore, depuis six ans, le malade n'a jamais présenté de phénomènes nerveux.

Il semble donc bien que l'on puisse rapporter ces accidents à un choc vagotonique chez ces digestifs à système vagotonique particulièrement sensible.

Michelle Zagdoun-Valentin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 janvier 1936

Rhumatisme blennorragique. Traitement par l'association infra-rouge. Massage. — ***Mme Delaplace*** et ***M. C. Piffault*** montrent l'utilité de l'adjonction du massage aux rayons infra-rouges dans le traitement du rhumatisme blennorragique pour diminuer la durée du dysfonctionnement.

Un électro-cardiogramme à morphologie variable avec projections. — ***M. A. Pruche*** projette une série d'électrocardiogrammes appartenant tous à un même sujet cliniquement et radiologiquement exempt de toute affection cardio-vasculaire. Au repos, l'électro-cardiogramme est tantôt normal, tantôt présente l'aspect dit de « bloc de branche ». Cette altération du tracé est strictement limitée à la dérivation I ; la morphologie des autres dérivations demeure constamment normale. En dérivation I, il est arrivé de recueillir deux tracés à cinq minutes d'intervalle : le premier est un bloc de branche, le second est normal.

D'autre part, trois tracés ont été pris, à quelques jours de distance, pendant la compression des globes oculaires ; ces trois électro-cardiogrammes n'ont entre eux aucune analogie et semblent appartenir à trois sujets différents. L'auteur se garde de tirer des conclusions ; il se borne à exposer des faits, à apporter sa contribution à l'étude du polymorphisme de certains électro-cardiogrammes.

Un cas de grande hypertrichose du visage chez une jeune femme de 20 ans. Son traitement par l'électro-coagulation. — ***Mlle A. Prost*** présente l'observation d'une malade atteinte de cette affection qu'elle a traitée et guérie par cette méthode. L'auteur donne à ce sujet des indications sur la technique employée pour détruire cette véritable barbe sans laisser de traces.

L'anesthésie électrique, ses caractères. — ***M. R. Grain*** prenant comme exemple la dysphagie douloureuse de la laryngite tuberculeuse, précise les caractères très douloureux de l'anesthésie électrique. Elle est instantanée : fidèle, totale, progressive et stable.

La transfusion sanguine dans le traitement de l'urémie. — ***MM. A. Grimberg*** et ***Kerckhove*** apportent l'observation d'un malade dont la crise d'urémie aiguë a été complètement enrayée par des transfusions sanguines suivant des saignées. Le malade a pu se lever le dix-septième jour.

La diathermo-coagulation est le seul traitement du nævo-carcinome. — ***M. Marcel Joly*** déconseille formellement topiques, caustiques, cautère, chirurgie, radiations lorsqu'une tumeur cutanée présente la moindre trace de mélanine : seule la diathermo-coagulation est de mise.

G. Luquet.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Furoncles de la lèvre supérieure et radiothérapie

M. Didiée (*S. de m. milit. fr.*, 12 déc. 1935) signale les bons effets obtenus avec la radiothérapie dans sept furoncles de la lèvre supérieure et en préconise l'emploi systématique, au prix, s'il le faut, d'une évacuation sur un centre spécialisé. Les résultats obtenus sont remarquablement constants même dans les cas les plus graves. Généralement une seule séance suffit. Les doses à administrer doivent être faibles.

L'importance des vitamines dans le traitement des plaies

M. de Reffy, de Budapest (IXe *C. int. de Derm. et de Syph.*, 1935) concluant de ses travaux que la vitamine A a une action antiseptique, la vitamine E une action favorable sur la multiplication cellulaire, préconise l'emploi des onguents vitaminés A et E pour cicatriser les plaies infectées.

Kératite trophique guérie par vitaminothérapie locale

Une malade âgée, présentant une kératite torpide, a été rapidement guérie dès que furent instituées des instillations de collyre contenant la vitamine A. (H. Villard, H. Viallefont et E. Diacono. *S. des S. M. et B. de Montpellier*, avril 1935.)

Un cas de réinfection syphilitique

A la Société de médecine militaire française (10 octobre 1935), MM. Jame et Dubarry ont rapporté l'observation d'un sujet qui, neuf ans après une syphilis primaire authentique énergiquement traitée, sous le contrôle des examens du sang et du liquide céphalo-rachidien, présenta une lésion ayant tous les caractères d'un accident primitif de réinfection.

Transmission de la syphilis par voie sanguine

Une transfusion du sang de sa mère, est pratiquée, chez une fillette. Le sang maternel n'avait pas été contrôlé. Deux mois et demi après la fillette était atteinte de syphilides généralisées avec adénopathie multiple, sans porte d'entrée. La mère ignorait qu'elle avait la syphilis. Son Wassermann était positif, des accidents secondaires apparurent chez elle quelques jours après la transfusion. (Périn. *Soc. fr. de dermat et de syph.*, 6 juin 1935).

Diabète insipide consécutif à une entorse tibio-tarsienne

Chez un sujet de 17 ans, M. Lhermitte Ménier et Gauthier *S. de Neur.*, 4 juillet 1935), ont vu apparaître un diabète insipide, deux jours après une entorse tibio-tarsienne. Mais ce n'est qu'en apparence que le diabète a été consécutif à l'entorse, car il existait une pachybasie sellaire et un signe de Babinski qui indiquaient à tout le moins un état anormal de l'organisme, peut-être d'origine spécifique. Cet état a été le véritable facteur du diabète, dont le traumatisme n'a été que la cause déchaînante.

La pachybasie sellaire est un aspect de la selle caractérisé par un épaississement considérable du plancher et de la lame quadrilatère qui peut se prolonger jusqu'à l'extrémité des clinoïdes postérieures ; cet aspect est dû à l'absence ou à la réduction extrême du sinus sphénoïdal.

MM. Lhermitte et Nemours-Auguste, qui ont décrit cette anomalie, en ont observé douze cas, dont neuf avaient trait à des adolescents et à des enfants.

Un certain nombre d'entre eux présentaient des signes de syphilis ; il y a peut-être là un facteur étiologique de cette anomalie de développement au sphénoïde.

Prophylaxie des hémorragies opératoires par les extraits hépatique et gastrique

On peut ramener très rapidement à la normale le temps de saignement prolongé des hémogéniques, en administrant par voie buccale de l'extrait hépatique ou gastrique, à la dose de une ou deux ampoules par jour. Ces malades peuvent être opérés sans aucun incident hémorragique (L. Guillemot, A. Lemoine et I. Fraenkel. *S. de Laryng. des hôp. de Paris*, 18 nov. 1935.)

Pleurs de sang et épilepsie

M. P. Béhague a rapporté à la Société de Neurologie (6 juin 1935), l'observation d'un homme de 26 ans, qui, après un traumatisme crânien, a présenté des pleurs de sang. Ces pleurs survenaient après une céphalée pénible et s'accompagnaient soit de perte de connaissance, soit de vertiges plus ou moins forts, mais toujours suivis d'une période de torpeur ou d'asthénie. L'examen est resté négatif. Il s'agit probablement d'équivalents comitiaux. Ces hémorragies caronculaires sont proches des hémorragies sous-conjonctivales de l'épilepsie.

Le traitement du psoriaris chronique par le sulfanthren en combinaison avec les bains de sel

M. Stein, de Vienne (*IXe Congr. int. de derm. et de syph.*, 1935) utilise le traitement suivant :

Il décape par des onguents salicylés, les plaques de psoriasis les enduit de sulfanthren (soufre et goudron), puis plonge le malade dans un bain contenant un quart de kilogr. de sel de Franzensbad, pour 200 litres. La durée du bain est de quarante minutes. Lavage et application de pâte. Le blanchiment est obtenu par vingt bains.

Le chlorure de sodium en solution hypertonique par voie veineuse dans les anorexies des aliénés

Cette méthode est employée, depuis six ans et avec de bons résultats, par M. Desruelles, Mme Masson-Chiarli, Gardien Jourdheuil et P. Gardien (*S. méd. Psych.*, 28 octobre 1935). Dans 81 p. 100 des cas d'anorexies accompagnées ou non de signes, toxi-infectieux, on a pu noter un effet nettement favorable. La soif produite par ces injections et la rechlorisation sont des éléments importants pour l'explication de cette thérapeutique.

Echos et Glanures

> « Je m'en voie, escornillant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur premiere place. »
>
> MONTAIGNE

L'Ecole de médecine de Dakar. — *Détaché d'un article de M. Pasteur Vallery-Radot, dans la Revue des Deux-Mondes* (15 janvier 1936), *intitulé* : LE SPLENDIDE EFFORT DE L'AFRIQUE OCCIDENTALE FRANÇAISE :

L'Ecole de médecine indigène, créée à Dakar par décret du 9 juin 1918, a été dirigée pendant ces quatre dernières années par le médecin colonel Blanchard, qui a su en faire une école parfaitement adaptée aux besoins de la Fédération ouest africaine et, à la suite du Docteur Couvy, ancien directeur, a su dépouiller l'enseignement médical de tout ce qu'il peut avoir de théorique et de trop complexe.

Les élèves de l'Ecole de médecine sortent de l'Ecole William Ponty où ils ont reçu une instruction générale et un enseignement des sciences naturelles de la physique et de la chimie. Le nombre des élèves admis à l'Ecole de médecine étant limité chaque année suivant les besoins de la colonie, un concours à la sortie de l'Ecole William Ponty permet la sélection. Que cette pratique est sage !

L'internat est obligatoire. Les études sont absolument gratuites et, pendant leur séjour à l'Ecole, les élèves sont défrayés de toute qui comporte leur vie matérielle. La durée des études est de quatre années.

L'enseignement est simple, concret, orienté le plus possible vers la pratique et la connaissance des affections de l'Ouest africain. Les cours et conférences théoriques ont été supprimés depuis deux ans et ont été remplacés par des interrogations sur des sujets dont chacun est préparé pendant une semaine par les élèves eux-mêmes, à l'aide de leurs livres, de leurs manuels et des schémas et résumés qui leur sont distribués. Pas de fausse science, pas d'hypothèses admises aujourd'hui qui seront rejetées demain, pas de dédales où l'élève se perd sans reconnaître les grandes voies directrices.

L'École est dotée d'un riche matériel d'enseignement. Dans les laboratoires, les élèves apprennent à faire des manipulations simples et des examens nécessaires pour le diagnostic des maladies. Les maîtres leur montrent l'intérêt de certaines épreuves de laboratoire et passent sous silence toutes celles qui sont sans intérêt pratique ; l'étudiant sait ainsi ce que la clinique doit demander au laboratoire ; il ne se perd pas dans ce fatras de chimie et de microbiologie où se complaisent aujourd'hui trop de médecins qui n'ont pas été à la saine école de la vraie clinique française.

A l'hôpital central indigène de Dakar et à la polyclinique Roume, les étudiants en médecine reçoivent un enseignement clinique très simple, très clair. Les professeurs s'attachent, en présence de chaque cas, à mettre en évidence les symptômes primordiaux, ceux qui permettent de parvenir d'une façon précise au diagnostic d'où découle le traitement. Tous les symptômes sans intérêt, toutes les recherches biologiques qui n'ont pas fait la preuve de leur utilité clinique, toutes les pathogénies sans

assises solides sont volontairement omis. Cet enseignement, si remarquablement dépouillé de toutes les inutilités qui encombrent l'enseignement médical dans trop de Facultés d'Europe et d'Amérique, fait pour de futurs praticiens africains est un modèle.

J'ai vu des stagiaires de l'hôpital indigène qui savaient examiner les malades mieux que beaucoup de stagiaires des hôpitaux de nos grandes Facultés.

Il faut reconnaître que trop de travaux hâtifs paraissent chaque jour dans les revues et les journaux médicaux d'Europe et d'Amérique. Ils encombrent la médecine, au point que l'enseigneur ne peut souvent discerner la certitude de l'hypothèse. Pour faire des praticiens, il faut donner aux jeunes esprits des notions simples, sûres, et tendre autant qu'il est possible, à enseigner la médecine comme une science aussi exacte que la physique ou la chimie quand certaines données d'un problème clinique sont posées par l'examen systématique du malade.

C'est ce qu'ont remarquablement saisi ceux qui ont dirigé l'Ecole de médecine de Dakar.

L'hygiène, la médecine préventive et l'épidémiologie sont enseignées aux étudiants qui, à la sortie de l'Ecole, auront pour rôle essentiel de s'occuper, sous la direction des médecins français, d'hygiène et de médecine sociale.

Une très grande importance est attachée à la formation morale des élèves. Les professeurs s'évertuent à corriger certains défauts du caractère indigène : chez les uns, la tendance à la brusquerie envers les malades, chez les autres la vanité, chez beaucoup l'instabilité et le manque de méthode.

Après leur examen de fin d'études qui a fait d'eux des *médecins auxiliaires*, les élèves passent un concours d'admission au service de l'Assistance médicale. Ils assurent alors, sous le contrôle des médecins français, la marche des dispensaires et font des tournées d'hygiène sociale dans les villages de leur ressort. Après six à huit ans d'exercice, ils parviennent au grade de *médecins auxiliaires de première classe* qu'ils ne peuvent alors dépasser sans accomplir un stage hospitalier de « réimprégnation et perfectionnement », d'une durée de six mois, répartis en trois mois à l'hôpital du chef-lieu de la colonie et trois autres mois à l'Ecole de médecine et à l'hôpital central indigène de Dakar. A la fin de ce stage, un examen les rend aptes à être promus *médecins auxiliaires principaux*.

On ne saurait assez apprécier l'organisation judicieuse de cette Ecole de médecine, fondée par les Docteurs Le Dantec et Nogue. Elle est un modèle de ce que doit être l'enseignement supérieur dans les pays africains. Cet enseignement doit rester simple et essentiellement pratique. N'apprendre que ce qui est démontré, laisser dans l'ombre ce qui est encore du domaine de l'hypothèse : telle doit être la règle pédagogique.

Pour des cerveaux sans notre complexité d'induction et de déduction, sans notre scepticisme intellectuel qui nous fait vite discerner le provisoire du définitif et ne nous rend pas dupes des jeux de l'intelligence bâtis sur du sable, il faut des données irréfutables, la médecine doit apparaître sans ses voiles d'art, dans sa nudité de science. Dans cette méthode d'enseignement destinée aux Noirs d'Afrique, il y a d'ailleurs beaucoup à glaner pour nos Facultés d'Europe.

Avec les médecins européens, la plupart faisant partie du cadre des troupes coloniales, et leurs auxiliaires indigènes, formés à l'Ecole de médecine de Dakar, l'Afrique occidentale française est pourvue d'un corps de santé d'une haute valeur professionnelle. Mais la brousse est immense, les agglomérations sont très espacées les unes des autres, les maladies sont nombreuses, l'hygiène rurale est presque inexistante : le nombre des médecins est encore beaucoup trop restreint. Il suit heureusement une progression continue, grâce aux auxiliaires qui sortent chaque année plus nombreux de l'Ecole de médecine de Dakar.

Il faut des médecins. Il faut aussi des crédits suffisants.

La mortalité des Médecins aux Etats-Unis et au Canada. — LE MOUVEMENT SANITAIRE :

En 1934 : décès de médecins 3.231
» doctoresses 73

Age : Age moyen : 64 ans
1 médecin a atteint 100 ans

46	ont	atteint	90 ans	388	ont	atteint	55 ans
144	»	»	85 »	297	»	»	50 »
249	»	»	80 »	158	»	»	45 »
354	»	»	75 »	80	»	»	40 »
426	»	»	70 »	68	»	»	35 »

195 ont atteint 65 ans — 50 ont atteint 30 ans
186 » » 60 » — 24 » » 25 »

5 avaient moins de 25 ans

Causes de la mort :

1. Cardiopathies : 326 endo et myocardites.
137 thromboses des Coronaires.
119 angines de poitrine.
1 péricardite.

2. Hémorragies cérébrales : 336 ; plus 16 morts dues à une paralysie.

3. Formes pneumoniques : 248, plus 72 cas de broncho-pneumonie.

4. Néoplasmes : 296 dont 64 cancers de l'estomac et du foie ; 35 de la prostate ; 28 de l'intestin ; 4 de la bouche.

Chez les femmes : un cancer de l'utérus et un carcinome de la peau.

Le siège de la tumeur n'a pas été précisé dans 163 cas.

5. Artériosclérose : 280 décès et deux autres affections artérielles.

6. Néphrite : 195 décès dont 33 de néphrite aiguë.

7. Urémie : 107.

8. Embolies et thromboses (à l'exception des coronaires) : 78.

9. Diabète sucré : 66.

10. Hypertension artérielle : 56.

11. Tuberculose des voies respiratoires : 50, autres formes de tuberculose : 6.

Citons encore : prostatisme : 40, autres affections de l'appareil urinaire : 46. Cirrhose hépatique : 32 ; septicémie : 30 ; influenza : 25 ; appendicite : 20 ; péritonite et obstruction intestinale : 17 ; gangrène : 14 ; leucémie : 13 ; anémie pernicieuse : 1 ; cholécystite, érysipèle, maladie de Parkinson, chacun 10 ; tumeur cérébrale, coup de chaleur, méningite 9 pour chacun ; agranulocitose et malade de Hodgkin, 7 pour chacun ; asthme, calculs biliaires et hernie chacun 6, ; anévrysme de l'aorte et mastoïdite cacun 5 ; cellulite et pleurite : 4 ; bronchite chronique, pleurésie, ostéomyélite, otite moyenne, toxémie : 3, etc...

Accidents d'automobile : 69.

Suicides : 75 cas ; 44 par armes à feu ; 9 par empoisonnement ; 6 par pendaison ; 3 par asphyxie d'une hauteur ; 2 par acide phénique ; 1 par strangulation ; 1 par oxyde carbone ; 1 par instruments chirurgicaux ; 3 sans précision d'indication.

Homicides : 6 par armes à feu.

Situation des défunts :

174 professaient dans des Ecoles de médecine.
353 avaient participé à la guerre mondiale.
31 à la guerre civile nord-américaine.
54 à la guerre hispano-américaine.
122 étaient médecins militaires.
85 faisaient partie des Comités d'éducation.
50 des Comités d'hygiène publique
18 avaient un grade dans la magistrature (Coroner).
45 étaient conseillers municipaux.
32 députés.
22 étaient propriétaires de pharmacie.
16 étaient présidents de banques.
11 missionnaires religieux.

4 dentistes, 7 avcats, 5 directeurs des postes, 2 prêtres, 2 juges, 2 prêteurs et un Gouverneur.

(D'après *Difesa Sociale*, août 1935, XIII).

La jalousie. — Le Mercure de France (1er *février* 1936), *vient de publier un article de M. le Docteur Charles Fiessinger intitulé* : La vie des sentiments. La jalousie. *En voici quelques extraits* :

Pour être jaloux, il faut d'abord se porter à peu près bien. Un malade cesse de se soucier des autres. Que lui importent leurs supériorités ou les honneurs qui les grandissent ! Il ne s'inquiète que de soi. Son instinct de conservation ne s'émeut plus à l'occasion d'avantages dont il s'estime frustré, parce qu'ils se répandent sur le choix d'une autre tête. Sa vie est directement menacée. Devant le péril, l'égoïsme se ramasse et clôt les fissures par où pourrait s'échapper un souffle d'intérêt allant se perdre sur la vanité d'une figure étrangère.

Les vieillards ressemblent aux malades. Ils ne s'occupent plus que d'eux-mêmes. La jalousie réclame au service de son activité une somme d'énergie qui leur fait défaut.

. . . .

Tous les cerveaux n'apparaissent pas également aptes à recevoir les images de la jalousie. Il en est de totalement réfractaires. Ce sont d'abord ceux qu'une certaine élévation de nature a dressés au-dessus de ces préoccupations misérables. Ce sont ensuite les glorieux, les curieux, les ambitieux, les lutteurs, ceux qui se dirigent dans la vie, guidés par une autre étoile. Dans ces natures orientées vers un sens plus riche d'attrait, la jalousie ne pousse que des pointes timides et vite émoussées.

Au contraire, les lents, les nonchalants, les faibles, les dénués offrent une large prise.

..... L'énergie que ces malheureux n'avaient point pour se frayer un chemin dans la vie, ils la déploient maintenant tantôt pour ravaler le temps de ceux qui les dépassent, tantôt pour nourrir en eux-mêmes la cruauté d'une angoisse qui les dévore à petit feu.

. . . .

Les clameurs de cette passion ne varient pas seulement suivant les âges et les climats. Elles se modifient encore au hasard des métiers. Les médecins, les avocats, les hommes de lettres, les artistes poussent les cris les plus exaspérés. Ce que l'un fait de bien soulève la critique acerbe du rival.

Et le ton de dénigrement ne s'émousse que du jour où le concurrent est écrasé par la maladie ou anéanti par l'âge. A ce moment peut-être la voix publique daignera-t-elle lui accorder quelque talent.

. . . .

Toutes les carrières où l'initiative de l'homme lui assure le succès sont exposées aux critiques fielleuses de l'adversaire. Lorsque la personnalité de l'individu est sans relief ou qu'elle rentre dans le cadre de programmes dont il lui est interdit de s'évader, la jalousie ne le prend pas pour cible et ses flèches, elle les plante ailleurs. Il est nombre de métiers dont les artisans ne sont pas jaloux les uns des autres. Tout d'abord les ouvriers. La machine travaille pour eux et ce n'est pas une supériorité qui excite l'envie, que de presser sur tel ou tel bouton qui met en œuvre l'appareillage du mécanisme.

. . . .

La même règle existe entre militaires, fonctionnaires, industriels, commerçants. La jalousie ne joue qu'en sourdine. Ils se contentent de dire : « Un tel a de la chance. » Les attaques mordantes font défaut. Ils observent, cherchent à comprendre et lorsque la lumière s'est faite, s'évertuent à suivre les manières d'être et les procédés de ceux qui s'étaient montrés plus habiles qu'eux.

Quelques souvenirs sur le baron H. Larrey. — *M. Saint-Georges de Bouhelier publie dans l'*Écho de Paris (8 février 1936) *un article intitulé* : Le baron Larrey et Madame mère. *En voici des extraits* :

..... Il était né dans les premières années du siècle et, en dépit de l'âge, il restait droit et ne laissait voir nulle décrépitude. Parrain de Mlle Dodu, il l'entourait d'affection. A Bièvres, il avait sa chambre. Il n'y arrivait qu'aux beaux jours, y apportait ses livres de travail, ne quittait Bièvres que rarement, deux ou trois fois par semaine tout au plus, soit pour se rendre à l'Institut où il était assidu, soit pour les réceptions de la princesse Mathilde auxquelles, pas davantage, il n'eût manqué. Mais Bièvres le reposait. Il ne s'y délaissait que par l'étude. Il écrivait alors sur Mme Lætitia, la mère de Napoléon, un ouvrage qu'il devait publier peu après, et dont les années n'ont gâté ni la pensée ni entaché la documentation.

Nous n'apercevions donc le baron qu'aux repas où il était très exact. A l'appel de la cloche, on l'entendait descendre et, quand il paraissait dans le petit salon où l'usage voulait que d'abord on s'attendit, il avait toujours pour chacun quelque gracieux compliment. Du reste, il savait au besoin être sévère, mais il ne croyait pas utile de l'être sans politesse. A table, il se montrait des plus intéressants, prenait le dé de la conversation, non qu'il aimât spécialement à causer, mais afin de distraire la petite société que formaient les convives de Mlle Dodu, dont il était le plus brillant et le plus justement considéré. Les évènements de la journée, parfois un détail domestique, le plus souvent des histoires d'autrefois, venaient animer sa verve.

Le baron Larrey avait vu une masse de gens. Les personnages qu'il avait fréquentés étaient aussi illustres que divers. Lorsque j'y pense, dans le recul des ans, je crois que, sauf en ce qui touche Napoléon, il ne semblait pas les classer dans l'ordre où nous le faisons. Des écrivains qui avaient eu la vogue conservaient encore à ses yeux un prestige qui, à nos regards, n'apparaît que terni. Un de ceux qu'il citait ainsi était le romancier Sandreau dont on ne s'occupe plus guère.

Et quand, par contre, on le mettait ou bien sur Stendhal ou bien sur Balzac, il en parlait étrangement. Leur grandeur lui avait certainement échappé, comme à beaucoup de ses contemporains. De Stendhal, il ne disait rien ou à peu près. De Balzac, il parlait comme d'un furieux bavard. A travers ce qu'il en contait, on apercevait une espèce de Tourangeau mal vêtu, avec une tête d'apoplectique et des manières ridicules. Il avait également connu Musset. Il le montrait sentant l'alcool et d'une élégance minable. Il n'avait pas été frappé par son génie. Mais de combien d'hommes que nous coudoyons sommes-nous donc mieux informés ! Les poètes relèvent des époques futures et leur sublime est ignoré même de l'élite de leurs contemporains.

....

Souvent, il en venait à Mme Lætitia. Il lui avait voué un culte. Il en parlait comme d'une femme de Plutarque.

....

Dès qu'il avait atteint l'âge d'homme, Larrey avait prié son père de faire le voyage de Rome. Dans l'automne 1834, ce dernier avait consenti à l'y conduire. Un jour d'octobre, ils avaient pénétré dans la glorieuse métropole. Le vieux palais Vanuccini (qui depuis lors s'est appelé Bonaparte) s'élève au bout du Corso. Madame Mère, qui les attendait, s'était montrée heureuse de leur venue. Étendue sur son lit, dans une ombre d'église, le visage de cire, jaune et ravagé, à peine si elle avait bougé pour leur offrir à baiser sa main pâle. Cependant, son intelligence gardait sa force. Aux quelques mots émis par ses lèvres violettes et dont les lignes comme resserrées trahissaient l'affreuse tristesse, le jeune fils du grand chirurgien s'en était vite aperçu. Sortant bientôt de sa méditation, Madame Mère les avait questionnés sur Paris, sur ce qui s'y était passé depuis que Louis-Philippe régnait en France, sur ce que l'on croyait enfin des dispositions de ce prince à l'égard des Bonaparte. Ne disait-on pas, en effet, qu'il n'était pas hostile à la rentrée en France non seulement des vivants demeurés en exil, mais aussi des cendres de Sainte-Hélène ! L'idée du retour du corps de son fils semblait éclairer les regards opaques de cette femme qui mère d'un géant et de toute une potée de rois, n'était plus, sur sa couche glacée, qu'une créature aux portes du tombeau.

Le 2 février 1836, elle devait quitter cette terre.

L'usage de la brosse à dents en Allemagne. Je suis Partout (8 février 1936).

Une revue économique allemande vient de publier une curieuse statistique. Étudiant les possibilités de la consommation intérieure, elle s'est avisée de calculer qu'en Allemagne 41,6 % des adultes possèdent une brosse à dents personnelle ; 9,6 % se servent d'une brosse à dents familiale, tandis que 48,8 % ignorent purement et simplement l'usage de cet objet. Le statisticien croit en outre savoir que 26 % tout au plus de la population apportent aux soins de leurs dents l'attention nécessaire.

Sur quelles données peut-il bien baser ces chiffres : sur la vente des brosses à dents ? Sur le témoignage des dentistes ? Quoi qu'il en soit, la publication en question ne se place pas au point de vue de la santé publique. Ses arrière-pensées sont purement commerciales : quel admirable débouché l'Allemagne n'offre-t-elle pas aux fabricants et aux marchands de brosses à dents, si 30 millions d'Allemands n'en ont pas encore !

Quand vous rencontrerez un docteur à la mode, observez-le soigneusement à distance respectueuse avant de vous confier à lui. Il peut être un bon médecin, mais bien souvent il ne l'est point. D'abord parce que le plus souvent il est trop occupé pour écouter avec patience votre longue histoire ; ensuite il a une tendance inévitable à devenir snob, s'il ne l'est déjà ; à faire passer la Comtesse avant vous, à examiner le foie du Comte avec plus de soin que celui de son valet, à se rendre plutôt au garden-party de l'Ambassade britannique qu'au berceau de votre dernier-né, dont la coqueluche s'est aggravée. Enfin, à moins qu'il n'ait un cœur très sain, il donnera bientôt des signes incontestables d'endurcissement précoce de cet organe. Il deviendra indifférent et insensible aux souffrances des autres, tout comme les chercheurs de plaisir qui l'entourent. Vous ne pouvez être bon médecin sans la pitié. (*Axel Munthe.* Le livre de San Michele, trad. Rodocanachi. Albin Michel, éditeur).

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 8 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 22 FÉVRIER 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

Travaux originaux
E. FORGUE : L'opération de Dujardin-Beaumetz dans les lésions accidentelles des doigts et la restauration fonctionnelle des mains mutilées 305
André FEIL : Le cœur et l'appareil circulatoire du mineur 309
Clinique médicale
M. FAURE-BEAULIEU : Quelques aperçus sur les myopathies 314
Mouvement médical
M. PERRAULT : Le carbone intraveineux comme agent thérapeutique. 320
Epidémiologie, par H. VIGNES 323
Puériculture, par G. LORAIN 324
Sociétés savantes
Académie de Médecine 327
Société des Chirurgiens de Paris 329
Société Médicale des Hôpitaux 329
Notes cliniques et thérapeutiques 330
Nouvelles 299
Echos et Glanures 331
Bibliographie 302 334

Supplément illustré
Maurice GENTY : Vicq d'Azyr, commissaire pour l'extraction du salpêtre. — Le médecin Gabriel Le Preux, chantre officiel de Napoléon. — Le monde médical de Touraine sous la Révolution.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.— *Thèses.* — 14 février. — M. BOUDIN. Les polyradiculonévrites généralisées avec dissociation albumino-entologique. Etude anatomo-clinique. — M. ORBIZ Y RAYÈS. Le domaine clinique de la poliomyélite et son traitement spécifique.

17 février. — M. ALÉPÉE. Traitement de la dysphagie douloureuse chez les tuberculeux. — M. MARKOVITS. Troubles vasculaires conditionnés par les côtes cervicales et les apophysomégalies de la 7e vertèbre cervicale.

18 février. — M. BENIUMINOVICI. Répartition de la pellagre en Roumanie. — M. CHARBONNIER. Etude de la prophylaxie antivénérienne à Hanoï. — M. EL-AKROUT. Les pratiques de la prière et l'hygiène chez les musulmans. — M. FISCHER. Le problème médico-social de l'ouvrière enceinte. — M. KULA. Hygiène du cuir chevelu. — M. QUIJANO. La lèpre en Colombie. — M. WINTERNITZ. Travail et orientation professionnelle des tuberculeux guéris.

Xe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose. — La Xe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose se réunira à Lisbonne, du 7 au 10 septembre 1936, sous la présidence du Prof. Lopo de Carvalho, président élu de l'Union internationale. La discussion sera limitée à trois sujets principaux.

Question biologique : « Les aspects radiologiques du hile pulmonaire et leur interprétation », rapporteur : Prof. LOPO DE CARVALHO (Portugal).

Question clinique : « Primo-infection tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte », rapporteur : Docteur OLAF SCHEEL (Norvège).

Question sociale : « Prophylaxie de la tuberculose à domicile », rapporteurs : Docteurs Ch.-J. HATFIELD (Etats-Unis) et D.-A. POWELL (Grande-Bretagne).

Dix co-rapporteurs, désignés d'avance d'après une liste présentée par les quarante-quatre pays membres de l'Union, ont été adjoints au rapporteur principal pour ouvrir la discussion sur chacune des questions inscrites à l'ordre du jour.

Le Comité d'organisation de la Conférence a préparé un programme de réceptions et d'excursions ; ces dernières feront connaître aux congressistes les principales institutions antituberculeuses du Portugal, ainsi que les sites admirables de ce pays renommé pour sa beauté.

Les membres de l'Union internationale sont invités à la Conférence et sont exemptés de tous frais d'inscription. Ils sont priés de remettre leur adhésion, soit par l'intermédiaire de leur Gouvernement ou Association nationale, soit directement au Comité d'organisation de la Conférence à l'adresse suivante : Comité d'organisation de la Xe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose, Assistencia Nacional aos Tuberculosos, Avenida 24 do Julho, Lisbonne (Portugal).

Les inscriptions pourront également être reçues au siège du secrétariat de l'Union internationale contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Les personnes qui ne sont pas membres de l'Union et qui désireront s'inscrire comme « membres de la Conférence » doivent envoyer leur demande, accompagnée d'une cotisation de 200 oscudos (environ 125 francs français), exclusivement par l'intermédiaire du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Les congressistes bénéficieront de réductions sur les prix des hôtels et des chemins de fer.

Société française d'ophtalmologie. — La Société française d'ophtalmologie célébrera son XLIXe Congrès, à Paris, à la Maison de la chimie », Centre Marcelin-Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, du lundi 11 mai au jeudi 14 mai 1936.

Le rapport d'usage sera présenté par M. Edward Hartmann, sur : « La radiographie en ophtalmologie ».

Il sera accompagné de la publication d'un Atlas in-4, de 300 figures (Masson et Cie).

Le Congrès coïncidera, cette année, avec l'Assemblée de l'Association internationale de prophylaxie de la cécité, et celle de la Ligue internationale contre le trachome.

Comme chaque année, des démonstrations cliniques et de laboratoire seront organisées dans les hôpitaux.

Une exposition d'instruments d'optique, de chirurgie oculaire, de produits pharmaceutiques, sera ouverte, à côté de la salle du Congrès. On y trouvera également une exposition de livres, neufs et d'occasion, relatifs à l'ophtalmologie.

La promenade traditionnelle aura lieu le mardi 12 mai : à Courance, Dammarie-aux-Lys, Sainte-Assise.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général : Docteur René Onfray, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris (VIIe).

Clinique chirurgicale de la Salpêtrière (Prof. A. Gosset, chargé de cours de radiologie clinique R. Ledoux-Lebard.) — Le Docteur René A. GUTMANN, médecin des hôpitaux, fait tous les vendredis matin de 9 heures très précises à 10 heures, une conférence consacrée à l'interprétation des radiographies (maladies du tube digestif).

La Semaine Odontologique, (51e Congrès dentaire et exposition d'art dentaire). — Elle concrétisera cette année l'Union syndicale professionnelle. De nombreuses assemblées générales se tiendront dans la salle des conférences, dont la plus importante sera l'Assemblée générale de la C. N. S. D. qui aura lieu le dimanche 5 avril, où seront traitées toutes les questions importantes qui régissent notre vie professionnelle.

Trois journées scientifiques sont prévues : jeudi 2, vendredi 3, samedi 4 avril. Ces journées sont organisées par la Commission scientifique nommée par la Fédération dentaire nationale qui groupe toutes les Associations scientifiques professionnelles.

Des démonstrations techniques seront faites le matin, des conférences et des communications l'après-midi et le soir dans la salle des conférences.

Au sein du Congrès sera installée une exposition de matériel, de fournitures dentaires et de produits pharmaceutiques spécialisés qui mettra sous les yeux des congressistes les dernières nouveautés des fabricants étrangers et français.

Le samedi 4 un banquet de clôture sera donné à l'hôtel Continental.

Assemblée générale annuelle de l'A. D. R. M. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association pour le développement des relations médicales vient de se tenir à la Faculté de médecine sous la présidence de M. Marx, directeur des Œuvres françaises à l'étranger au ministère des Affaires étrangères.

Après une allocution du Professeur Cunéo, assesseur remplaçant M. le Doyen Roussy, souffrant, M. Hartmann a fait l'exposé de l'activité de l'Association, en particulier de son bureau de renseignements. Au cours de cet exposé, il a donné le relevé des étudiants étrangers régulièrement inscrits à la Faculté de Paris pendant la période décennale 1926 à 1935 et celui des auditeurs de cours de perfectionnement pendant la même période. Après le compte rendu financier, par le trésorier de l'Association, le Professeur Lemaître, M. Marx a pris la parole. Il a vivement félicité l'A. D. R. M. de son action, a fait un exposé des œuvres françaises à l'étranger : Facultés de médecine, Instituts Pasteur, hôpitaux, a montré les avantages qu'il y a à envoyer des conférenciers dans les pays amis et réciproquement à inviter des professeurs étrangers à venir dans notre pays, de faire bon accueil aux étrangers, ceux-ci au retour dans leur pays contribuant pour une grande part au rayonnement de la France.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur MauriceRobineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours sur la chirurgie des membres (technique opératoire), en douze leçons, par M. le Docteur J.-C. Rudler, prosecteur, commencera le lundi 2 mars 1936, à 14 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Le registre d'inscriptions est clos deux jours avant l'ouverture du cours

Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

Médaille du Docteur Georges Labey. — Les amis et les élèves du Docteur Georges Labey ont l'intention, à l'occasion de son départ des hôpitaux, et en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance, de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au maître Ch. Pillet.

Une souscription est ouverte à cet effet. Tout souscripteur de 100 francs aura droit à un exemplaire de la médaille.

Prière d'adresser les souscriptions au trésorier, M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (VIe). (Compte chèques postaux, Paris 599.)

Ecoles de médecine de Besançon. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de clinique et pathologie médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon s'ouvrira le lundi 26 octobre 1936 devant la Faculté de médecine de Nancy.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Société d'histoire de la pharmacie. — Dimanche 1er mars, à 10 h. 30 du matin, Assemblée générale de la Société sous la présidence de M. le doyen Radais, dans la salle des actes de la Faculté de pharmacie, 4, avenue de l'Observatoire, Paris (VIe).

Ordre du jour. — Compte rendu de l'exercice 1935, par M. Royer, trésorier. — Communications de MM. les Docteurs Dorveaux, et Henri Leclerc, de M. le Professeur Pancier, etc...

Le même jour, à midi, déjeuner amical à l' « Alsacienne », 54, boulevard Saint-Michel. Prix : 30 francs tout compris. Dames admises. S'inscrire avant le 29, au secrétariat, 6, passage Verdeau (IXe). (Téléphone : Provence 62-99).

Les cours publics d'histoire de la pharmacie, professés par M. E.-H. Guitard, secrétaire général de la Société, à l'Institut d'histoire des sciences de l'Université de Paris, ont lieu cette année tous les samedis de février, à 5 h. 30, dans les locaux de

La Société I. B. Kleinert Rubber Cy, résidant aux Etats-Unis d'Amérique, titulaire du brevet français 672.598 du 5 avril 1929 pour « Perfectionnements apportés aux ceintures extensibles » serait désireuse de traiter pour la vente de ce brevet ou pour la concession de licences d'exploitation.

Pour renseignements techniques, s'adresser à MM. Lavoix, Gehet *et* Colas, *ingénieurs-conseils, 2, rue Blanche, à Paris.*

cet Institut, 13, rue du Four, Paris (VIe) (Saint-Germain-des-Prés).

Programme des prochains et derniers cours, où nos collègues sont cordialement invités.

Samedi 15 février : La littérature pharmaceutique (*suite et fin*). Pharmacopées célèbres du XVIIIe siècle, codex, manuels populaires, prériodiques.

Samedis 22 et 29 : Problèmes curieux de l'histoire des eaux minérales ; évolution de la doctrine ; La fontaine de Jouvence.

Voix latines. — La prochaine conférence des Voix latines aura lieu, sous les auspices de l'UMFIA ou Union médicale latine, le 18 mars prochain, à 21 heures, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, et sera donnée par le Docteur Colombani, directeur général honoraire de la Santé et de l'Hygiène publiques au Maroc, sur « Sous le signe de Lyautey, médecins et médecine au Maroc ».

Cette conférence sera présidée par M. Lucien Saint, ancien résident général de France au Maroc.

Hôpital Beaujon-Clichy. — *Ozonothérapie.* — Chaque matin, à 11 heures, dans le service d'électro-radiologie du Docteur Aubourg, Mme le Docteur M. LEGOUX fera une démonstration des applications médicales de l'ozone, sur le nouvel appareil Carpentier-Duflot, producteur de O^3.

Voyage en Algérie de l'Association Guillaume Budé. VACANCES DE PAQUES 1936 (4 avril, 19 avril). — Le voyage est organisé et dirigé par M. Jean Malye, délégué général de l'Association Guillaume Budé.

M. Leschi, professeur à la Faculté des lettres d'Alger et directeur du Service des antiquités de l'Afrique du Nord, accompagnera l'excursion.

CONDITIONS. — *Prix.* — Une classe unique est prévue (2e classe sur le bateau, avec possibilité de surclassement en payant un supplément) au prix de 2.500 francs.

AVIS IMPORTANT. — Ce prix comprend tous les frais de voyage de l'embarquement à Port-Vendres au débarquement à Marseille : transports maritimes et terrestres, frais d'hôtels (logement, repas vin compris), entrées dans les musées et monuments, transport des bagages, pourboires, divers.

L'Association Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, Paris (VIe).

Vacances de Pâques sur la Côte d'Azur. — Le prochain voyage de la Société médicale du Littoral méditerranéen se déroulera pendant la semaine de Pâques, du 12 au 19 avril prochain.

Les parcours seront tous effectués en autocars, et les séjours seront assurés avec le luxe et le confort traditionnels de la Société médicale. Des conférences et démonstrations seront faites chaque jour par les professeurs qui accompagneront le voyage, et par les médecins du Littoral. Les adhérents recevront des permis de parcours à tarif réduit, valables pendant un mois sur les chemins de fer français, italiens et roumains. Les étudiants en médecine seront admis aux mêmes conditions que les médecins. Le secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice, envoie gratuitement, dès à présent, le programme détaillé du voyage et tous les renseignements qui lui seront demandés.

BIBLIOGRAPHIE

Guerre. Emotions. Commotions. Surmenage, par R. BENON. Paris, in-8°, 220 p., édit. M. Vigné, prix 25 francs.

L'auteur présente dans ce livre les syndromes névro-psychopathiques, les maladies mentales et nerveuses, qui sont susceptibles de se produire à la guerre sous l'influence des émotions, des commotions et du surmenage. L'auteur affirme que toutes les névro et psychopathies qui se développent à la guerre du fait des émotions, des commotions, du surmenage, doivent être indemnisées, quelles que soient les idées qu'on puisse avoir sur les prédispositions personnelles ou héréditaires : l'état antérieur, du point de vue médico-légal, ne saurait entrer en ligne de compte que d'une façon tout à fait exceptionnelle.

Neuro-psychiatrie. Syndromes. Maladies. Médecine légale. Traitement, par R. BENON, in-8°, 268 p., édit. M. Vigné, prix 25 francs.

L'auteur présente la pathologie mentale et nerveuse (neuro-psychiatrie) sous forme de syndromes et de maladies. Il décrit en détail les symptômes propres à chaque syndrome. Il discute longuement les diagnostics de syndromes. Puis il signale les maladies mentales et nerveuses, spéciales, généralement admises. Pour chaque syndrome ou maladie, il expose brièvement le traitement. La médecine légale est étudiée avec soin : définition de l'aliénation mentale, rédaction du certificat de placement à l'asile des aliénés (placement d'office et placement volontaire). Ensuite l'auteur développe la question difficile de la responsabilité; enfin la question de la capacité civile. Un index alphabétique précieux, sorte de dictionnaire de psychiatrie, termine le volume.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'opération de Dujardin-Beaumetz dans les lésions accidentelles des doigts et la restauration fonctionnelle des mains mutilées

Par le Professeur **E. FORGUE**
Membre correspondant de l'Institut

S'il est une partie du corps humain où s'impose la règle de la conservation maxima, c'est incontestablement la main. Dans la vie ouvrière moderne, malgré le machinisme, à cause même de la machine et de son travail de précision, la main reste *l'instrument des instruments*, selon le mot profond d'Aristote, l'organe-maître du métier, le gagne pain : de son intégrité, dépendent la qualité de l'artisan et le prix du salaire.

Mais, elle est aussi, en raison même de son importance *fonctionnelle*, l'instrument délicat, diminué par toute atteinte *lésionnelle* de son appareil complexe, squelettique, musculo-tendineux, vasculaire et nerveux, dont le jeu exact nécessite l'action coordonnée aussi peu altérée que possible, et, par conséquent, commande la conservation et la réparation très soignées des éléments anatomiques composants.

Ce qui accroît les possibilités de ce traitement conservateur, c'est que, si la puissance traumatique des outils industriels modernes a développé la gravité des lésions, la thérapeutique s'est, elle aussi, enrichie, parallèlement, de méthodes et de moyens plus efficaces : par *l'épluchage* des plaies contuses, par *l'irrigation tubulaire antiseptique*, par l'adoption *d'agents désinfectants non offensifs aux cellules*, par la *séro* et la *vaccinothérapie* préventives, elle nous permet de sauver du désastre des tissus dévitalisés, autrefois voués à l'infection et à la nécrose, et d'étendre ainsi le champ de la conservation.

Nous avons appris aussi — et la guerre a été notre école — que le traitement de ces grands traumatismes comporte une attention minutieuse, un travail de réparation *d'une technique méticuleuse* et qu'il est souvent plus difficile et plus long de mettre en état une main gravement lésée que de pratiquer une des opérations majeures de la chirurgie abdominale.

Il y faut : *1° une connaissance approfondie de l'anatomie et de la physiologie de la main ; 2° une technique expérimentée des sutures tendineuses, nerveuses, vasculaires ; 3° une surveillance attentive des suites, des attitudes et des mouvements ; 4° une attente, patiente et instruite, des résultats à distance et des améliorations, parfois surprenantes, qui sont l'œuvre du temps ; 5° la mise en œuvre des moyens adjuvants, surtout mécanothérapiques, qui, souvent, transforment le pronostic fonctionnel ; 6° l'utilisation, en temps opportun, des retouches opératoires nécessaires pour corriger des séquelles persistantes et faciliter la reprise fonctionnelle, aussi complète que possible, de l'organe mutilé.*

***

Par contre, la révision des résultats à distance, qui, dans la période contemporaine, s'est dégagée des innombrables expertises pour accidents du travail nous a appris que la conservation a ses *limites*, ses *contre-indications, ses imperfections par excès* autant que par défaut. Un principe doit, ici, prévaloir, que Farabeuf a nettement formulé : « *à la main, la fonction prime la forme* ».

Ce n'est pas le nombre des doigts conservés qui maintient l'aptitude fonctionnelle de la main lésée ; c'est la valeur active des doigts restants. La main n'a pas besoin de tous ses doigts pour garder sa valeur ouvrière. Le pouce seul, organe d'opposition, pièce-maîtresse de la pince manuelle, le pouce droit surtout, est irremplaçable : dans tous les pays, les barèmes légaux ont établi sa supériorité fonctionnelle et le taux élevé de son déficit. Et, malheureusement, les procédés opératoires de sa reconstitution ne nous ont paru donner que de médiocres résultats, si bien qu'un moignon de pouce, si bref, si déformé soit il, doit toujours être conservé ! Au contraire, la perte de l'auriculaire est supportée avec un faible dommage ; les trois doigts intermédiaires sont fonctionnellement interchangeables : pour ces quatre autres doigts, *l'amputation est préférable à l'ankylose,* et le sacrifice du ou des doigts inactifs est la meilleure façon de sauvegarder le fonctionnement des doigts valides.

***

Le mémoire, partiellement inédit, de M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz, me paraît l'étude la plus pénétrante, la plus personnelle, la plus féconde en résultats pratiques, qui ait été écrite sur les *séquelles* des lésions de ces quatre derniers doigts et sur les *opérations correctrices* qu'elles comportent, en particulier sur les avantages de l'amputation digitale, *dans la continuité du métacarpien.*

Depuis que j'ai bien compris les indications de cette intervention, depuis près de quarante ans où j'en ai fait l'application raisonnée, soit aux lésions traumatiques résiduelles de ces doigts, soit à leurs ankyloses tendineuses inflammatoires, j'ai apprécié combien la suppression du doigt ou des doigts invalides, avec résection de la tête métacarpienne, est préférable à la simple désarticulation du doigt, combien elle est capable de développer le rendement fonctionnel de la main mutilée. Parmi mes disciples directs, la même doctrine s'est établie : je ne compte plus les cas d'amélioration, et, partant, de réduction d'invalité qu'il m'a été donné d'observer dans notre région, où l'opération de Dujardin-Beaumetz est devenue classique.

Cette pratique mérite d'être diffusée. Elle ne paraît être assurément, par sa simplicité technique qu'une minime question de médecine opératoire. Mais les opérations, en chirurgie journalière se classent, à leur vrai rang ; par la fréquence de l'indication et par la valeur du résultat. Les grandes interventions abdominales ne sont pas le lot de tous les médecins ; tous, au contraire, ont à prendre la responsabilité d'une conservation fonctionnelle, donc professionnelle, aussi parfaite que possible. Bien plus, on pourrait dire que certaines laparotomies peuvent comporter des défauts inapparents ; ici, l'infériorité du résultat est patente, le problème thérapeutique se double d'une question ouvrière et sociale, et l'intéressé est enclin à incriminer plus facilement les soins que la lésion. Tout concourt donc pour le praticien, à donner à ces cas et aux moyens capables de rétablir au maximum la capacité de travail, une importance de premier rang.

Un clinicien de grande classe, remarquable par son sens

clinique et pratique, le Professeur Poncet, a apporté, sur ce point un témoignage décisif. « Je donne toujours, nous dit-il, la préférence à l'amputation de la tête du métacarpien sur la désarticulation métacarpo-phalangienne, depuis que j'ai eu l'occasion de voir en 1881, à l'hôpital de Blidah, les opérés qui m'ont été présentés par M. Dujardin-Beaumetz, alors chirurgien en chef de cet hôpital; frappé que j'ai été par les bons résultats qu'il avait obtenus j'ai toujours, dans les amputations des quatre derniers doigts, et tout particulièrement de l'index, pratiqué, après désarticulation du doigt malade, la résection de la tête métacarpienne correspondante». Et c'est Poncet qui a donné à ce mode opératoire le nom de « opération de Dujardin-Beaumetz ».

Pour juger, avec exactitude, la contribution de Dujardin-Beaumetz à ce point de la chirurgie des lésions et des fonctions de la main, il faut se placer dans le milieu, où il a opéré et poursuivi son œuvre, d'ordre, à la fois, technique et moral. Elle s'est accomplie dans un des cercles de cet enfer que constituaient, jadis, les compagnies de discipline. Aux temps, encore proches, où la conscription imposait le service à long terme, et prenait sept ou cinq ans de la vie d'un homme, nombreux étaient ceux qui, par une mutilation volontaire, cherchaient à esquiver une aussi lourde obligation militaire.

« Ces hommes, nous dit Dujardin-Beaumetz, étaient dirigés sur la 4e compagnie de discipline, casernée à Aumale, dans la division d'Alger et c'est en qualité de médecin en chef de l'hôpital de cette garnison que, pendant quatre années, il m'a été donné d'en observer et d'en opérer un grand nombre. Assurément on ne peut que flétrir le sentiment qui porte un homme à se mutiler pour échapper au service militaire, force première et sauvegarde de la Patrie ; l'exemple exige un châtiment sévère ; doit-il être impitoyable ? La loi elle-même ne l'a pas pensé puisqu'elle a prévu le cas où la sanction disciplinaire s'étant exercée pendant un certain temps, les mutilés redevenus aptes au service militaire armé pourraient être admis à l'honneur de servir dans un corps de troupe. En cela elle a été prévoyante et ferme pour l'exemple et l'honneur, elle a été humaine aussi envers ceux qui par inconscience, faiblesse, suggestion, bêtise ou pusillanimité instinctive, ont préféré la honte et l'embarras de vivre mutilés au devoir de porter les armes. »

« Le maréchal de Saxe, dont les Rêveries sont si pleines d'enseignements positifs et pratiques, y a dit quelque part que la nation la plus courageuse était celle qui avait le moins de poltrons. Il n'a pas cru devoir plus amplement fixer notre jugement sur la poltronnerie respective des armées de l'avant-dernier siècle, lui qui savait si bien exalter le courage des soldats qu'il entraînait à la victoire. Toujours est-il que ceux qui, comme Panurge, se sauvent de peur des coups qu'ils craignent naturellement, ne sont pas très rares dans l'humanité générale ; Thersite était le plus vil des poltrons, Horace s'est montré le plus sincère et le plus repentant, comme le plus délicat des « timides ». Il a eu peur sur le champ de bataille de Philippes.

« L'expression de « poltron », *pollice truncato*, remonte aux Romains, qui furent cependant le peuple le plus belliqueux comme le plus discipliné sous les armes. Ce n'est plus le pouce que l'on mutile aujourd'hui ; c'est le plus habituellement l'index droit en partie ou en totalité, celui qui presse sur la détente du fusil de guerre ; encore se mutile-t-on beaucoup moins qu'autrefois, et autrefois se mutilait-on beaucoup moins souvent qu'il n'y paraissait tout d'abord ; on sait avec quel vertueux courage Larrey, englobant dans la même pitié les quelques mutilés volontaires et la multitude des mutilés involontaires de 1813, les a tous sauvés du supplice déjà ordonné par l'Empereur, à la sévérité duquel on les avait tous indistinctement et injustement déférés. S'il y a quelques mauvais soldats qui se mutilent après leur incorporation, la grande majorité des hommes dirigés sur la section des mutilés à Aumale s'est laissée entraîner à cet acte coupable plus ou moins longtemps avant le tirage au sort. »

« M. le médecin-major Juguet a tout récemment publié sur les mutilations volontaires, une remarquable étude couronnée par l'Académie des Sciences ; il y fait voir, comme je l'avais pensé moi-même il y a vingt-cinq ans, comme le pensent leurs chefs militaires, qu'ils sont dans bien des cas dignes de pitié ou d'indulgence, et, de même que l'autorité militaire s'efforce de moraliser les indisciplinés et de les faire rentrer dans le sentiment du devoir et de l'honneur, elle ne refuse pas le même bénéfice ni les mêmes encouragements aux mutilés volontaires. Il est notoire que la plupart de ces hommes, égarés et timides, accomplissent tous les travaux pénibles, toutes les obligations qui leur sont imposées sous un climat particulièrement rigoureux, sans se faire punir une seule fois pendant la durée intégrale de leur service. Ils m'avaient donc paru être dignes de quelque intérêt, et j'ai cru que la chirurgie pouvait tout d'abord le leur témoigner, avec l'assentiment de leurs chefs, en les débarrassant, quand faire se pouvait, de la gêne que leur infirmité apportait à leurs travaux de chaque jour ».

Tout chirurgien qui a fait la guerre et qui, hélas ! a eu l'occasion d'observer ces séries d'auto mutilations multipliées par contagion psychique, à certaines phases dépressives de ces quatre années d'angoisse et de misère, ne peut qu'approuver de semblables paroles, d'intelligente bonté et d'humaine indulgence envers ces fléchissements passagers du sens du devoir et cette volonté de rédemption.

C'est là qu'apparaissent la noblesse du rôle d'un vrai chirurgien d'armée, sa compassion pour l'humble « piétaille » qui peine et qui souffre, son action atténuatrice des rudesses de la discipline ! Quiconque a vécu au contact du soldat, estimera, avec nous, que Dujardin-Beaumetz a été plus méritoire encore par cette portée morale de son intervention que par la valeur de sa technique et de ses bons résultats opératoires.

***

« J'ai vu, depuis vingt-quatre ans, nous dit-il, un grand nombre de doigts dont la mutilation avait été traitée par la méthode conservatrice. Les guérisons datant de plusieurs années, il devenait facile d'en constater les résultats éloignés. Si j'ai bien observé quelques cas réellement favorables, j'ai vu, au contraire, un grand nombre de doigts en ankylose angulaire ou rectiligne, gênant les fonctions des autres doigts ou de la paume de la main, ou devenus absolument inutiles et comme surnuméraires ».

Il n'y a pas de formule absolue, conservatrice ou interventionniste. Il y a des indications anatomiques et cliniques. Avant tout, c'est le résultat fonctionnel qui prime : il faut savoir retrancher ce qui est *inutile* ou *douloureux*, ou *gênant pour le fonctionnement des doigts restés valides*.

Car c'est une notion que Dujardin-Beaumetz a bien établie : l'invalidité pour les quatre derniers doigts est double. Elle tient à l'incapacité personnelle du doigt atteint, mais elle dépend aussi de la solidarité qu'établissent avec les doigts restés valides les adhérences tendineuses

inflammatoires. Et si l'amputation améliore la situation totale de la main, c'est que non seulement elle supprime une partie ankylosée ou douloureuse, butant maladroitement contre tout objet, mais qu'elle rend aux autres doigts, liés au doigt invalide par la symphyse tendineuse et entravés par les tractus fibreux leur liberté de jeu. Dujardin-Beaumetz l'a bien montré par la dissection attentive des pièces opératoires, dont plusieurs ont été dessinées par le grand artiste qu'était Paul Richer.

C'est sur un considérable matériel clinique que Dujardin-Beaumetz a fondé ses conclusions. J'ai sous les yeux ce dossier : c'est un modèle de précision et, comme on dit maintenant, d'objectivité. Les observations sont prises méthodiquement et en détail ; des dessins, des photographies représentent, avant et après, les attitudes et l'amplitude fonctionnelles. Des moulages, pris par Dujardin-Beaumetz lui-même, fixent ces positions et la majeure partie de ces plâtres a été déposée, comme pièces à convictions, dans le musée du Val-de-Grâce. Des préparations anatomiques très soignées exposent les lésions, les adhérences, et expliquent la limitation fonctionnelle résultant de l'interdépendance motrice des doigts. Enfin, grâce aux facilités de contrôle, dans le milieu militaire, un questionnaire très explicite a été envoyé aux médecins-chefs des corps de troupe ; l'authenticité et la certitude des renseignements ultérieurs sont donc indéniables.

Le total porte sur plus de *cent-cinquante amputations des doigts*, surtout de l'index (68), *dans la continuité du métacarpien*. « J'affirme, d'après les renseignements reçus, que les mains ainsi opérées ont, dans la presque totalité des cas, recouvré une liberté, une aisance, une adresse, une sécurité dans leurs mouvements et leurs fonctions suffisantes pour compenser largement le léger amoindrissement de la force... Je n'avais pas omis de demander si l'homme rendu, à la faveur de l'opération, à la vie militaire active, avait été bien accueilli par ses camarades, afin de savoir si le but moral que je m'étais proposé avait été atteint.

Toutes les réponses ont été nettement affirmatives et j'ai eu la satisfaction d'apprendre ainsi que plusieurs de ces hommes avaient de nouveau exprimé leur reconnaissance pour le service qui leur avait été rendu ». Donc, c'est presque une compagnie entière, de soldats temporairement dévoyés, qui, par la chirurgie, est rentrée dans le rang et dans la vie normale ! C'est un résultat et dont la pratique civile peut utilement s'inspirer !

Une question est importante : l'intervention doit-elle être *primaire* ou *secondaire* ? L'intervention primitive a des avantages, elle est conforme au principe actuel de la mise immédiate en état de la plaie contuse et de la suppression des parties dévitalisées ; portant sur des tissus non infectés, elle comporte, si la réunion par première intention réussit, une guérison rapide ; les sujets sinistrés nous y poussent et les Compagnies d'assurances elles-mêmes préfèrent ces solutions rapides et nettes. Mais, si, dans les cas simples, il est possible de prévoir l'avenir fonctionnel de la main, et de faire la part de ce qui est conservable et de ce qui est inutilisable, il est souvent difficile, dans les lésions complexes, de préjuger les chances de survie des parties contuses, la part de mobilité digitale qui pourra être maintenue, la qualité de la cicatrice : autant de raisons pour temporiser. Et c'est secondairement que se pose le problème des opérations réparatrices ou correctrices ; le rapport documenté et judicieux de MM. Lenormant et Iselin en expose excellemment les règles générales.

Je crois que l'opération de Dujardin-Beaumetz constitue l'une de ces meilleures interventions d'amélioration fonctionnelle et qu'elle mérite d'être plus connue et mieux appréciée. Quiconque a pu, en particulier, observer la qualité de la restauration physiologique qu'elle apporte dans les invalidités de l'index est surpris de constater la façon parfaite dont le médius prend la place et les fonctions de ce doigt, de voir combien la suppression du relief de la tête métacarpienne a régularisé la néo-commissure entre le pouce et le médius, combien la prise des instruments a gagné en force et en précision, et combien même l'esthétique en bénéficie, car il faut compter les doigts pour s'apercevoir que cette main qui empoigne solidement l'outil et qui se ferme normalement, n'en a plus que quatre.

Le cœur et l'appareil circulatoire du mineur

Par M. André FEIL

Si de très nombreux travaux ont établi l'influence du milieu souterrain sur le poumon, spécialement en ce qui concerne l'action des poussières siliceuses, par contre on s'est intéressé beaucoup moins aux manifestations cardiaques et vasculaires chez les mineurs.

Il semble cependant que les divers facteurs qui caractérisent le milieu souterrain [élévation de la température, hausse de la pression atmosphérique (1), humidité de l'air, présence de gaz toxiques] soient susceptibles d'agir directement ou indirectement sur le système vasculaire et sur le cœur lui-même.

Désireux de nous faire une opinion sur ce point particulier, nous nous sommes efforcé de déceler les manifestations circulatoires (cœur et tension artérielle) chez les mineurs, au cours de plusieurs enquêtes que nous avons eu l'occasion d'effectuer, ces dernières années, dans les mines de fer et dans les carrières d'ardoise.

1° Le cœur des mineurs. — Notre *première enquête* concerne les mineurs du fer. Nous avons examiné 154 ouvriers, tous travailleurs du fond, choisis parmi les plus anciens : 97 mineurs au marteau, 22 chargeurs, 35 ouvriers de la régie (boiseurs, wattmans, poseurs de rails, etc.). Ces 154 ouvriers étaient âgés de 22 à 63 ans ; huit avaient moins de 30 ans ; trois plus de 60 ans ; le plus grand nombre (61 p. 100) avaient entre 40 et 60 ans. 55 (soit 35 p. 100) travaillaient au fond depuis plus de quinze ans et 118 (76 p. 100) depuis au moins dix ans ; 2 seulement depuis moins de cinq ans.

L'auscultation du cœur montrait, chez ces 154 ouvriers, les troubles suivants :

Lésions organiques primaires : 2 (1 rétrécissement mitral et 1 insuffisance aortique), soit un pourcentage de 1,2 %.

Retentissement du deuxième bruit aortique (allant du simple claquement au clangor) : 18, pourcentage 11 %.

Symptômes divers : hypertrophie (1), tachycardie (1), assourdissement des bruits (3), troisième bruit du cœur (1) : 9, pourcentage 5,8 %.

A l'examen radioscopique, on remarquait chez un grand nombre d'ouvriers (23 p. 100) une contraction énergique du myocarde, accompagnée généralement d'une augmentation du volume du cœur ; assez souvent l'aorte était large, dense, quelquefois battante.

(1) Nous rappelons que la température atmosphérique augmente d'un degré par 33 mètres de profondeur, et que la pression de l'atmosphère marque une hausse de 1 mm. par 11 m. 24 de profondeur.

Aucun de ces 154 ouvriers n'a interrompu le travail pour affection cardio-vasculaire ; de même parmi tout le personnel d'une des mines (460 ouvriers), aucun arrêt n'a été motivé, durant toute une année, par une lésion du cœur.

Notre deuxième enquête, effectuée dans les carrières d'ardoise, nous a permis de recueillir plusieurs statistiques qui montrent la proportion des affections cardio-vasculaires chez les ardoisiers au fond.

a) Statistique de morbidité. Nous avons examiné personnellement 70 ouvriers (44 mineurs-fonceurs et 26 manœuvres au fond). Sept présentaient des troubles cardiaques (soit 10 %) se décomposant ainsi : trois fois il s'agissait de lésion organique mitrale ; trois fois d'un retentissement du bruit aortique ; une fois d'un souffle inorganique.

Dans cette ardoisière, la visite d'embauchage est moins stricte que dans les mines de fer ; ainsi s'explique la proportion relativement plus élevée de lésions organiques.

b) Statistique de mortalité. Nous avons recherché les causes de la mort de 130 ardoisiers : 86 occupés au jour, 44 au fond. Le tableau ci-dessous indique les causes de mort avec leur pourcentage ; nous y joignons, à titre comparatif, le pourcentage des décès chez les hommes non ardoisiers de la commune.

Pourcentage des causes de décès chez les ouvriers ardoisiers (fond et jour) *et chez les hommes non ardoisiers de la commune.*

Maladies causes des décès	Non ardoisiers (Hommes de plus de 20 ans) %	Ardoisiers du jour %	Ardoisiers au fond %
Tuberculose pulmonaire	12,06	17,46	27,27
Urémie et néphrite	4,30	13,90	9,09
Hémorragie cérébrale thromboses ou embolie	12,06	13,90	6,36
Accidents ou morts violentes	12,06	5,81	20,45
Sénilité	18,90	15,25	2,27
Cancer	4,30	9,30	2,27
Pneumonie	2,20	3,28	9,09
Lésions pulmonaires (sauf tuberculose)	8,51	5,81	2,27
Cardiopathie	8,51	3,48	6,36
Affections gastro-intestinales	4,30	4,65	4,54
Affections du système nerveux.	4,30	3,48	4,54
Divers	8,50	3,68	5,49

La lecture de ce tableau nous invite aux conclusions suivantes :

Les cardiopathies n'atteignent pas, chez les ardoisiers du fond, un chiffre élevé ; leur pourcentage est même inférieur à celui des autres travailleurs de la région. La différence est encore plus sensible si l'on tient compte des décès enregistrés sous l'étiquette : hémorragie cérébrale ou embolie ; la cause de ces affections étant généralement une maladie du cœur ou l'hypertension artérielle.

D'autres statistiques confirment la rareté des affections primaires du cœur chez les mineurs. Mauler(1) n'a enregistré en 1929 que 43 % de troubles cardiaques chez les mineurs de son district. D'autre part, les statistiques globales des grandes corporations minières (2) n'admettent qu'une moyenne de 8,90 % de maladies cardio-vasculaires primaires dans les causes de l'invalidité minière entre la 25e et la 55e année. De son côté, Legrand (3) écrit, dans son rapport sur le travail dans les mines domaniales de potasse, que les affections cardiaques légères se rencontrent dans les proportions suivantes : 0,37 % de l'effectif du fond, contre 2,06 % pour les ouvriers du jour.

On peut être surpris de la rareté relative des affections cardio-vasculaires chez les mineurs. Il semblerait, en effet, que les conditions pénibles du travail à la mine, les troubles de l'appareil respiratoire produits par les poussières, dussent prédisposer au surmenage de l'appareil circulatoire. Mais il faut tenir compte que le mineur du fond est presque toujours un homme robuste, sélectionné, qui a subi à l'embauchage une visite habituellement sévère. Ainsi s'explique la rareté des affections primaires du cœur, et la prédominance des affections cardiaques secondaires dues, presque toutes, à des lésions de l'appareil respiratoire, emphysème et sclérose.

Ces lésions respiratoires déterminent une diminution de l'élasticité du parenchyme pulmonaire, une réduction du champ de l'hématose ; elles entraînent, à la longue, une gêne dans la petite circulation, une hypertension pulmonaire, qui aboutit, si le surmenage dure longtemps, à l'hypertrophie ou à la dilatation des ventricules, et finalement à l'insuffisance cardiaque.

Le rapport incontestable qui existe entre pneumoconioses et lésions cardiaques secondaires est souligné par les statistiques de Husten (1). Cet auteur donne les pourcentages suivants, de mortalité par insuffisance cardiaque :

1er groupe : coniose légère, 9 % d'insuffisance cardiaque.
2e groupe : coniose moyenne : 10 % d'insuffisance cardiaque.
3e groupe : coniose avancée 27 % d'insuffisance cardiaque.
4e groupe : coniose très grave, 76 % d'insuffisance cardiaque.

En résumé, ce qui caractérise le cœur des mineurs c'est la rareté des lésions primaires et la tendance aux manifestations secondaires, liées aux troubles de la petite circulation.

Nos constatations sur le cœur des mineurs sont à rapprocher de celles de Wohlhueter. Cet auteur décrit chez le mineur une image spéciale de la contraction cardiaque : à l'examen radioscopique, on observe, d'après cet auteur, une contraction particulière du ventricule gauche « en nez ou en museau de lapin ». La pointe du cœur se rétracte brusquement pendant la systole et le ventricule gauche décrit un mouvement d'une amplitude prononcée. « Toute la phase systolique de la révolution cardiaque, a quelque chose d'extrêmement brutal qui se transmet également à l'artère pulmonaire et à l'aorte, par contre la diastole est lente, prolongée. L'ensemble des deux phases dessine sur tout l'arc cardiaque inférieur gauche un mouvement ondulatoire qui peut se comparer au tremblement du museau de lapin ». En somme, phase systolique brusque et forte ; grande amplitude et évidement lent du ventricule. Tout ceci se précise à l'écran par une image dite majestueuse.

Le cœur des mineurs, c'est également l'opinion de Wolhlhueter, a vraisemblablement pour origine une hypertension pulmonaire atténuée, dont la cause habituelle chez les mineurs est l'emphysème, et surtout la sclérose coniotique.

* * *

2° La tension artérielle du mineur. — Le système circulatoire devait attirer notre attention. Nous avons mesuré la tension artérielle de 153 mineurs (avec l'appareil Vaquez-Laubry) : 22 fois la tension maxima était supérieure à 16 (soit un pourcentage de 14 %) ; 6 fois elle atteignait 18 ; 4 fois seulement (2,6 %) elle dépassait ce chiffre. Cette proportion apparaît peu élevée lorsqu'il s'agit d'hommes vigoureux, pratiquant quotidiennement un métier de force, dont l'âge, pour le plus grand nombre (61 %) se tient entre 40 et 60 ans.

Beaucoup de mineurs, au contraire, avaient une tension faible : 55 (soit 35 %) avaient une pression inférieure ou égale à 13 maxima, ce qui est une forte proportion si on considère l'âge de ces ouvriers : 5 % avaient moins de 30 ans ; 59 % avaient entre 40 et 60 ans.

Nous nous sommes posé la question de savoir si le travail au marteau influe sur la tension artérielle du mineur. Il ne le semble pas ; les chiffres que nous avons obtenus comparativement, chez les mineurs au marteau et chez les autres ouvriers du fond, n'indiquent pas de différence appréciable entre les deux groupes de travailleurs.

La baisse relative de la tension artérielle chez le mineur a déjà été signalée par quelques auteurs.

(1) Extrait des maladies avec incapacité passagère de l'hôpital de Freysing, année 1929.

(2) Wohlhueter. — Le cœur des mineurs, p. 51. *Les Editions universitaires de Strasbourg*, 1933.

(3) Legrand. — Le travail dans les mines domaniales de potasse d'Alsace exerce-t il une influence particulière sur la santé du personnel. *Congrès des Sociétés industrielles de Reims*, 23 mai 1933.

(1) Husten. — Die Staublungenerkrankung des Bergleute in Ruhr. kohlenbezisk Gustav Fischer, Verlag, jena, 1931.

Courtois (1) dans un travail sur l'anthracose des mineurs, remarque qu'il est « exceptionnel, même chez les vieux mineurs, de noter une élévation sérieuse de la maximale ; l'inverse semble être la règle ».

Legrand (2), médecin-conseil des mines domaniales de potasse, observe également que l'hypertension apparaît peu fréquente chez les mineurs de potasse qui travaillent au fond de la mine : 6,44 % chez les ouvriers du fond au lieu de 10,06 % pour les ouvriers du jour.

Fath et Jasienski signalent l'hypotension artérielle chez six mineurs de houille ; comme les auteurs précédents, ils citent simplement le fait dans leurs observations ; ils n'en tirent aucune conclusion.

Wohlhueter (3) insiste, au contraire, sur ce symptôme qu'il a été le premier, croyons-nous, à étudier et à rattacher aux conditions qui règnent dans le milieu souterrain. Il a trouvé l'hypotension chez 67 % des mineurs de charbon. Il est vrai que les mineurs examinés par lui étaient, pour la plupart, des malades de sanatorium.

Il n'en fait pas un signe de déficience myocardique, ses recherches ne lui ayant montré aucune diminution de l'énergie contractile du cœur. Ainsi, sur 21 mineurs hypotendus, âgés de 18 à 25 ans, à qui il a fait accomplir un effort corporel (monter 40 marches d'escalier), 14 n'ont présenté aucune modification de la pression différentielle ; 2 ont eu la tension initiale diminuée de 5 mm ; chez 5 autres, elle s'est élevée de 5 à 10 mm., avec augmentation proportionnelle de la différentielle. Aucun des ouvriers hypotendus ne présentait à l'écran la pulsation caractéristique en museau de lapin, ni de modification notable de la forme du cœur et de ses dimensions.

De notre côté, nous avons cherché à mesurer la résistance de l'appareil cardio-vasculaire chez les mineurs au travail, en notant l'accélération du pouls après un effort modéré (dix génuflexions rapides). 105 ouvriers, tous mineurs au fond, ont été examinés à ce point de vue au cours de notre enquête. Voici les résultats :

Ouvriers debout, au repos :

29 pour 100 des ouvriers ont moins de 70 pulsations par minute ;

22 p. 100 des ouvriers ont plus de 80 pulsations par minute.

1,6 p. 100 des ouvriers ont plus de 100 pulsations par minute.

Ouvriers debout, après un effort modéré (10 génuflexions) :

39 p. 100 des ouvriers ont plus de 100 pulsations par minute ;

61 p. 100 des ouvriers ont moins de 100 pulsations par minute ;

12 p. 100 des ouvriers ont, après l'effort, une augmentation d'au moins 30 pulsations par minute ;

49 p. 100 ont, après l'effort, une augmentation qui n'atteint pas 20 pulsations par minute.

Cette proportion de 49 % s'élève à 80 % si l'on tient compte uniquement des ouvriers qui ont une tension égale ou inférieure à 13.

Il résulte de ces chiffres que les battements cardiaques sont généralement peu accélérés après un effort modéré ; ceci indique une bonne résistance du myocarde chez la plupart des mineurs examinés, et, fait à souligner, cette bonne résistance semble particulièrement élevée chez les sujets dont la tension est faible.

Il semble qu'on puisse conclure de ces recherches que l'hypotension artérielle des mineurs est indépendante de l'état du cœur. Elle ne paraît nullement diminuer la résistance de l'ouvrier ; elle ne peut être considérée comme un facteur de déficience myocardique.

(1) Courtois. — *Revue de pathologie et de physiologie du travail*, nov. 1933, n° 2, p. 39, Bruxelles.

(2) Fath et Jasienski.— Vues sur l'étiologie et le diagnostic de la silicose et de la silico-tuberculose du poumon. *Arch. méd. chir. de l'ap. respir.* t. VII, 2, 1933.

(3) Wohlhueter. — Le cœur des mineurs, p. 51.

Wohlhueter en fait un signe d'adaptation physiologique du système cardio-vasculaire au milieu souterrain ; il suppose, et c'est vraisemblable, que l'hypotension du mineur est liée à la hausse de la pression atmosphérique dans la mine. Cette pression augmentant proportionnellement avec la profondeur, l'hypotension devrait se manifester avec le plus de netteté chez les ouvriers qui travaillent dans les mines les plus profondes. Ainsi s'explique, peut-être que dans les mines que nous avons visitées, mines de fer, carrières d'ardoise (dont la profondeur ne dépasse guère 300 mètres), l'hypotension des mineurs soit modérée, moins caractéristique que dans les mines de charbon ou de potasse, dont la profondeur peut atteindre 6 à 700 mètres et davantage.

Cet abaissement de la tension artérielle chez les mineurs, doit être rapproché des variations qu'on remarque très souvent chez l'ouvrier qui travaille dans les caissons : s'il y a dépression atmosphérique la tension de l'ouvrier s'élève ; s'il y a surpression, elle s'abaisse. Ces faits ne sont pas constants, mais ils sont la généralité ; on peut les reproduire expérimentalement chez des sujets placés dans des appareils dont on fait varier la pression atmosphérique.

De même, chez les aviateurs, la tension artérielle présente une courbe inverse de la pression de l'atmosphère : elle s'élève, en général, au cours de la montée, elle s'abaisse pendant la descente « cela pour des ascensions comprises entre 0 et 5.000 mètres, c'est-à-dire à des altitudes où n'apparaissent pas encore, en avion, les troubles du mal d'altitude » (Beyne) (1).

Les variations de la tension artérielle varient, d'ailleurs, beaucoup suivant les sujets. Elles sont relativement faibles chez les aviateurs entraînés, en même temps que vigoureux et sains ; elles se montrent plus importantes, au cours de la même ascension, chez d'autres, peu entraînés, dont la souplesse physiologique est diminuée par l'âge.

Sans doute en est-il de même chez le mineur. Mais, il faut tenir compte, chez eux, d'autres facteurs dont le rôle n'est pas négligeable. Ainsi l'effort musculaire continu, tel le travail au marteau pneumatique, baisserait plutôt la tension ; la température généralement élevée dans les mines, aurait une même action ; les variations de la pression atmosphérique, auxquelles sont soumis les mineurs, montée et descente à la mine, surtout lorsque celles-ci se font rapidement, seraient un facteur d'hypotension. Peut-être faut-il invoquer l'action de gaz hypotensifs (CO^2 et CO) susceptibles de créer chez le mineur un état d'intoxication lente, modérée et successive.

Comment agissent ces divers éléments ? se produit-il un déséquilibre de la circulation ? doit-on faire intervenir dans la production de ce phénomène une action sympathicotonique et vagotonique ? on l'ignore. Mais l'existence d'une hypotension relative chez le mineur paraît un fait incontestable, sur lequel Wohlhueter le premier, croyons-nous, a attiré l'attention.

Cette question mérite d'être étudiée par les médecins attachés aux mines. Il serait intéressant de suivre l'évolution de la tension artérielle du mineur depuis l'embauchage. On pourrait ainsi dresser des courbes qui, compte tenu des conditions qui peuvent modifier momentanément la tension (maladies, repas, travail, heures, etc..), donneraient des renseignements du plus haut intérêt.

En résumé, ce qui caractérise la pathologie cardiaque des mineurs, c'est, semble-t-il, la rareté des affections primaires du cœur, opposée à la fréquence des manifestations secondaires ; c'est aussi l'hypotension artérielle que l'on observe souvent chez ces ouvriers. Cette pathologie cardiaque paraît trouver son étiologie dans le milieu spécial où travaille le mineur, air poussiéreux, confiné, chargé en anhydride carbonique ; pression atmosphérique plus élevée qu'à la surface et proportionnelle à la profondeur du gisement minier.

(1) Beyne. — Les variations de la tension artérielle chez l'homme sous l'influence de la pression atmosphérique. *La Médecine*, septembre 1932, p. 670.

◆◆

La meilleure prophylaxie des troubles cardiaques du mineur consiste dans une visite d'embauchage sévère. Il faut éliminer non seulement les ouvriers qui ont une lésion organique, mitrale ou aortique, mais tous ceux qui présentent une déficience cardiaque. On devra soumettre les mineurs aux épreuves habituelles de mesure de la résistance cardio-vasculaire.

CLINIQUE MÉDICALE

CLINIQUE MÉDICALE DE SAINT-ANTOINE : Prof. Loeper

Quelques aperçus sur les myopathies (1)

Par M. FAURE-BEAULIEU

Je désire vous communiquer quelques aperçus nouveaux concernant les myopathies, atrophies musculaires progressives dans lesquelles la lésion primitive intéresse la fibre musculaire elle-même, tandis que pour les amyotrophies myélopathiques ou spinales elle siège dans les cornes antérieures de la moelle et pour les amyotrophies névritiques, dans les troncs nerveux.

Je vous présente un malade, âgé de 37 ans, atteint de myopathie depuis dix-sept ans. L'atrophie a commencé aux membres supérieurs, puis, après un certain temps, est descendue aux membres inférieurs; la maladie s'est intallée progressivement, sans aucune douleur, sans troubles de la sensibilité. Examinons ce malade ; les mains et les avant-bras sont de volume normal ; les mouvements des doigts se font très bien ; par contre, on note une atrophie considérable des deux bras ; les muscles de la ceinture scapulaire sont aussi frappés d'atrophie ; vous voyez que les omoplates sont fortement détachées du tronc, fait caractéristique pour la myopathie (*scalpulæ alatæ*) ; l'atrophie des muscles des gouttières vertébrales entraîne une lordose accusée ; la taille est très mince : c'est ce que Pierre Marie appelait « la taille de guêpe ». Quant aux membres inférieurs, vous voyez que les fesses ont fondu, les cuisses sont amaigries. Les mollets et les pieds sont normaux. En somme, aux membres l'atrophie est proximale, ce sont surtout les ceintures pelvienne et scapulaire qui sont atteintes. Les réflexes tendineux des membres sont diminués ; le réflexe rotulien fait défaut. La face de ce malade est indemne. Etudions les mouvements de notre malade ; il s'asseoit d'une pièce, ce qui s'explique par l'atrophie des muscles du tronc, du bassin et des cuisses. Il présente une démarche caractéristique appelée « démarche de canard ». Notre malade ne peut se relever si on le couche par terre, son atrophie étant trop prononcée ; quand elle l'est moins, le myopathique se relève de la manière suivante : tout d'abord il se met à quatre pattes, ses mains empoignent ses genoux et il se relève en grimpant avec ses mains le long de ses cuisses.

Examinons maintenant l'aspect d'une amyotrophie du type spinal : il est réalisé chez ce second malade que je vous présente, bien qu'il s'agisse en réalité d'une amyotrophie névritique, mais l'aspect morphologique est le même. C'est un lépreux atteint de la forme maculeuse et nerveuse de la maladie. Dans les amyotrophies myélopathiques comme chez lui, l'atrophie musculaire a une topographie distale ; voyez ce malade et notez la déformation de ses mains ; elles sont diminuées de volume, les espaces interosseux excavés, les paumes aplaties ; les masses musculaires thénariennes et hypothénariennes ont fondu ; c'est la « main du singe » caractéristique de l'atrophie du type Aran-Duchenne. On note attitude en hyperextension de la première phalange et en flexion les deux autres. Le pouce, relégué sur le même plan que des autres doigts, a subi en outre un mouvement de rotation externe qui fait que la pulpe regarde en avant et non plus en dedans.

Vous voyez par la confrontation de ces deux malades le contraste morphologique entre les variétés myopathique et myélopathique d'amyotrophie. D'autres différences cliniques les séparent, que nous allons passer en revue rapidement. Les secousses fibrillaires sont caractéristiques des myélopathies et manquent dans les myopathies : au niveau des masses musculaires la racine des membres, surtout deltoïde et quadriceps, on voit, le malade étant au repos, leur surface soulevée par des ondulations vermiculaires, « myosismies », insuffisantes, parce que fasciculaires, à déplacer les segments des membres.

La myopathie atrophique est de règle héréditaire et familiale, fait qu'on n'observe pas dans les myélopathies ; chez notre myopathique le fait n'a pu être contrôlé, car il ne connaît pas son père ni sa famille paternelle.

En outre, on observe dans les myélopathies plusieurs manifestations neurologiques surajoutées et dues à la lésion médullaire : alors que dans la myopathie l'amyotrophie est tout, dans les myélopathies elle est un élément d'un syndrome complexe, sur lequel se basera le diagnostic différentiel. Voyons comment il se pose pour les principales maladies médullaires amyotrophiantes : la syringomyélie se distinguera par la dissociation caractéristique de sensibilité ; abolition de sensibilité thermique et douloureuse avec conservation de la sensibilité tactile ; la sclérose latérale amyotrophique par la présence des signes pyramidaux, clonus du pied et signe de Babinski ; la syphilis nerveuse à forme amyotrophique, sur laquelle a insisté André-Lévi, par l'examen du liquide céphalo-rachidien qui montre les réactions cytologiques, chimiques et biologiques de la syphilis. Seule la poliomyélite antérieure chronique, affection rare, si rare que son autonomie a pu être contestée, présente une amyotrophie sans signes neurologiques surajoutés, mais à topographie proximale.

Les formes cliniques des myopathies sont très nombreuses, et l'on peut dire qu'il n'y a pas deux cas identiques. De façon un peu schématique, on peut les ramener à quatre types, portant les noms des auteurs qui les ont observé et décrit. La forme facio-scapulo-humérale de Landouzy-Déjerine est caractérisée par la diplégie faciale ; la figure du malade est immobile, inexpressive. Les lèvres sont éversées : la supérieure fait « la lèvre de tapir », l'inférieure se recourbe « en rebord de pot de chambre » ; les paupières sont tombantes et incapables d'occlusion complète, l'ensemble de ces altérations constitue le « faciès myopathique ». L'atrophie commence par la face, puis sont atteints les muscles de la ceinture scapulaire, des membres supérieurs, ensuite ceux du tronc et enfin ceux de la ceinture pelvienne et des membres inférieurs.

La forme pseudo-hypertrophique de Duchenne est caractérisée par une hypertrophie apparente de certains muscles des membres inférieurs surtout accentuée aux mollets, les autres étant atrophiés comme dans les autres formes ; cette forme est propre à l'enfant.

La forme décrite par Leyden-Mœbius est, somme toute, une variété de la forme précédente, dont elle se diffère par l'absence d'hypertrophie.

Dans la forme décrite par Zimmerlin la face est in-

(1) Leçon faite le 3 décembre 1933, résumée par Mme le Docteur RODZEVITCH.

demne ; c'est donc à elle qu'appartient notre premier malade.

Parfois s'associent à l'amyotrophie des troubles endocriniens, d'ordre surtout thyroïdien, et qui peuvent varier soit vers le myxœdème, soit vers la basedowienne. Mais le plus intéressant des troubles associés est la myotonie.

Pour vous donner une idée de ce qui est le phénomène myotonique je vous présente cette troisième malade : je lui dis de me serrer la main, elle le fait très aisément, et si je lui commande de desserrer son étreinte, plusieurs secondes s'écoulent avant qu'elle puisse le faire. Le phénomène consiste donc essentiellement dans un contraste flagrant entre la rapidité et l'aisance de la contraction musculaire d'une part, et d'autre part par la lenteur et la difficulté de la décontraction dans l'acte de préhension ; c'est la «main d'accapareur» comme l'appelait si justement Grasset. Quand le phénomène myotonique existe au complet, ce qui, je dois l'avouer, n'est pas le cas pour le malade, le trouble de la contraction ou plutôt de la décontraction volontaire se combine à deux autres symptômes qui sont de même ordre : la réaction myotonique à la percussion des muscles, consistant en une persistance anormale de l'attitude ainsi provoquée : par exemple, après percussion au marteau des muscles thénariens, le pouce garde pendant 10 à 15 secondes ou même plus l'attitude en opposition et en adduction ; la réaction myotonique électrique consistant de même en : *a*) une persistance anormale constituant un véritable tétanos musculaire des contractions déclenchées par une excitation électrique ; *b*) une élévation de la chronaxie.

En somme, l'état myotonique comporte une triade symptomatique : persistance de la contraction volontaire, de la contraction par excitation mécanique et de la contraction par excitation électrique.

La myotonie se trouve en clinique dans deux syndromes bien définis :

1° la myotonie atrophique ou la maladie de Steinert, où elle coexiste avec une amyotrophie atteignant les groupes musculaires des membres et de la face, selon une répartition variable, mais avec une prédilection particulière pour les sterno-mastoïdiens, les trapèzes et les muscles de face ; où elle coexiste avec tout un ensemble de troubles endocriniens, calvitie précoce, atrophie testiculaire, cataracte spéciale caractérisée par la présence des corps de Vogt dans le cristallin ;

2° la maladie de Thomsen, maladie héréditaire et familiale, où au contraire la myotonie coexiste avec une hypertrophie musculaire accentuée pouvant prédominer suivant les cas, aux membres supérieurs ou inférieurs : gros biceps, cuisses énormes donnent au malade une apparence herculéenne trompeuse, car leur force musculaire est diminuée.

A côté de ces états myotoniques bien typiques il en est d'autres qui se rencontrent à type épisodique au cours de maladies diverses organiques du névraxe, et dont la liste serait trop longue à vous donner.

Voici maintenant la raison de cette digression qui a pu vous paraître bien longue sur les myotonies.

M. Bourguignon a montré par ses longues et patientes recherches d'électrologie, que l'un au moins des éléments de la myotonie, à savoir la réaction myotonique électrique, se retrouve quand on sait la rechercher, d'une façon constante sur certains faisceaux musculaires chez les myopathiques purs (le fait a été vérifié par lui chez notre premier malade), comme chez les myotoniques atrophiques et les thomseniens : ces trois variétés de malades présenteraient donc les trois variétés d'une seule et même maladie, la maladie ou la dystrophie myopathique.

Les liens entre ces trois maladies, myopathie, myotonie atrophique et maladie de Thomsen, peuvent être schématisées dans le tableau ci-contre :

	Amyotrophie	Myotonie électrique	Myotonie clinique	Hypertrophie
Myopathie............	//////////	/////		
Myotonie atrophique...	//////////	/////	/////	
Maladie de Thomsen...		/////	/////	//////////

qui montre que la myotonie est l'axe autour duquel elles viennent se grouper.

Le traitement des myopathies, jusqu'à ces temps derniers, était, il faut l'avouer, inexistant ; traitement électrique, massages, strychnine, n'ont jamais enrayé la progression de la maladie ; on peut en dire autant de l'auto-injection de liquide de vésicatoire ; il est probable que les succès concernaient des pseudo-myopathies névritiques.

Par contre, un traitement nouveau, le traitement glycollé semble avoir donné des résultats. Pour vous exposer les bases de ce traitement il faut vous rappeler quelques notions élémentaires sur le métabolisme des corps créatiniques, mises au point dans la monographie récente de Kayser. La créatine, corps azoté découvert dans le bouillon de viande par Chevreul en 1835, est contenue en presque totalité dans les masses musculaires et joue un rôle de premier plan dans les phénomènes chimiques de la contraction musculaire ; elle est éliminée par les urines sous forme de son anhydride la créatinine, sauf chez l'enfant et la femme enceinte, l'urine ne contient pas de créatine ; à l'état normal la créatine ne passe donc pas dans l'urine.

Par contre, chez les myopathies il y a de la créatinurie, la créatinine est abaissée ou absente dans l'urine. Partant de ce fait, que le glycocolle, le plus simple des acides aminés, entre pour une part importante dans la constitution de la molécule de créatine, substance déficiente ou altérée chez les myopathiques. Thomas Milhoret et Techner ont eu l'idée de rétablir le métabolisme de cette substance par l'ingestion de glycocolle chez les myopathiques. Dans la littérature anglo-saxonne et allemande les observations cliniques sont déjà nombreuses (Kostakow, Slanek), où une amélioration a été obtenue par cette méthode nouvelle. Le métabolisme des corps créatiniques se trouve rétabli grâce à l'ingestion de glycocolle ; les malades retiennent leur créatine et ne l'éliminent plus que sous la forme de créatinine. En plus, on observe l'augmentation du volume des muscles atrophiés et la reprise de leur vigueur. Le glycocolle est une poudre blanche que l'on donne à la dose de 10 à 15 grammes par jour ; la cure de glycocolle doit être prolongée plusieurs semaines et l'amélioration qu'elle apporte cesse peu de temps après la fin de la cure. La gélatine, dans la constitution de laquelle le glycocolle entre pour une large part, ainsi que les aliments riches en cette substance, abattis, tête de veau, pieds de veau, seraient d'utiles adjuvents ou succédanés de la cure, dont le prix élevé peut rendre difficile la vulgarisation et la continuité de son emploi. On a aussi recommandé une médication phosphorée adjuvante, en raison de ce fait que dans des mutations chimiques de la contraction musculaire on a surpris un stade où la créatinine est liée à l'acide phosphorique.

Dans un cas que j'ai publié il y a deux ans avec mon assistant d'alors R. Wahl, nous avons obtenu chez un myopathique traité par cette méthode un retour vers la normale du métabolisme créatinique, en ce sens que la créatininurie pathologique a fait place à une créatinurie physiologique, mais nous n'avons pu enregistrer l'amélioration anatomique et fonctionnelle que de plus heureux disenta voir obtenue. Souhaitons que chez le malade que je viens de vous présenter, cette nouvelle méthode thérapeutique ait une efficacité pratique, plus satisfaisante.

MOUVEMENT MÉDICAL

Le carbone intraveineux comme agent thérapeutique

Par **Marcel PERRAULT**
Chef de clinique médicale à l'Hôpital Saint-Antoine

En octobre 1933, à la Société médicale de Montréal, en janvier 1934, à l'Académie de médecine, à Paris, le Professeur E. Saint-Jacques (de Montréal) rapportait les résultats obtenus par lui, dans le traitement de diverses infections, par les injections intraveineuses de carbone animal.

Cette méthode il l'avait mise en œuvre sur la suggestion de son collègue Coghlin qui en avait fait une étude expérimentale encourageante.

Quelques auteurs avaient à la vérité employé déjà le charbon intraveineux, en particulier dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, tels Wedekind, G. Apitz. Il s'agissait là de faits isolés, peu démonstratifs, voués à la désuétude la plus complète.

C'est bien réellement Saint-Jacques qui est le père de la méthode et le recul est aujourd'hui suffisant pour qu'on puisse juger objectivement de sa valeur, de ses limites, de ses espoirs, de ses moyens.

L'auteur canadien (*Gazette médicale de France*, 1er mars 1935, Académie de médecine, 1er octobre 1935) vient d'insister à nouveau sur l'innocuité et les bons effets de sa méthode. On sait en quoi elle consiste : l'injection contre des affections aiguës fébriles fort variées et pour tout dire, un peu disparates, quotidiennement ou tous les deux jours, deux fois par jour dans les cas sévères, par voie veineuse, d'une suspension à 2 pour 100 de carbone *animal* dans de l'eau distillée, sous le volume de 3 à 5 centimètres cubes.

L'auteur a appliqué cette méthode dans plus de 250 cas. *Il n'a jamais observé d'accident* et n'a noté que rarement des réactions générales importantes.

Les résultats seraient des plus remarquables, concernant des affections très dissemblables : furonculose chronique, anthrax, lymphangites aiguës, orchi-épididymites aiguës gonococciques, arthrites gonococciques aiguës, cholécystites aiguës, etc...

Le rôle adjuvant du carbone intraveineux ne saurait être sous-estimé dans le traitement des suites opératoires d'appendicite gangréneuse ou dans celui des complications pulmonaires aiguës post-opératoires.

De si remarquables vertus sont confirmées par les publications de Gaudin et Demarez, de J. Gaudouin, de A. Touraine et Ménétrel.

Cependant on ne peut pas ne pas entendre quelques notes discordantes : échecs complets dans le traitement des infections cutanées, entre les mains de R. Zorn et A. Labourgade ; dangers possibles pour J. Sabrazes et J. Marton.

B. Ménétrel, qui, avec son maître Touraine, a produit toute une série de travaux expérimentaux et cliniques concernant la question, vient d'y consacrer un mémoire récent (Le carbone activé intraveineux en thérapeutique, thèse de Paris, 1935, Le François, éditeur) qui constitue une excellente mise au point, comportant par ailleurs une complète bibliographie.

Touraine et Ménétrel ont obtenu de remarquables résultats avec le carbone intraveineux. Pour eux, les indications les plus formelles paraissent être les syndromes infectieux aigus, les dermatoses aiguës ou suppurées, les lymphangites, le rhumatisme infectieux, l'érythème polymorphe, les orchi-épididymites et les salpingo-ovarites, enfin les septicémies. Les résultats ne sont pas constants, mais dans de très nombreux cas la guérison est rapide (quelques jours) et complète.

Le carbone intraveineux donnerait des résultats « encourageants » dans l'ulcère de l'estomac, la colibacillose, la maladie de Nicolas-Favre, l'acné, les adénites suppurées, le zona.

Par contre, il n'y a que des échecs à enregistrer au cours de la maladie de Hodgkin, du psoriasis, des érythrodermies, de la maladie d'Osler, des tuberculoses.

Mais si, on le voit, les auteurs, dans le gros, confirment que le carbone ait « une action anti-infectieuse de premier ordre », selon qu'ils écrivent, on ne saurait trop souligner qu'ils emploient non le carbone animal, mais un carbone végétal et un carbone végétal activé.

Ménétrel pense, en effet, que la préparation du carbone animal n'est pas dépourvue de difficultés, que certaines préparations, dont une commerciale, dit-il, peuvent déterminer de graves accidents à cause même de la dimension et de la forme des grains. Il écrit par ailleurs : « Nous nous sommes attachés tout d'abord au problème du choix du charbon et le *carbone végétal activé* a été définitivement adopté. Ses propriétés anti-infectieuses se sont montrées au moins égales à celles du carbone animal utilisé par le Professeur Saint-Jacques.

Et, pour de nombreuses raisons physiques et physiologiques, nous pensons qu'on doit lui donner la préférence. Il semble plus pénétrant, plus actif, mais moins tenace dans sa fixation. Son élimination lente de l'organisme est probable, sans doute par combustion ou oxydation, alors que le carbone animal semble fixé définitivement ».

Ménétrel donne une statistique de 162 affections traitées par le carbone activé végétal intraveineux, avec 58 % de bons résultats.

Il est vraisemblable que le pourcentage est susceptible d'amélioration. En particulier il serait bon de bien préciser les indications qui demeurent, il faut l'avouer, un peu vagues. Signalons pour mémoire que l'auteur a recherché la possibilité d'une action antitoxique contre les barbituriques, les mercuriaux, le dinitrophénol, soit expérimentalement, soit en clinique. Les résultats ne paraissent pas entièrement démonstratifs.

Les contre-indications seraient inexistantes. Au cours de ses 1200 injections, Ménétrel n'a observé de chocs impressionnants qu'en se servant (au début) de suspensions mal préparées, à éviter bien entendu.

Enfin, en usant de préparation adéquates, et spécialement du carbone végétal activé qu'il a fait préparer, Ménétrel a pu observer que si les particules de carbone se répartissaient dans le tissu réticulo-endothélial (foie, rate, poumons) tant chez l'homme que chez l'animal en expérience, jamais il n'y avait production à ce niveau de lésions inflammatoires consécutives, importantes et durables.

Mais, dit Ménétrel, il y a sans doute là une influence directe de la préparation de carbone employée. C'est ce qui explique les résultats opposés du Professeur Sabrazes qui, lui, s'est servi d'une préparation de carbone animal du commerce où il a pu déceler des particules de carbone énormes, dépassant 50 μ, alors que, dans la préparation de Saint-Jacques ou dans celle de Ménétrel, les grains les plus gros ne dépassaient pas 15 à 18 μ.

Quant au mode d'action du carbone il demeure bien mystérieux dans son essence. Sans doute la polynucléose augmente-t-elle après l'injection (Saint-Jacques) atteignant, pour A. Lumière et S. Sonnery, le double de son taux initial, et peut-être est-ce là une des raisons, sinon la seule de l'efficacité du carbone. Touraine et Ménétrel pensent plutôt devoir mettre en avant les propriétés absorbantes et adsorbantes et se demandent si l'on ne

doit pas envisager des mécanismes physio-chimiques assez complexes à la base de cette efficacité.

Il reste, il faut l'avouer, bien des obscurités. Des recherches ultérieures ne seront pas inutiles quant à ce point particulier.

Ce qui demeure, c'est, à condition de se servir d'un produit éprouvé, l'innocuité de la méthode et son rôle adjuvant non négligeable dans la cure de nombreuses infections.

Mais faut-il étendre la méthode et lui donner en quelque sorte des lettres de noblesse en en faisant non plus une méthode secondaire, vicariante, mais générale et s'imposant dès l'abord ?

C'est ce que pense Auguste Lumière qui, dans un important et remarquable article, vient, tout récemment (*Presse Médicale*, 13 novembre 1935), de proposer la *granulothérapie* des infections Il écrit ceci : « Le carbone étant un corps absolument dépourvu de toute aptitude réactionnelle et ne pouvant agir que d'une façon en quelque sorte mécanique, d'autres substances, également insolubles, devraient se comporter de la même manière, si leur forme physique est analogue. Et cette remarque nous a amené à penser que l'on pourrait sans doute encore accroître la puissance thérapeutique des précipités en s'adressant à des corps extrêmement peu solubles, mais néanmoins d'une certaine activité chimiothérapique, de façon à associer les effets leucogènes anti-infectieux des éléments solides aux propriétés médicamenteuses plus ou moins spécifiques que les substances employées doivent à leur très légère solubilité. »

Une première application au traitement de tuberculoses graves, par des suspensions à 2 pour 100 de grains élémentaires (de 1/750 de millimètre de diamètre environ) d'aurothioéthane sulfonate de calcium, aurait donné des résultats encourageants. L'auteur envisage d'ailleurs d'étendre la méthode au bismuth, au mercure, à l'antimoine, à l'arsenic et l'on conçoit les possibilités qui s'offriront au thérapeute dans la cure des différentes maladies à quoi s'adressent ces chimiothérapies. Mais ce n'est là que présomption et si l'hypothèse de travail est intéressante, encore que l'effet leucogène de la méthode ne nous paraisse pas tellement désirable au cours des maladies infectieuses chroniques, elle a besoin encore de la justification des faits.

EPIDEMEIOLOGIE

Prophylaxie de la rougeole dans une grande ville industrielle

Le fait que presque tous les adultes aient été atteints de rougeole au cours de leur enfance (et cela sans grand dommage pour la plupart) a persuadé le public que la rougeole est une maladie bénigne. Cependant, cette maladie banale est la plus redoutable des maladies contagieuses de l'enfance : dans les grandes villes, elle fait courir plus de risques de mort aux enfants de moins de 5 ans que la scarlatine, la coqueluche et la diphtérie réunies.

Sous l'influence de facteurs sociaux divers (taudis, encombrement, surpeuplement, promiscuité, hospitalisation, vie collective trop précoce), réalisés surtout dans les grandes villes, la rougeole devient un fléau social. A l'occasion d'une épidémie sévère qui a sévi à Saint-Etienne, ville de 200.000 habitants, à la fin de l'année 1933 et pendant les sept premiers mois de l'année 1934, le Docteur Poulain, directeur des services d'hygiène de la ville, a eu l'occasion de combattre ce fléau redoutable et d'obtenir des résultats particulièrement heureux (1). Et, pourtant, la prophylaxie de la rougeole est, en général, décevante ; la preuve en est que, dans les grandes villes, le nombre d'adultes n'ayant pas été atteints par le virus morbilleux est infime.

La contagiosité est extrême ; elle s'exerce dès le premier jour de l'invasion, trois ou quatre jours avant que l'éruption ne permette d'identifier la maladie, alors que les signes cliniques sont réduits au minimum ; il est donc impossible d'éviter l'extension d'une épidémie pour peu que le nombre des enfants réceptifs soit suffisant pour créer un vaste champ d'action au virus. De ce fait, les épidémies de rougeole se succèdent dans les grandes villes à intervalles à peu près réguliers.

A Saint-Etienne, depuis 1891, c'est-à-dire en quarante-quatre ans, rares ont été les années pendant lesquelles la rougeole n'a pas sévi : cinq années seulement. Les épidémies sont assez variables et peuvent être réparties en trois groupes :

grandes épidémies ;
moyennes épidémies ;
épidémies localisées ou cas isolés.

Les *grandes épidémies* débutent en novembre ou en décembre par un cas ou deux qui, en général, ne sont pas déclarés. Très souvent, la garnison est atteinte avant la population civile ; en tout cas, elle l'est presque toujours dès le début de l'épidémie. C'est seulement quinze jours plus tard que la contagion s'étant faite autour de ces cas initiaux, un ou deux foyers de rougeole éclatent dans un quartier de la ville, et c'est seulement au début de janvier, après les fêtes de Noël, que l'épidémie prend de l'extension et envahit l'ensemble de la ville. Toutes ces épidémies, à Saint-Etienne, ont une durée de neuf mois en moyenne. La mortalité des enfants de zéro à un an atteint alors des chiffres records ; outre les décès ayant la rougeole pour cause, le nombre des décès par maladies pulmonaires aiguës (pneumonie, bronchite capillaire, broncho-pneumonie) croît dans de très fortes proportions. La moyenne de ces décès chez les enfants de zéro à cinq ans s'est élevée, pour les années de grandes épidémies (janvier à juillet) à 174, contre 99 pour les années de moyennes épidémies et 78 pour les années de petites épidémies. Ces grandes épidémies se succèdent à des intervalles à peu près constants : le plus souvent trois ans, parfois deux, quatre ou cinq ans.

Les *moyennes épidémies* débutent en général en février ou mars ; elles gagnent, plus ou moins rapidement, la plupart des quartiers, mais, dans ceux-ci, toutes les écoles ne sont pas atteintes ; quelques groupes scolaires restent indemnes. Elles ont une durée de cinq mois en moyenne. Ces moyennes épidémies se succèdent sans rythme régulier.

Les *épidémies localisées et les cas isolés* restent localisés à un ou deux quartiers de la ville et souvent à une ou deux écoles seulement. Elles débutent en général tardivement, en mars ou avril et se terminent en deux ou quatre mois. La mortalité est à peine supérieure à celle des années sans rougeole. La garnison est rarement atteinte au cours de ces petites poussées.

***

Ceci dit, l'*épidémie de 1934 a causé beaucoup moins de décès que toutes les épidémies précédentes*.

C'est qu'il a été possible d'organiser une prophylaxie efficace de la rougeole dans l'ensemble de la ville, avec le concours de l'Administration municipale, de la presse locale, du corps médical militaire et civil, du corps enseignant, d'un service d'inspection médicale scolaire effectif et de toutes les œuvres intéressées.

(1) Poulain. — Un essai de prophylaxie urbaine de la rougeole dans une grande ville. Epidémie de 1934. *Revue d'hygiène*, octobre 1935, p. 561.

Les buts recherchés pour combattre l'extension et la nocivité d'une épidémie peuvent être les suivants : 1° éviter la rougeole chez les bébés de moins de deux ans ; 2° éviter les complications, surtout pulmonaires, chez les enfants plus grands.

Les moyens mis en œuvre à Saint-Etienne (ville ouvrière surpeuplée), en 1934, bien que simples et improvisés, consistant en une utilisation judicieuse du sérum de convalescent, ont permis de réduire de 65 p. 100 la mortalité par rougeole et affections pulmonaires chez les enfants de zéro à un an et de 50 p. 100 chez les enfants de un à cinq ans.

Le sérum de convalescent que le Docteur Poulain a pu préparer grâce à l'épidémie *qui a sévi dans la garnison d'abord* lui a donné les résultats bien connus de cette thérapeutique. En effet, grâce à l'épidémie de rougeole qui a sévi chez les militaires dès le mois de novembre 1933, notre confrère put préparer un sérum antirougeoleux. Par la suite, il a tenté d'obtenir, des malades de la population civile, adultes ou grands enfants, l'autorisation de leur faire un prélèvement de sang ; mais la solidarité sociale n'est pas telle dans cette cité moderne qu'il ait pu souvent obtenir satisfaction ; il y a là une difficulté qui ne lui semble pas facile de vaincre à l'occasion des épidémies futures. Poulain a appliqué pour la préparation de ce sérum la technique maintenant classique. Il a été très sévère pour le choix des donneurs, ce qui l'a obligé d'écarter certains convalescents indésirables, les uns parce qu'ils présentaient, après la défervescences, de petites ascensions de leur courbe de température ou des complications graves, les autres parce que leur rougeole était une récidive. Il a été ainsi fait un prélèvement de 100 à 120 cent. cubes de sang à dix-sept convalescents seulement sur plus de soixante malades, entre le septième et le neuvième jour suivant la défervescence. Après la prise de sang, les donneurs étaient surveillés pendant une semaine encore.

Chaque prélèvement n'a donné que 30 à 40 cent. cubes de sérum. Sur chaque échantillon, il a été pratiqué un Bordet-Wassermann et un Vernes-résorcine. Deux mélanges de sérum ont été préparés et mis en ampoules de 3 c. c. 5 ou de 5 cent. cubes, conservées à la glacière. Cent vingt-huit ampoules ont été ainsi recueillies ; elles ont été épuisées dès le milieu de mars et il a été impossible de répondre aux demandes qui se sont poursuivies jusqu'au mois de juillet ; l'auteur a, alors, conseillé l'injection de sang total de la mère ayant eu la rougeole, mais il n'a pu surveiller les résultats obtenus par cette méthode.

En principe, on a réservé le sérum aux enfants de moins de deux ans, mais il n'était pas possible de refuser une ampoule à un médecin qui en faisait la demande pour un enfant plus âgé.

Le Docteur Poulain pense — et c'est là un point de pratique important — que les indications du sérum peuvent s'étendre utilement dès la période du catarrhe ; le sérum injecté à ce moment lui a semblé permettre d'éviter les complications, tout en laissant survenir une rougeole normale.

***

La fermeture des consultations de nourrissons pendant la durée de l'épidémie, en hiver, lui a paru une mesure efficace : pendant les mois de janvier et février, en pleine épidémie de rougeole, les décès d'enfants de zéro à un an ont été très inférieurs à ceux des années sans épidémie. Il semble que, pendant les mois d'hiver, mois pendant lesquels le péril infectieux est à son maximum et le péril alimentaire à son minimum, ces consultations devraient fonctionner au ralenti et les bébés devraient être surtout surveillés à leur domicile, même en l'absence de toute épidémie. En tout cas, l'organisation et le fonctionnement des consultations des nourrissons devraient faire l'objet d'une réglementation et d'un contrôle administratif. Il est à noter que, pendant les cinq premiers mois de l'année 1935, il n'a pas été fermé de consultations, le service hygiénique n'ayant pas le pouvoir de le faire et n'ayant pas la raison impérieuse d'une épidémie pour obtenir l'adhésion de tous : or la mortalité par broncho-pneumonie a été environ le double de celle de 1934 pour les enfants de zéro à un an.

***

Il est nécessaire, conclut le Docteur Poulain, que toutes les œuvres privées ou publiques ayant pour but de lutter contre la mortalité infantile coordonnent leurs efforts et appliquent en commun un programme établi en commun. En l'état actuel des choses, il est parfois difficile d'obtenir cette collaboration ; notre confrère de Saint-Etienne a pu, grâce à une campagne publique et à la bonne volonté des œuvres, créer l'union de tous pour lutter contre l'épidémie de rougeole de 1934. Les résultats obtenus témoignent de ceux qu'on pourrait obtenir chaque année dans l'avenir grâce à la collaboration de toutes les œuvres en vue d'une parfaite utilisation des moyens et des bonnes volontés dont elles disposent.

Et l'auteur termine en citant le vœu de M. Lereboullet : « La collaboration confiante des institutions publiques et des œuvres privées est une nécessité ; seule leur action commune peut permettre d'éviter un recul néfaste dans la lutte engagée. Puisse, ici comme ailleurs, l'union de tous se réaliser et, en agissant contre l'ignorance, la misère et aussi l'égoïsme et l'inertie, assurer une meilleure protection du jeune enfant. »

H. V.

PUÉRICULTURE

Les enfants de tuberculeuses

S'il est une notion classique en ce qui concerne la prophylaxie de la tuberculose, c'est bien la règle qui veut qu'on sépare systématiquement de sa mère, l'enfant né d'une femme tuberculeuse.

A fortiori, et indépendamment des conséquences fâcheuses qu'il pourrait avoir sur la santé de la mère, l'allaitement maternel, chez les femmes atteintes de tuberculose pulmonaire ouverte, est considéré comme formellement contre-indiqué : le nourrisson risque, en effet, d'être contaminé, d'une part par le lait lui-même, d'autre part par voie aérienne, l'allaitement maternel rendant plus intime le contact entre la mère et l'enfant.

Cependant, A.-J. Blisnjanska, A.-J. Lasarevitsch et M.-W. Triousse, étudiant la destinée des enfants allaités par les mères atteintes de tuberculose ouverte (*Gynécologie et obstétrique*, décembre 1935) constatent chez eux une mortalité très nettement inférieure à celle des nourrissons séparés de leur mère et élevés dans une pouponnière.

Parmi 112 enfants nés de mères bacillifères, 27 ont été isolés. La mortalité a été considérable, dépassant 50 % : 13 d'entre eux sont morts d'affections intercurrentes, 1 est décédé de granulie, 13 seulement sont vivants et sains.

Par contre, des 85 autres enfants, élevés par leurs mères et allaités par elles, au moins partiellement :

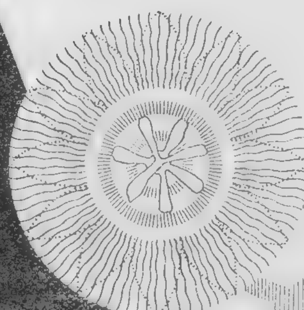
65, soit 78,5 % sont vivants et sains après une observation de un an au minimum, et qui, pour certains d'entre eux, va jusqu'à 5, 7 et 8 ans ;

10 sont morts de maladies intercurrentes sans avoir présenté de signes de tuberculose ;

9 présentent des signes d'imprégnation tuberculeuse sans localisation précise ;

1 est décédé de méningite tuberculeuse.

Les bons résultats obtenus parmi les enfants nourris au sein peuvent être expliqués, par les soins plus attentifs que





reçoivent les nourrissons élevés par leur mère, par le fait que les nourrissons isolés sont moins exposés que ceux qui se trouvent placés dans une collectivité aux maladies infectieuses et aux infections respiratoires, causes de mort les plus fréquentes chez les enfants du premier groupe ; enfin, par les précautions spéciales prises par les mères tuberculeuses : elles portent un masque, s'entourent complètement d'un drap pendant la tétée, après désinfection soigneuse des mains et du sein.

Mais ces diverses précautions ne peuvent être suffisantes que si le lait maternel n'est pas lui-même une cause de contamination. C'est ce point qui est étudié dans la deuxième partie du travail.

Après avoir résumé les notions assez contradictoires et peu concluantes qu'on trouve dans la littérature à ce sujet, les auteurs exposent le résultat de leurs recherches personnelles.

Parmi les nombreux laits qui ont été étudiés, 33 sont retenus.

La présence du virus tuberculeux a été recherchée par examen direct, par culture, et par inoculation au cobaye.

L'examen direct n'a montré la présence de bacille de Koch qu'une seule fois.

La culture n'a donné qu'un résultat franchement positif, avec colonies macroscopiques typiques, et deux cas considérés comme douteux.

L'inoculation au cobaye, par contre, a donné un pourcentage beaucoup plus important de résultats positifs :

trois fois l'inoculation a montré la présence de virus tuberculeux très virulent, déterminant chez le cobaye une tuberculose généralisée classique type Villemin ;

cinq fois un virus de virulence atténuée : tuberculose type Calmette-Valtis ;

deux fois enfin, un virus de virulence très atténuée, sans lésions mortelles, mais avec présence de bacilles dans les ganglions des cobayes inoculés.

Au total, dans dix cas, soit 30 %, le lait s'est montré virulent pour le cobaye. Mais, chez une même femme, les examens répétés ont souvent donné des résultats différents, positifs seulement dans les premiers jours après l'accouchement.

La possibilité de la présence de bacilles tuberculeux dans le lait contre-indique-t-elle à elle seule formellement l'allaitement maternel ? L'examen des sept enfants nourris par des mères dont le lait s'est montré virulent ne permet pas à elle seule de conclure. En effet, six de ces enfants se développent normalement. Un seul est décédé d'une méningite de nature indéterminée.

Les auteurs envisagent même la possibilité d'une immunisation progressive par le lait maternel. Mais il ne s'agit là que d'une hypothèse qui ne confirme ni n'infirme aucun des différents cas étudiés.

Dans l'ensemble, comme le disent les auteurs eux-mêmes, il est impossible de tirer de ce travail, quelque intéressant qu'il soit, des conclusions positives précises. Mais « un fait est net : nous n'avons pas de données qui auraient pu prouver que l'allaitement par une mère bacillifère mène fatalement à la maladie de l'enfant ».

G. Lorain.

Quel est le secret de la réussite ? Inspirer la confiance. Qu'est-ce que la confiance ? d'où vient-elle de la tête ou du cœur ? dérive-t-elle des couches supérieures de notre intelligence, ou bien, arbre puissant de la science du bien et du mal, ses racines surgissent-elles du tréfonds de notre être ? par quelles voies se communique-t-elle aux autres ? par le regard ? par la parole ? je l'ignore, je sais seulement qu'elle ne s'acquiert pas dans les livres, ni au chevet de nos malades ; c'est un don magique, accordé aux uns comme un droit, à leur naissance, et refusé aux autres. Le médecin qui possède ce don ressusciterait presque les morts ; mais celui qui en est privé devra se résigner à voir appeler un confrère pour un cas de rougeole. (*Axel Munthe*. Le livre de San Michele, trad. Rodocanachi. Albin Michel, éditeur.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 février 1936

L'œuvre française d'assainissement au Maroc. — ***M. Achard***, montre ce qui a été fait et ce qui reste à faire au Maroc dans le chapitre de l'hygiène publique. Il parle notamment de l'augmentation des formations sanitaires, des asiles d'aliénés, de la lutte contre les maladies vénériennes, le paludisme, la mortalité infantile, l'alcoolisme, la tuberculose, de l'adduction d'eau potable et de l'évacuation des eaux usées, etc... Le programme qui reste à réaliser coûtera encore du temps et de l'argent, mais déjà les résultats obtenus sont des plus remarquables.

La valeur pratique de la culture des crachats pour le diagnostic des tuberculoses paucibacillaires. — ***MM. F. Bezançon, Braun*** et ***Meyer***. — Si dans quelques cas, chez des « cracheurs de bacilles » sans lésions apparentes, on peut parler de bacilles « de sortie », dans la plupart des cas la constatation de rares bacilles dans les expectorations est la traduction d'une tuberculose discrète et atténuée. La constatation de rares bacilles, comme la cuti-réaction, n'a d'ailleurs que la valeur d'un symptôme dont on doit tenir le plus grand compte, mais qui ne saurait à lui seul entraîner le diagnostic de tuberculose-maladie et déclencher les sanctions prophylactiques et thérapeutiques que celle-ci comporte.

L'érosion ponctuée des ongles. — ***M. Milian*** a désigné sous ce nom une lésion des ongles analogue à celle des dents des syphilitiques héréditaires qui portent le même nom. Cette érosion aurait pour M. Milian une importance aussi grande sinon plus grande que la réaction de Wassermann, parce qu'elle existe souvent alors que la réaction de Wassermann est absente et qu'elle peut survivre trois à cinq mois à la disparition de la réaction humorale.

Sur la nocivité du pain blanc. — ***M. Delbet*** rapporte des expériences d'après lesquelles la consommation de pain blanc exclusivement par les animaux de laboratoire les rend plus sensibles à l'infection par certains parasites et aux maladies que ceux-ci sont susceptibles de déterminer.

Historique de la découverte des applications du formol dans le domaine médical. — ***M. A. Trillat*** fait l'historique de la découverte des propriétés antiseptiques du formol et de ses applications dans le domaine de l'histologie, de l'hygiène et de la médecine.

Il mentionne le rôle que lui-même et d'autres savants français ont joué dans ces applications qui sont devenues comme on le sait considérables.

Cette mise au point de l'histoire du formol était à connaître étant donné le nombre d'auteurs qui se sont occupés de la question.

Election de deux associés nationaux. — Classement des candidats :

En première ligne : MM. Edmond Sergent (d'Alger), Leriche (de Strasbourg).

En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique :

MM. Bouin (de Strasbourg) ; Cadéac (de Lyon) ; Castaigne (de Clermont-Ferrand) ; Chavannaz (de Bordeaux) ; Courmont (de Lyon).

On été élus MM. Edmond Sergent et René Leriche.

Séance du 18 février 1935

Mongolisme et syphilis congénitale. — La syphilis congénitale est-elle la cause de certains mongolismes ? Sans aucun doute, comme le montre ***M. Babonneix*** en se fondant sur l'étude d'une soixantaine de cas personnels. En faveur de cette hypothèse, on peut, en effet, invoquer des arguments de probabilité, fournis par l'étude des antécédents et des symptômes, et des arguments de certitude, qu'il a trouvés dans dix de ses cas. D'où la nécessité d'un traitement spécifique :

1° avant la procréation, pour empêcher l'altération des gamètes ; 2° pendant la grossesse et après la naissance, pour le cas, qui n'est pas rare, où le tréponème n'aurait pas épuisé son action et serait encore capable de produire des lésions intéressant le système nerveux et les glandes endocrines.

Une observation contrôlée de tri-orchidie, ou mieux de dédoublement testiculaire. — *M. Maurice Chevassu* présente avec projections à l'appui l'observation rarissime d'un de ces tri-orchides qui relèvent beaucoup plus de la légende que de la science. Ayant pu diagnostiquer, chez un sujet considéré comme porteur d'un kyste du cordon, et doué par ailleurs de deux testicules normaux, qu'il s'agissait d'un testicule surnuméraire, il a pu vérifier opératoirement que la tumeur funiculaire était bien constituée par un testicule d'un tiers plus petit que l'autre, mais très typique et à spermatogénèse peu altérée. Du pôle supérieur du testicule surnuméraire qui présentait une hydatide caractéristique, partait une tête épididymaire dont le corps s'allongeait en un long ruban qui s'étendait du testicule supérieur au testicule inférieur pour devenir l'épididyme de celui-ci et aboutir à une anse épididymo-déférentielle et à un canal déférent de type normal. Tout se passait en somme comme si le testicule normal avait été divisé en deux à l'union de son tiers supérieur et de son tiers moyen, le tiers supérieur emportant le corps d'Higmore et la tête épididymaire, les deux tiers inférieurs emportant la queue de l'épididyme et le canal déférent, tandis que le corps de l'épididyme s'étirait entre les deux. L'embryologie du corps de Wolff rend facilement compte de cette anomalie qui mériterait mieux le titre de dédoublement testiculaire.

Premiers résultats d'une enquête sur les affections des voies respiratoires chez les mineurs des charbonnages des Pays-Bas. — *MM. Vossenaar* (de Heerlen) et *Doubrow* (de Paris). — Le travail prolongé dans une atmosphère chargée de poussières siliceuses ne produit *chez les sujets sains* aucun signe clinique ou radiologique de sclérose pulmonaire.

Il n'existe aucun rapport entre l'apparition des images radiologiques anormales et la durée d'exposition aux poussières silicieuses.

Les images à tout point analogues peuvent se rencontrer chez des tuberculeux pulmonaires n'ayant jamais travaillé dans les poussières siliceuses.

Il est probable que des agents infectieux divers puissent provoquer des pneumopathies chroniques qui, chez les ouvriers occupés dans les industries à poussières, soient susceptible de donner des images radiologiques identiques. Mais parmi toutes ces pneumopathies, la tuberculose pulmonaire est incontestablement la plus importante, la plus fréquente et la plus grave.

De toute façon, les poussières industrielles constituent, au point de vue de l'hygiène générale, un facteur d'insalubrité qui, même s'il n'a pas d'action pathogène spécifique, doit être efficacement combattu par des mesures techniques appropriées.

Mais la lutte contre les poussières industrielles ne serait qu'une mesure illusoire si elle n'était associée à une prophylaxie rationnelle de la tuberculose pulmonaire.

La faible incidence de cette dernière dans la population du Limbourg hollandais explique peut-être l'absence de silicose dans ses mines, comme la présente statistique tend à le montrer.

Sept années de prophylaxie de la tuberculose dans la province de Québec, par vaccination par le B. C. G. — *M. Baudoin*, de Montréal (Canada) — De juin 1926 au 1er janvier 1935, 5.126 enfants ont été vaccinés par le B.C.G.

De ces sujets, 582 vivent en milieux tuberculeux rendus contagieux par 249 tuberculoses ouvertes et 333 tuberculoses fermées ou prétendues telles.

D'autre part, 971 enfants non-vaccinés servant de témoins vivent ainsi en milieux tuberculeux rendus contagieux par 500 tuberculoses ouvertes et 471 fermées ou prétendues telles.

La mortalité générale de 1 mois à 7 ans a été de 10,3 p. 100 parmi les vaccinés et de 18,70 chez les non-vaccinés.

Dans ces chiffres, la tuberculose intervient pour 2,1 p. 100 chez les vaccinés, 7 p. 100 chez les non vaccinés, plus du triple.

Si les recherches portent uniquement sur les sujets en contact avec les bacillifères dûment constatés, 248 enfants vaccinés et 451 non-vaccinés se sont trouvés dans cette fâcheuse situation. La mortalité par tuberculose de l'âge de 1 mois à celui de 7 ans a été de 2,4 p. 100 chez les vaccinés, de 11,1 p. 100 chez les non-vaccinés, environ cinq fois plus.

Quant à la morbidité tuberculeuse dans ces deux mêmes groupes d'enfants en contact avec des bacillifères, elle a été de 1,7 p. 100 parmi les vaccinés et de 6,2 p. 100 chez les non-vaccinés.

De ces constatations, l'auteur conclut : que plus il serre de près le problème de la vaccination par le B. C. G., plus la démonstration se fait éloquente de l'efficacité de l'intervention.

Au sujet du dinitrophénol (Communication de M. le professeur Pouchet (résumé). — *M. le professeur Pouchet* présente un mémoire très documenté sur l'action physiologique des dinitrophénols et leur emploi en thérapeutique.

« Dans tous les cas où peut se poser l'indication d'accélérer les combustions dans l'intimité de l'organisme et d'élever le métabolisme basal, le dinitrophénol intervient avec une efficacité certaine. Son action est remarquable dans le domaine des ralentissements de la nutrition ». On l'emploie surtout dans le traitement de l'obésité, où il évite les inconvénients parfois graves (troubles cardiaques et nerveux) de la thyroxine, dont la dose efficace est très voisine de la dose toxique. De plus, une seule dose de thyroxine peut entraîner des accidents que la simple suspension du médicament ne peut arrêter. Or, à côté de son action spécifique sur le métabolisme basal, le dinitrophénol offre cet avantage précieux que la cessation de son emploi au moindre signe d'intolérance arrête toute manifestation fâcheuse.

Les recherches du Professeur *Mayer* ont permis de fixer les règles de l'emploi du dinitrophénol. Doses et rythme d'administration sont actuellement bien déterminées, et il est démontré que les accidents ou incidents sont dûs à des imprudences ou à des erreurs de doses. Un cas de mort, dû au dinitro*crésol*, a été publié en Angleterre. Les cataractes survenues aux Etats-Unis, au même moment et au même endroit, sont dues au dinitro*naphtol*, impureté d'un dinitrophénol mal préparé.

M. Pouchet, après une étude de l'action du dinitrophénol sur le métabolisme basal, rappelle les 170 observations d'obèses rapportées par le Professeur *Tainter*, qui sont les plus démonstratives : à la dose moyenne de 33 centigr. par jour, le dinitrophénol a permis un amaigrissement moyen de 0 kg. 700 par semaine, et une perte totale de poids de 7 à 10 kgs en 82 à 111 jours de traitement, sans aucun trouble.

Etudiant ensuite le mécanisme intime de son action, *M. Pouchet* montre que le point d'attaque est directement cellulaire, par oxydation des graisses et des glucides, sans que le fonctionnement d'aucun organe soit modifié.

Correctement employé, sous contrôle médical, le dinitrophénol pur a toujours donné d'excellents résultats. « C'est un médicament dont il serait difficile de se passer actuellement ».

Les règles d'administration doivent être rigoureusement observées :

— ne pas dépasser 3 milligr. de produit pur par kilo de poids corporel,

— ne pas dépasser trois mois de cure sans interruption,

— absorber la dose quotidienne en une fois, ou suivant les cas en deux ou trois fois,

— suspendre le traitement en cas d'intolérance, et reprendre à doses plus faibles,

— surveiller le poids, et le fonctionnement du foie et du rein,

— prudence chez les diabétiques et les rénaux.

Le dinitrophényl-lysidine, dont la synthèse a été réalisée récemment en France, présente des avantages sur le dinitrophénol : elle augmente la tolérance du médicament et favorise l'élimination des déchets. Sa solubilité permet la forme injectable.

Election d'un membre titulaire dans la IVe section (Sciences biologiques, physiques, etc.). — *Classement des candidats.* — En première ligne : M. CHAMPY.

En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. BEAUDOUIN, BINET, GAUTRELET, NATTAN LARRIER, Ch. RICHET.

Adjoints par l'Académie : MM. BOURGUIGNON, H. LABBÉ et LEDOUX-LEBARD.

M. CHAMPY est élu par 43 voix contre 37 à M. BINET, 2 à M. BEAUDOIN, 1 à M. RICHET, 1 à M. NATTAN-LARRIER.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séances des 10 et 24 janvier 1936

Allocution de M. André TRÈVES, président pour 1936.

Compte rendu des travaux de la Société en 1935, par M. Raphaël MASART.

Décès d'Ernest GASNE. Allocution du président.

Pour la réhabilitation des cercles de Parham en particulier et de l'ostéosynthèse en général. — *M. Masmonteil* présente un blesse polyfracturé atteint d'une fracture sous-trochantérienne du fémur à trois fragments, qui fut traité par l'ostéosynthèse avec trois cercles de Parham hypoélectriques.

Le blessé consolida en soixante jours et présenta une récupération anatomique et fonctionnelle complète, mais, en même temps, on observa la régression d'une myosite ossifiante visible sur les radiographies vingt jours après l'accident et huit jours après l'intervention ; le cal hypertrophique du début est en régression progressive. L'auteur insiste sur le rôle favorable des prothèses iso ou hypoélectriques qui, non seulement activent l'ostéogénèse, mais assurent la résorption des ostéomes du voisinage et des cals hypertrophiques. L'ostéosynthèse avec un matériel iso ou hypoélectriques ne doit plus être considéré comme un pis-aller, justiciable des contre-indications du traitement orthopédique, mais comme un traitement de choix permettant d'obtenir non seulement une bonne réduction, mais aussi l'accélération et la régularisation du processus de l'ostéogénèse.

Mécanisme de la formation des adhérences péritonéales. Etude expérimentale. — *M. R. Petit*, depuis de nombreuses années, a l'habitude, à la fin de toute laparotomie, de verser dans la cavité péritonéale et d'y abandonner 20 c. c. de sérum de cheval chauffé, milieu très favorable à la vie cellulaire et à la réparation rapide des tissus provoquant une leucocytose générale et un appel de phagocytes au point d'application et ayant, en outre, une action hémostatique immédiate très marquée. Au cours de laparotomies itératives, l'auteur avait constaté le fait suivant: pas d'adhérences quand au cours de la première laparotomie, on avait versé du sang de cheval chauffé, adhérences quand on n'avait pas employé de sérum de cheval. Il reprit, suivant une technique personnelle, des expériences faites antérieurement par le Professeur J. Cantacuzène et E. Soru, publiées dans *Les Archives roumaines de pathologie expérimentale et de microbiologie* (tome IV, n° 2, juin 1931).

Il constata l'existence d'un courant électrique dont le pôle positif était toujours à l'épiploon et le pôle negatif à l'intestin, la différence de potentiel variant de 6 à 12 millivolts. Lorsqu'on blesse profondément l'intestin la différence de potentiel s'accroît instantanément, par un phénomène d'ordre électrostatique ; l'accolement de l'épiploon à la blessure intestinale coïncide toujours avec l'accroissement de potentiel entre ces deux points chargés, l'un positivement, l'autre négativement. L'attraction est suffisante pour amener électivement l'épiploon au contact de la blessure intestinale et l'y maintenir jusqu'à l'apparition de l'inflammation très rapide ; ainsi se constitue l'adhérence. Dans une de ses expériences, l'auteur a pu constater un fait curieux : les électrodes étant en place et les mesures de potentiel effectuées, après avoir versé dans le péritoine du sérum de cheval chauffé, l'epiploon positif devient negatif et l'intestin qui était négatif devient positif aussitôt qu'il est lésé ; dans le même temps, on note une chute de différence de potentiel. L'attraction de l'épiploon vers l'intestin lésé ayant changé de signe, il y a non attraction mais répulsion de l'epiploon, répulsion accentuée encore par la chute du potentiel. Ces conditions sont essentiellement défavorables à la production des adhérences.

Les ostéotomies de l'extrémité supérieure du fémur dans le traitement des arthrites douloureuses de la hanche et des luxation invétérées en particulier.

M. R. Massart étudie les résultats éloignés des ostéotomies qu'il a pu pratiquer depuis une dizaine d'années chez des malades qui ne lui paraissaient pas susceptibles d'être améliorés par une des opérations plastiques justement conseillées au cours de ces dernières années (butée, arthrodèses, résections arthroplastiques, forages). C'est ainsi, que si un grand nombre d opérés l'ont ete pour des luxations invétérées, il a fait aussi l'ostéotomie sur des rhumatisants jeunes dont les hanches douloureuses, en mauvaises position, avaient perdu leur bon appui normal. Il apporte un total de seize opérations. Après avoir étudié les diverses techniques, l'auteur montre comment il réalise un nouvel appui latéral le long du bassin. Il insiste sur le temps orthopédique de la mobilisation, et sur la reprise de la marche qui nécessite une véritable rééducation dans les formss bilatérales. Après ces interventions, les douleurs disparaissent, la statique s'améliore du fait de la correction de la bascule du bassin, et aussi les douleurs sacro-lombaires s'atténuent. Plusieurs opérés qui avaient cessé tout travail ont pu reprendre une vie active. L'ostéotomie, opération simple, peu traumatisante, peu hémorragique, doit être plus souvent pratiquée et conseillée, et ceci pour le plus grand bien des malades, condamnés à l'impotence et à la douleur.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 février 1936

Syndrome hémoptoïque malin par anévrysme interstitiel du poumon. — *M. Ameuille, Mlle Delhomme, MM. Willot* et ***Iglesias-Bettancourt*** rapportent quatre observations d'hémoptysies abondantes qui se sont répétées à courts intervalles pendant plusieurs mois chez des tuberculeux pulmonaires gravement atteints. A l'autopsie on a trouvé dans chaque cas des masses hématiques, entourées d'une épaisse coque fibrineuse, placées en plein parenchyme pulmonaire. Il s'agit, comme le démontrent les coupes microscopiques sériées, d'anévrysmes du même type structural que ceux de Rassmüssen, c'est-à-dire à paroi strictement fibrineuse, développés sur des vaisseaux pulmonaires à la faveur de vascularités et périvascularites tuberculeuses segmentaires. Mais ces formations se présentent sous une forme très différente des anévrysmes de Rassmüssen, qui font saillie sur la paroi d'une caverne tuberculeuse, tandis que les « anévrysmes interstitiels » se développent en plein parenchyme et sont en contact de toutes parts avec du tissu pulmonaire. Ces formations jusqu'ici non décrites permettent de rendre compte d'un certain nombre d'hémoptysies graves et même foudroyantes.

Hémoptysie foudroyante par communication directe d'un vaisseau et d'une bronche lobaires.— *MM. Ameuille, J. Gauthier* et ***Iglesias-Bettancourt*** présentent deux observations d'hémoptysies foudroyantes produites par ce mécanisme chez des malades atteints de pneumonie tuberculeuse du lobe inférieur gauche, avec excavation juxta-hilaire de cette pneumonie.

Dans un des cas la pneumonie tuberculeuse était cachée derrière le cœur et avait complètement échappé à l'examen clinique et radiologique.

Etudes cliniques préparatoires à l'exérèse du cancer pulmonaire. — *MM. Ameuille, Menegaux, Demirleau* et ***Lemoine***.— On est tellement habitué à l'incurabilite du cancer pulmonaire qu'on n'a pas assez prêté attention aux efforts d'extirpation qui se poursuivent hors de France depuis longtemps et en France depuis deux ans, surtout sous l'impulsion de Robert Monod. Les auteurs reconnaissent qu'ils ont fait plusieurs essais toujours infructueux, et à propos d'un malade de Villaret et Justin-Besançon, chez lequels ils viennent récemment d'essayer sans succès l'extirpation d'un lobe cancéreux, ils cherchent à analyser les causes de leur échec.

Ils les rangent sous trois chefs :

1° Diagnostic difficile et trop tardif : on ne peut avoir la certitude qu'on a affaire à un cancer du poumon qu'après l'avoir vu et biopsié. C'est pour cela qu'on hésite toujours longtemps avant de faire une tentative d'extirpation, que l'on extirpe parfois des lobes qui ne sont pas cancéreux et que la thoracotomie exploratrice devra prendre dans cette chirurgie une part aussi importante que la laparotomie exploratrice dans la chirurgie des cancers abdominaux.

2° Diagnostic imparfait des adhérences et des extensions il est nécessaire pour chaque cas d'explorer minutieusement les groupes ganglionnaires cervicaux et axillaires, d'explorer radiologiquement le médiastin en faisant pénétrer des produits de contraste dans la trachée et l'œsophage, de faire une bronchoscopie systématique et toujours un pneumothorax artificiel pour repérer les adhérences.

3° Soins pre et post-opératoires, anesthésie (avec baronarcose), méthodes opératoires, instrumentations, ont besoin d'être spécialement adaptée à cette chirurgie nouvelle.

Il y a jusqu'à présent assez de beaux résultats obtenus par l'exérèse du cancer du poumon pour tenter au moins certains chirurgiens à s'orienter vers cette chirurgie particulière et stimuler les médecins à l'utiliser quand elle est réalisable, au lieu d'abandonner ceux qui en sont atteints à une mort inévitable et des plus pénibles.

M. Justin Bezançon montre qu'indépendamment de la nécessite de poser un diagnostic précoce, la question de la chirurgie du cancer pulmonaire se ramène à celle-ci : rendre la thoracotomie exploratrice moins dangereuse qu'elle ne l'est à l'heure actuelle. C'est là un problème d'ordre physiologique à propos duquel il analyse le mécanisme du collapsus brutal au cours de l'intervention qu'il attribue aux manipulations sur le parenchyme pulmonaire.

M. Sergent fait remarquer qu'à l'étranger, les succès post-opératoires ne sont pas exceptionnels et rappelle à ce propos deux cas de lobectomie pour cancer pratiquée par Archibald (Canada) et suivis de survie (six à sept mois).

M. Robert Monod a relevé dans la littérature étrangère quinze cas de cancer pulmonaire guéris par pneumectomie.

Il relate deux cas personnels dans lesquels l'intervention fut bien supportée pendant dix jours dans l'un d'eux, pendant vingt-quatre heures dans l'autre, mais qui aboutirent cependant à la mort par hémorragie ou syncope.

Il s'agissait dans ces deux observations de cas particulièrement défavorables et à la limites des possibilités opératoires.

L'auteur reste persuadé que des interventions pratiquées dans de bonnes conditions pourraient donner d'heureux résultats.

M. Rist rappelle les nombreuses tentatives de cure de cancer pulmonaire par la radio ou la radiumthérapie.

Bien que la plupart de ces tumeurs soient radio-résistantes, les techniques actuelles permettent d'obtenir des résultats intéressants. Il pense que la chirurgie s'attaquant à des cas de cancer au début doit trouver là un domaine plein de promesses et il insiste sur la valeur de l'examen bronchoscopique permettant la biopsie pour poser un diagnostic précoce de cancer pulmonaire.

Etat de mort apparente au cours d'un coma barbiturique. Injection intracardiaque de strychnine d'ouabaïne et d'adrénaline. Guérison. — *M. P. Auzépy* rapporte l'observation d'une malade présentant un état de mort apparente au cours d'un coma barbiturique. On pratique une injection intracardiaque de quatre centigrammes de strychnine, d'un quart de milligramme d'ouabaïne, puis, en raison d'une nouvelle défaillance du pouls, d'un milligramme d'adrénaline. La malade sort de son état de mort apparente. Guérie, elle quitte l'hôpital, trois semaines plus tard. La remarquable tolérance du cœur à l'égard d'une thérapeutique aussi énergique, commandée par l'absence de toute veine apparente est un des points intéressants de cette observation.

M. Flandin est d'avis que la rapidité de l'intervention est une des conditions essentielles du succès. Il faut injecter la strychnine le plus tôt possible et ne pas hésiter à recourir à la voie intracardiaque.

M. Hubert rappelle une observation déjà ancienne de coma barbiturique dans lequel l'injection d'adrénaline à haute dose fit rapidement disparaître le râle agonique.

M. Justin-Bezançon fait remarquer qu'il faut administrer la strychnine le plus tôt possible, comme dans tout antidotisme. On ne saurait trop insister sur la nécessité de l'injection précoce de strychnine et à dose utile d'emblée.

Fistule duodéno colique par cancer du côlon. — *MM. Paul Carnot* et *Jacques Caroli* rapportent un cas de fistule duodeno colique, provoquée par l'évolution d'un cancer du côlon et soulignent l'extrême rareté de cette complication. Malgré la latence fonctionnelle de la fistule (absence de vomissements stercoraux et de lientérie), le diagnostic put être porté du vivant du malade grâce à l'examen radiologique. Le trajet fistuleux branché entre D² et la portion sous-hépatique du transverse était creusée dans le tissu tumoral néoformé. Les auteurs insistent pour terminer sur la fidélité des renseignements stéréo-radiographiques.

Le hoquet post sérothérapique. — *MM. Mironescu* et *Lazarescu* relatent l'observation d'un homme de 57 ans traité par sérothérapie anticharbonneuse pour pustule maligne. A la suite de ce traitement apparurent simultanément une éruption sérique et un hoquet persistant.

Ces accidents disparurent simultanément au bout d'une huitaine de jours.

Une forme fruste de maladie d'Addison. — *MM. Marcel Labbé, R. Boulin, J.-E. Thiéry* et *M. Ullmann* présentent un cas de maladie d'Addison qui offre les particularités suivantes : du point de vue clinique, l'hypotension artérielle manque ; du point de vue biologique, il ne fut pas constaté d'hypersensibilité à l'insuline contrairement à ce qu'il est classique d'observer dans la maladie d'Addison. Par contre, on retrouve le syndrome humoral habituellement rencontré où dominent l'hypochlorémie et surtout l'hyponatrémie. Du point de vue thérapeutique, l'extrait cortical, la cystéine et le chlorure de sodium *per os* ne se sont montrés que d'une faible efficacité sauf lorsqu'ils ont été administrés simultanément ; au contraire, les auteurs ont cru constater le bon effet indiscutable du sérum chloruré hypertonique injectée par voie intraveineuse.

M. Rist, président, prononce l'éloge funèbre de M. Georges Küss.

Michelle Zagdoun-Valentin.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Valeur pratique de la sérothérapie dans le traitement de la maladie de Heine-Médin

Quatorze malades atteints de poliomyélite ont été traités par le sérum de Pettit seul ou associé au sérum de convalescent. M. P. Giraud (*Com. Méd. des B.-du-Rh.*, 1er mars 1935) conclut :

1° Le sérum employé à doses moyennes (200 à 300 c. c.) et aussitôt que possible paraît exercer une action d'arrêt sur la maladie, en particulier dans les formes graves et ascendantes ;

2° Injecté à une phase plus tardive (après le dixième jour), son action est moins évidente, mais paraît cependant favoriser la guérison et limiter les séquelles ;

3° Le sérum de convalescents paraît plus actif, mais il est actuellement difficile d'en avoir des doses suffisantes en temps voulu.

La voie intrarachidienne est déconseillée par M. P. Giraud, car elle n'améliore pas les résultats et elle a donné des accidents.

Echos et Glanures

« Je m'en voie, escorniflant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Léon Frey. — *Extrait de la notice nécrologique publiée par M. Maurice Roy* (L'ODONTOLOGIE, 30 déc. 1935.)

« Léon Frey était né à Paris, le 3 octobre 1866.

Ayant fait de très solides études médicales et ayant acquis le titre envié d'interne des hôpitaux, Léon Frey, à la fin de son nternat, décida de se consacrer à l'art dentaire et, dès lors, 'occupa activement d'acquérir les connaissances spéciales nécessaires à l'exercice de cet art avec le sérieux et la conscience qu'il apportait dans toutes ses entreprises.

Ainsi qu'il l'a raconté dans une conférence qu'il fit en 1900 à une séance de réouverture des cours de l'Ecole Dentaire de Paris, il vint un jour, à cette époque, à l'Ecole Dentaire de Paris, amené par son ami Sauvez qui fut, dit-il, son *tuteur dentaire* dans les débuts de sa vie professionnelle.

Dès l'abord, dit-il, il fut frappé par l'activité qui régnait dans cette institution, le zèle et la compétence apportés par tous les membres du Corps enseignant dans la tâche qu'ils s'assignaient de former des dentistes instruits et compétents. Venu quelques jours après à la Société d'Odontologie sous les mêmes auspices, il fut surpris, lui, ancien interne des hôpitaux, de voir de simples dentistes sortis de cette Ecole dentaire de Paris, présenter des travaux de haute valeur qui suscitaient des discussions du plus haut intérêt.

C'en était fait, Frey, avait trouvé son chemin de Damas ; il ne devait plus, en effet, quitter ce milieu professionnel dont « il admirait l'effort soutenu et le désintéressement » et, quelques années plus tard, il se présentait à un des concours de l'Ecole Dentaire de Paris où pendant près de 20 ans il allat, en qualité de professeur, enseigner la Pathologie dentaire (1892-1911).

Tous les élèves qui ont passé à l'Ecole durant cette période ont conservé un souvenir ineffaçable de cet enseignement qu'il avait su faire particulièrement vivant en même temps que d'une haute tenue scientifique. N'hésitant pas à donner aux élèves des aperçus des plus hauts problèmes de la pathologie générale, il n'avançait jamais rien, d'autre part, sans en faire ressortir aussitôt la partie pratique, voulant que cet enseignement contribuât à former des praticiens aussi habiles qu'instruits.

Nommé stomatologiste des hôpitaux en 1897, il organisa à l'hospice de Bicêtre un service très actif et d'un très gros intérêt où un grand nombre d'élèves vinrent pendant trente ans suivre ses leçons cliniques qu'il illustrait toujours de vues théoriques originales.

En 1917, il était chargé du cours de stomatologie à la Faculté de médecine de Paris, fonction qu'il remplissait encore à sa mort et nul plus que lui n'était qualifié, dans ce cours destiné plus particulièrement aux étudiants en médecine, pour exposer clairement et avec compétence les rapports de sa pathologie bucco-dentaire avec la pathologie générale.

Il avait condensé son enseignement dans un traité de *Pathologie dentaire* qu'il a progressivement développé au cours de ses éditions successives et qui, aujourd'hui, dans sa 6e édition, forme un ouvrage des plus importants. Dans ce livre qui, depuis quarante ans, a été et est toujours entre les mains de tous les étudiants en chirurgie dentaire, une grosse érudition s'allie à une connaissance approfondie de toutes les questions de pathologie dentaire qui y sont exposées avec une grande clarté.

Léon Frey a publié en outre un très grand nombre de travaux qu'il a présentés dans les différents Congrès en même temps que dans les Sociétés scientifiques et, en particulier, à la Société d'Odontologie de Paris, dont il était ancien président. Il présida de même, en 1905-1906, la section d'Odontologie de l'A. F. A. S.

De nombreux sujets ont suscité son intérêt et, plus particulièrement dans ces dernières années, les problèmes de la carie dentaire et de la calcification. Il s'intéressait très vivement aussi aux questions d'orthodontie sur lesquelles il publia d'intéressants travaux et il avait été, en raison de ceux-ci, nommé Président d'honneur de la Société d'Orthopédie dento-faciale, en 1919, à la fondation de cette Société.

Tous ces travaux sont des exposés très mûrement réfléchis, appuyés sur une haute culture scientifique et ils tiennent une place des plus importantes dans la littérature dentaire française de notre époque.

Pendant la guerre, L. Frey dirigea le *Service central maxillo-facial du Val-de-Grâce* (1914-1919) et dirigea *La Restauration Faciale*, revue spéciale qui avait été créée à ce moment-là. Il était resté, depuis la guerre, surexpert militaire pour les expertises maxillo-faciales.

Léon Frey s'était également occupé beaucoup des questions d'enseignement professionnel et avait, à ce titre, fait partie de nombreuses commissions : il avait été adjoint à l'Inspecteur de l'Académie de Paris, pour les Ecoles dentaires.

Assez fatigué depuis quelque temps, il s'était peu à peu retiré ces dernières années de la vie professionnelle active et passait une partie de sa vie dans le Midi à Sanary, près de Toulon. C'est au cours d'un voyage à Nice qu'il fut brusquement pris d'une pneumonie qui l'emporta en quelques jours : il est mort le 23 décembre 1935, il avait 69 ans. Il a été enterré à Paris, dans la plus stricte intimité.

Esprit très distingué, très accueillant pour les jeunes, très estimé de tous ses confrères, Léon Frey, au cours de sa carrière n'a rencontré que des sympathies ; aussi sa mort ne laisse-t-elle que de profonds regrets de la part de tous ceux qui ont pu l'approcher, élèves ou confrères.

Il laisse, d'autre part, dans la science dentaire, une œuvre de premier ordre où il a exposé des vues originales fort intéressantes ; aussi cette œuvre sera-t-elle toujours consultée avec fruit par les chercheurs de l'avenir. »

Encore « le Homard à la Coppée ». — *De M. Léon Dierx dans* LE MERCURE DE FRANCE (1er février 1936) :

« On pensait que cette question était définitivement réglée et que la paternité du sonnet « Le Homard à la Coppée » ne pouvait être contestée au Docteur Camuset après les notes publiées dans le *Mercure de France* les 15 mars, 1er et 15 mai, 1er et 15

juin et 1er septembre 1935. Mais voici un fait nouveau découvert par l'*Intermédiaire des chercheurs et curieux*.

L'édition originale des *Sonnets du Docteur*, où parut « le Homard à la Coppée », est de 1884.

Or, quatre ans plus tôt, dans son volume intitulé *L'Hôtellerie des Coquecigrues*, pages 12 et 13 (Paris, Dentu, 1880, in-16), Nadar l'avait déjà publié en l'attribuant à Monselet. Voici en quels termes Nadar présentait ce sonnet:

« Celui qui restait comme le type unique et charmant du dernier lettré si Banville n'existait pas, Monselet, le maître exquis, nous servait dernièrement, en façon de nouvelle rémoulade, un de ses plats les plus fins, — « le Homard à la Coppée », — un chef-d'œuvre que j'ai retenu du premier coup par cœur et qu'on ne saurait jamais assez redire ».

A noter que le texte cité par Nadar en 1880 n'est pas tout à fait le même que le texte de 1884. Mais ces variantes sont insignifiantes. Ainsi le troisième vers, chez Camuset, se lit :

En vain, pour le payer moins cher on marchanda...

Chez Nadar :

Pour le payer moins cher longtemps on marchanda.

Et les douzième et treizième vers chez Nadar :

Nous rentrâmes le soir peu nourris mais joyeux
Et d'un petit homard ayant fait trois heureux...

au lieu de

Nous revînmes le soir peu nourris mais joyeux
Et d'un petit homard nous fîmes trois heureux...

Ainsi donc le *Homard à la Coppée* serait de Monselet. Et Camuset ne serait qu'un honteux plagiaire !

Tout cela parce qu'on n'a pas voulu supposer que Nadar se serait trompé en attribuant le fameux sonnet à Monselet. Les amis de Camuset n'avaient cependant aucun doute sur la paternité du médecin. J'ai eu en mains une lettre de G. Bayard, datée de 1883, où il écrivait à Georges Camuset « je te prie de me dire par quel procédé je dois faire l'illustration du *Petit Homard*. Dis-le vite et je m'empresse de le faire et de t'envoyer le dessin ».

Autrement dit dans l'entourage de Camuset on reconnaissait comme étant de lui le sonnet sur le Homard. Et il aurait fallu à notre oculiste un fier culot ou une inconscience rare pour oser publier dans un volume dont il demandait la préface à Monselet un sonnet qu'il aurait volé à ce dernier.

Tant qu'on n'aura pas publié une réclamation de Monselet revendiquant sa paternité, il y aura lieu de ne pas tenir plus de compte de l'affirmation de Nadar que de celle de la *Vie Parisienne* qui attribuait le sonnet à Théodore de Banville.

Mais la première s'explique mieux que la seconde. Monselet et Camuset étaient des inséparables. Que le premier ait eu connaissance du sonnet, l'ait récité dans quelque réunion, est tout à fait plausible. Que Nadar l'en ait cru l'auteur est encore plus admissible. Et qu'il l'ait dit est aussi naturel.

En attendant qu'il soit prouvé que le *Homard à la Coppée* n'est pas de Camuset, les médecins pourront relire les *Sonnets du Docteur*. Les laboratoires Camuset en poursuivent une édition splendide illustrée par J. Touchet. Le fasc. III vient de paraître. Mais comme il contient des sonnets que certains (on ne peut croire qu'il y en ait parmi les médecins) pourraient juger peu convenables ! *Dermatologie*, *Préservatifs*, *Maladies secrètes*, *le Speculum*, *Blennorrhagie*, *Les Trois âges de la rose*, ce fascicule III ne sera adressé que sur demande (Laboratoires Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris).

La psychologie de l'homme au visage large. *De M. Jean des Vignes Rouges dans* RÉAGIR (décembre 1935) : LES RÉVÉLATIONS DU VISAGE. LE VISAGE LARGE.

1° *Ce qu'on peut craindre d'un visage large.*

Sa violence, son insensibilité dans la lutte pour la vie. Son appétit de jouir, si on veut le contrecarrer. Sa présomption née d'une excessive confiance en soi. Ses manœuvres d'arriviste impatient. Son manque de tact, de délicatesse. Sa médiocrité dans l'invention des idées. Ses réactions de vanité blessée. Sa franchise brusque. Son inaptitude à prévoir l'avenir. Son mépris des abstractions. Sa mort prématurée, s'il est trop sanguin et incapable de s'astreindre à un régime.

2° *Ce qu'on peut espérer d'un visage large* :

Une vitalité exubérante. L'amour du travail. Le courage, le culot. La franchise. La sociabilité qui le rend sympathique. Une certaine générosité. Une adaptation facile aux milieux et aux circonstances. La ténacité. L'esprit pratique qui fait discerner les possibilités d'une affaire. L'aptitude à saisir l'occasion. Le goût du travail bien fait et des éloges. La capacité d'exécuter fidèlement un plan qui lui est confié. Une bonne humeur assez constante mais coupée d'accès de colère.

Est-il besoin d'ajouter que toutes ces indications doivent être harmonisées avec celles provenant des autres indices du visage ?

Une étude médicale sur Robert-Louis Stevenson.— Le Docteur Raymond Legroux vient de consacrer à Stevenson un

travail qu'il intitule modestement *Essai* (1) et qui est certainement l'étude la plus fine, la plus fouillée qui ait été consacrée à l'écrivain anglais.

En voici les conclusions médicales :

« Selon toutes probabilités, R. L. Stevenson fut atteint d'une tuberculose pulmonaire peu évolutive, à tendance fibreuse ayant déterminé des hémoptysies répétées.

A cette pneumopathie s'est ajoutée une hypertension artérielle d'origine inconnue qui a provoqué la mort par hémorragie cérébrale à l'âge de 44 ans.

La personnalité de Stevenson est fortement marquée dans son œuvre. Sa psychologie de malade contribue à donner à celle-ci des caractères particuliers :

L'action, l'activité sous toutes ses formes, y sont érigées en dogmes, traduisant l'extraordinaire soif de vivre qui habite l'âme de ce grand malade.

La souffrance physique et morale lui donne une sensiblité spéciale vis-à-vis des choses et des gens. Elle confère une acuité poignante aux souvenirs de son enfance et aux émotions de chaque jour.

Une atmosphère de poésie, d'irréalité, de mystère enveloppe ses plus belles créations. C'est dans un monde à demi magique qu'il se plaît à faire évoluer ses héros. Il cherche ainsi à s'évader lui-même dans le rêve, à effacer de son espris l'horreur quotidienne de la chambre de malade. »

Les médecins écrivent. — Et voici le commentaire qu'en fait La Pie-Grièche dans *Toute l'Edition* (15 février 1936.) :

Les médecins exposent leurs tableaux, qui ne sont pas des tableaux anatomiques. Ils ont voulu faire « salon », comme leurs clients ; leur catalogue est, de beaucoup, le plus beau, le plus luxueux de l'année. Lorsque les peintres se seront faits médecins, ils pourront s'en offrir un pareil.

Mais les médecins ne se contentent pas de peindre, ils écrivent aussi ; ils viennent même de fonder, avec leurs collaborateurs les pharmaciens, une association des médecins et pharmaciens écrivains, avec un comité et un prix littéraire. M. Homais est mort trop tôt, lui qui avait, pour écrire les fêtes de Yonville, un si joli brin de plume.

Nous aurons bientôt, dans les vitrines des pharmaciens, où l'on trouve déjà pas mal d'épicerie, entre les réclames pour les produits laxatifs et les paquets de coton hydrophile, le roman couronné. Les amis du lauréat le prescriront, pour les usages les plus divers, sur leurs ordonnances.

« Pour les insomnies, lire le roman de M. X., médecin des hôpitaux de Paris », ou « pharmacien de première classe ».

Les médecins auront, sur les psychologues professionnels, un avantage écrasant : la vie, la réalité, qui dépassent toujours la fiction d'une centaine de coudées. Il faudrait avoir du génie pour imaginer toutes les histoires qu'ils peuvent entendre dans leurs cabinets et leurs cliniques. C'est du document tout vif. Quant aux médecins de quartier, ils seront les maîtres du genre populiste lorsqu'ils voudront s'en donner la peine.

« Mais il n'y a pas, me direz-vous, que la documentation : encore faut-il savoir la mettre en œuvre. » « Eh quoi, vous répondrai-je, parmi les livres qui paraissent, dont la fable est bien souvent tirée par les cheveux, en connaissez-vous beaucoup qui soient mis en œuvre ! » On dira, des œuvres littéraires du médecin, qu'elles sont dépouillées, qu'elles sont cliniques, qu'elles sont vécues.

Je ne vois pas pourquoi on ne poursuivrait pas, en ces temps difficiles, les médecins écrivains pour exercice illégal de la littérature, comme on nous poursuivrait, nous autres, pour exercice illégal de la médecine si nous prétendions traiter les insomnies par la littérature, ou pour exercice illégal de la pharmacie, si nous nous mettions à vendre, avec de la poudre de riz, des boîtes dites de spécialités.

Faites de la littérature, si cela vous chante, mais faites-la gratuitement, comme il nous arrive de faire de la médecine. Que chacun gagne sa vie avec sa science. Je regrette, pour ma part, que l'on n'ait pas prévu, dans le statut des journalistes, le cas des romanciers qui font des articles. Ils les font lorsqu'ils ont tout temps d'écrire leurs livres, nous n'avons plus le temps d'écrire des livres lorsque nous avons, professionnellement, écrit nos articles. Ne pourrait-on verser dans nos caisses une partie des sommes qu'ils viennent chercher chez nous ? La Société des Gens de lettres ne pourrait-elle au moins obtenir des médecins littérateurs qu'ils soignent gratis leurs malheureux confrères, qui ne peuvent plus se faire médecins ?

Chacun son métier... Je n'aurai ni l'imupudence, ni l'imprudence d'ajouter « et les livres seront mieux écrits »

(1) Tirage à 130 exemplaires avec bois originaux de l'auteur.

BIBLIOGRAPHIE

Madame Curie, par Jean Hesse. Un vol. 3 francs. Denoël et Steelé, éditeurs, Paris.

Combien l'exemple de Mme Curie pourrait illustrer la célèbre phrase de Buffon : « Le génie est une longue patience » !

La découverte du radium a supposé un labeur et une énergie peu communs. On lira avec intérêt cette biographie d'une femme dont la modestie était aussi grande que la valeur : son enfance studieuse et modeste, sa rencontre avec le grand physicien, son activité inlassable pendant la guerre comme en temps de paix, son rayonnement dans le monde ainsi que le prolongement de son œuvre par ses enfants, créateurs de radioactivité artificielle.

On trouvera en effet à la fin de cet ouvrage, l'explication de cette merveilleuse découverte — due à Irène Curie, fille de Mme Curie, et à son mari Frédéric Jolliot — qui vient de leur valoir le prix Nobel de chimie.

Hommes et Choses de science (3e série). *Propos familiers*, par Maurice d'Ocagne, de l'Académie des Sciences. Vol. 18 × 12 cm. de 277 pages. 15 francs. Librairie Vuibert.

Comme dans les deux précédents volumes, la méthode qui y est suivie est avant tout de caractère historique et la forme toute familière. En de courtes biographies d'où le côté anecdotique est loin d'être exclu, sont esquissées les figures de savants choisis parmi les plus éminents de la période s'étendant du XVIIe au XXe siècle, ainsi que les particularités les plus notables de leur vie privée, propres à faire discerner chez eux l'homme à travers le savant. En même temps sont indiquées, en un langage aussi simple que possible, les contributions personnelles qu'ils ont apportées à l'édifice de la science ; et par là cet édifice lui-même se dégage aux yeux du lecteur.

Plusieurs chapitres offrent un exposé, réduit à l'essentiel, de la genèse de diverses grandes divisions de la science (ici la mécanique céleste et la chimie moderne) ou le tableau des progrès contemporains réalisés en d'autres branches (notamment les mathématiques en France). Un chapitre spécial traite de façon strictement objective d'une question souvent débattue — et non parfois sans quelque passion — du rôle intellectuel des femmes. Il est curieux de voir s'y affronter les opinions les plus contradictoires émanant de juges qui peuvent être regardés comme également autorisés.

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 9 LE NUMÉRO : 50 Centimes 29 FEVRIER 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Travaux originaux

A. CONDOMINE et M. BEAUJARD : La force déterminante des hallucinations auditives 345

Clinique chirurgicale

J. GUYOT : Sur un malade atteint de fracture de la colonne vertébrale compliquée de disjonction pubienne 353

Thérapeutique pratique

Traitement des métrorrhagies par l'insuline, par G. Chick 363

Revue de Presse médico-pharmaceutique, par J. Lafont 363

Sociétés savantes

Société de Médecine de Paris 364
Académie de Médecine 364
Académie de Chirurgie 365
Société de Thérapeutique 366

Notes cliniques et thérapeutiques 369

Nouvelles 339

Échos et Glanures 371

Bibliographie 356 374

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — THÈSES. — 19 février. — M. SIMONOT. Traitements chirurgicaux dans les mégacôlons de l'enfance.

20 février. — M. PERROT. Problème de la lutte antituberculeuse dans les asiles d'aliénés. — M. VALLADE. Etude du fond mental des paralytiques généraux après impaludation. — M. KALB. La dermatite chronique atrophiante en France.

21 février. — (Thèse vétérinaire). — M. BRUNET. Lévriers, chiens de chasse et de courses.

22 février. — M. BLANQUINE. Traitement des fistules extra-sphinctériennes. — M. VIGNES. Considérations médicales et bio-anthropologiques sur un groupe de prostituées mineures. — M. ROMANACCI. Le salicylate de soude intraveineux dans les iritis et les sclérites.

26 février. — M. TABLADA GARCIA. Le diagnostic précoce du cancer du corps de l'utérus avant la ménopause. — M. BOUSQUET. Etude de la conception pathogénique actuelle des colibacilloses et infections d'origine intestinale. — M. NAKHJAVANI. Hallux valgus familial. — M. CORRE. Naudin, les théories sur la reproduction.

27 février. — M. ADRIAN. Emphysème sous-cutané généralisé et médiastinal au cours des tentatives de pneumothorax thérapeutique. — M. ABANOVITCH. Sur un cas de psychonévrose obsessionnelle en littérature R. M. Rilka. — M. LARODERIE. Etude de l'insuline à petite dose chez les convalescents non diabétiques.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de médecin des hôpitaux (admissibilité).* — Candidats : MM. Albeaux, Albot, Antonelli, Benoist, Bernal, Bize, Blondel, Bousser, Busson, Cahen, Chabrun, Delay, Deparis, Derot, Desoille, Ducas, Even, Fauvert, Fouquet, Froment, Gilbrin, Goldberg, Gouyen, Guillain, Joseph Klotz, Launay, Lenègre, Lereboullet, Maison, Mauric, Merken, Meyer, Michaux, Moussoir, Pauttat, Périsson, Perrault, Poumeau-Delille, Racine, Ribadeau-Dumas, Rouquès, Schwob, Sée, Sigwald, Sterne, Thiébaut, Thiroloix, Thoyer, Uhry, Weill, Worms, Zadoc-Kahn.

Faculté d'Alger. — La chaire d'histologie et embryologie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger est déclarée vacante.

Faculté de Nancy. — La chaire de thérapeutique de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est déclarée vacante.

Légion d'honneur. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Legrand (d'Auberchicourt, Nord).

Clinique médicale propédeutique. (Hôpital Broussais, 96, rue Didot). — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire* du lundi 30 mars au samedi 4 avril 1936 inclus par MM. Sergent, Benda, Francis Bordet, Cottenot, Couvreux, Henri Durand, Kourilsky, Mignot, Pruvost et Turpin.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi. Les exercices pratiques sont réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

PROGRAMME DES LEÇONS THÉORIQUES. — Lundi 30 mars, 9 h. 30, M. le Professeur SERGENT : Principes généraux du radiodiagnostic de l'appareil respiratoire. — 15 heures, M. le Docteur BORDET : Les images broncho-pulmonaires normales. — 17 h. 30, M. le Docteur COTTENOT : Cage thoracique et corps étrangers intrathoraciques.

Mardi 31 mars, 11 heures, M. le Docteur MIGNOT : Médiastin (tumeurs et kystes) ; 15 heures, M. le Docteur TURPIN : Diaphragme. — 17 h. 30, M. le Docteur BORDET : Les images pathologiques élémentaires.

Mercredi 1er avril, 11 heures, M. le Professeur SERGENT: Trachée et bronches. — 15 heures, M. le Docteur BENDA : Médiastinites et pleurésies médiastinales. — 17 h. 30, M. le Docteur MIGNOT : Adénopathies médiastinales et tuberculose ganglio-pulmonaire.

Jeudi 2 avril, 11 heures, M. le Docteur BORDET : Pneumopathies aiguës non tuberculeuses. — 16 h. 15, M. le Docteur PRUVOST : Pneumothorax et pneumo-séreuse. — 17 h. 30, M. le Docteur KOURILSKY : Abcès du poumon, gangrène pulmonaire.

Vendredi 3 avril, 11 heures, M. le Docteur DURAND : Pleurésies sèches et épanchements pleuraux de la grande cavité. — 15 heures, M. le Docteur DURAND : Scissurites et épanchements scissuraux. — 16 h. 15, M. le Docteur DURAND : Pneumopathies chroniques non tuberculeuses.

Samedi 4 avril, 11 heures, M. le Docteur DURAND : Tuberculoses pulmonaires aiguës. — 16 h. 15, M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques. — 17 h. 30, M. le Professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques.

PROGRAMME DES EXERCICES PRATIQUES. — Ces exercices auront lieu tous les matins, à 9 h. 30 (examen des malades), et tous les après-midi (démonstration des principales techniques radiologiques, par le Docteur Couvreux).

S'inscrire à la Faculté de médecine ou bien au Secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4 de 14 à 16 heures) ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la Salle Béclard (A. D. R. M.).

Cours pratique de sympathologie clinique. — Le Professeur Laignel-Lavastine, avec la collaboration de MM. Rosenthal, Delherm, Alajouanine, Paul Chevallier, Bailliart, Justin-Besançon, Bourgeois, Didsbury, Bonnard, Vinchon, Largeau, Fay, G. d'Heucqueville, Sterne, Sambron et Moulinier, commencera le mercredi 4 mars 1936, à 10 heures, à la Pitié,

service 4, un cours pratique sur les Actualités sympathologiques, en douze leçons avec présentation de malades et exercices de laboratoire.

Ce cours, fait les lundis, mercredis et samedis à 10 heures, comprendra une introduction anatomo-physiologique par M. Laignel-Lavastine, une conférence et des exercices pratiques.

Ordre des leçons. — 1° Mercredi 4 mars, M. LAIGNEL-LAVASTINE : Anatomo-physiologie du sympathique. — 2° Samedi 7 mars, M. LAIGNEL-LAVASTINE (*Suite*), avec projections. — 3° Lundi 9 mars, M. ALAJOUANINE : Les arthropathies.— 4° Mercredi 11 mars, M. Paul CHEVALLIER : L'urticaire. — 5° Samedi 14 mars, M. BAILLIART : La circulation rétinienne. — 6° Lundi 16 mars , M. DIDSBURY : La migraine. — 7° Mercredi 18 mars, M. ROSENTHAL : Le sympathique des tuberculeux. — 8° Samedi 21 mars, M. BOURGEOIS : L'asthme. — 9° Lundi 23 mars, M. STERNE : L'électrocardiographie en sympathologie. — 10° Mercredi 25 mars, M. JUSTIN-BESANÇON : Les corps sympatholytiques. — 11° Samedi 28 mars, M. LAIGNEL-LAVASTINE : Le sympathique des périodiques. — 12° Lundi 30 mars, M. DELHERM : Physiothérapie des sympathoses digestives.

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié (Professeur Rathery). — *Les thérapeutiques nouvelles.* — Une série de conférences sur les thérapeutiques nouvelles seront faites à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital de la Pitié, le dimanche à 10 h. 30, à partir du 8 mars 1936.

8 mars, Prof. R. RATHERY : Le traitement des gangrènes diabétiques. — 15 mars, Prof. agrégé VALÉRY-RADOT : Le traitement des migraines. — 22 mars, Prof. Paul MATHIEU : Le traitement chirurgical des rhumatismes chroniques. — 29 mars: Docteur HUREZ, chef de clinique : Le traitement des bronchopneumonies infantiles. — 26 avril, Docteur LELONG, médecin des hôpitaux : Le traitement du choléra infantile. — 17 mai, Prof. LOEPER : Le traitement des intoxications alimentaires. — 24 mai, Prof. agrégé A. LEMAITRE : Le traitement de l'asystolie basedowienne. — 7 juin, Prof. A. BAUDOUIN : Le traitement des algies faciales. — 11 juin, Prof. agrégé DUVOIR : Le traitement d'urgence des intoxications. — 21 juin, Dr Félix-Pierre MERKLEN, chef de clinique : Le traitement de la maladie d'Addison.

Ces conférences sont libres et sont particulièrement destinées aux médecins praticiens.

44e Cours de perfectionnement (Pâques 1936, 23 mars au 5 avril), sous la direction de M. le Professeur Maurice Villaret La thérapeutique médicale et hydrologique des affections vasculaires, rénales, rhumatismales et endocrino-végétatives, à la faveur des acquisitions récentes de la clinique et du laboratoire.

Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 23 mars 1936, à 9 h. 30, à l'hôpital Necker (salle Renon), avec le concours d M. G. Marion, et avec la collaboration de MM. Henri Bénard, L. Justin-Besançon, Maurice Bariéty, Henry Bith, Fr. Saint-Girons, Grellety-Vosviel, Robert Wahl, Roger Even, René Cachera, Henri Desoille, J. Odinet, M. Racine, Robert Wallich et René Fauvert.

Il aura lieu régulièrement : le matin à 9 h. 30, l'après-midi à 15 heures et 16 h. 30.

Il comprendra trente-huit leçons et sera complet en deux semaines.

Des démonstrations cliniques au lit du malade, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faites après la leçon du matin, au cours de la visite dans les salles, à partir de 1 heures, par le Professeur Maurice VILLARET, et le Docteur Henry BITH, avec démonstrations de radiologie par le Docteur BRUNET, assistant du service, et de techniques nouvelles de laboratoire par M. Ch. MENTZER.

Des sommaires détaillés, résumant chaque leçon, seront distribués à chaque élève.

Le 44e Voyage d'études hydrologiques des cours de perfectionnement sera organisé après le cours sur les maladies du tube digestif, du foie et de la nutrition, c'est-à-dire après les vacances de Pâques, du 17 au 19 mai, à Vichy. Les élèves de ce cours et des autres enseignements dirigés, au cours de l'année, par le Professeur Maurice Villaret, qui seraient désireux d'y participer, sont priés de s'inscrire à l'avance au Laboratoire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques de la Faculté de médecine, où on leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du voyage. Les inscriptions sont limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue de ce cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 200 francs pour ce cours et de 300 francs pour les deux cours, dont le second a lieu après Pâques.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures).

45e Cours de perfectionnement (Pâques 1936, 4 mai au 19 mai), sous la direction de M. le Professeur Maurice Villaret : La thérapeutique médicale et hydrologique des maladies du tube digestif, du foie et de la nutrition, à la faveur des acquisitions récentes de la clinique et du laboratoire.

Cet enseignement de vacances, commencera le lundi 4 mai 1936, à 9 h. 30, à l'Hôpital Necker (Salle Renon), avec la collaboration de MM. Henri Bénard, L. Justin-Bezançon, Maurice Bariéty, Henry Bith, François Moutier, Fr. Saint-Girons, Robert Wahl, Jean Bourgeois, Roger Even et René Cachera.

Il aura lieu régulièrement : le matin, à 9 h. 30 ; l'après-midi, à 15 heures et 16 h. 30.

Il comprendra trente-neuf leçons, et sera complet en deux semaines.

Des examens au lit des malades et des démonstrations radiologiques, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faits après la leçon du matin, au cours de la visite dans les salles, à partir de 11 heures, par le Professeur Maurice VILLARET et le Docteur Henry BITH, avec démonstrations radiologiques par le Docteur BRUNET, assistant de radiologie, et des techniques nouvelles de laboratoire par M. Ch. MENTZER, interne en pharmacie.

Concours pour la nomination aux places d'interne en médecine qui pourront être vacantes en 1936. — 1° A l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise) ; 2° à l'Institution Sainte-Périne et à la Fondation Chardon-Lagache ; 3° à l'asile pour enfants de la Ville de Paris, à Hendaye (Basses-Pyrénées) ; 4° à l'hôpital-sanatorium Joffre, à Champrosay.

Ce concours sera ouvert le mardi 24 mars 1936, à 9 heures, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de santé), à partir du lundi 2 jusqu'au lundi 9 mars 1936 inclusivement, de quatorze à dix-sept heures.

Prix Etienne Taesch (Donation faite par Mme Constance-Françoise Nicolay, sa veuve). — Ce prix est décerné annuellement à un docteur en médecine français ou à un étudiant en médecine français, de préférence ancien interne ou interne des hôpitaux, âgés l'un ou l'autre de moins de trente ans, ayant peu de ressources, dont il paraît utile pour la science de favoriser les recherches scientifiques.

Les candidats au prix Etienne Taesch doivent faire acte de candidature avant le premier juin de chaque année, par lettre adressée au secrétaire général de l'Association française d'urologie.

Ils joindront à leur candidature la liste des travaux déjà publiés par eux et le texte original de ceux de ces travaux qu'ils jugent particulièrement dignes de retenir l'attention du jury.

Le jury appréciera ces travaux moins d'après leur nombre et leur longueur que d'après l'esprit d'originalité qu'ils décèleront.

Les candidats devront joindre également à leur candidature un aperçu sur les recherches qu'ils ont l'intention d'effectuer et pour lesquelles ils sollicitent le prix.

Ils s'engageront, si le prix leur est décerné, à publier dans les deux ans qui suivront la proclamation du prix un travail sur ces recherches et sur leurs résultats.

Ce travail ou un résumé de ce travail pourra être publié à la suite des comptes rendus du Congrès annuel de l'Association française d'urologie.

Le prix sera publiquement décerné pendant l'Assemblée générale du Congrès de l'Association.

Pour l'année 1936, le Prix Etienne Taesch sera, comme pour les années précédentes, de 7.500 francs. Adresser les inscriptions avant le 1er juin 1936, à M. le Docteur L. Michon, secrétaire général de l'Association française d'urologie, 40, rue Barbet-de-Jouy, Paris (VIIe).

IIe Congrès international de lutte scientifique et sociale contre le cancer. — Il aura lieu, à Bruxelles, du 20 au 26 septembre 1936. L'ordre du jour que vient de publier le Comité national d'organisation, comprend les questions les plus actuelles de la cancérologie scientifique et de la lutte sociale contre le cancer. Les problèmes principaux de la cancérologie scientifique sont : *Biologie* (agents cancérigènes, facteurs de prédisposition et de résistance au cancer : hérédité, métabolisme, immunité), *Progrès dans l'établissement du diagnostic* (diagnostic histologique, radiologique, sérologique et sérocytologique), *progrès dans la thérapeutique* (traitement chirurgical et médical, rœntgen et curiethérapie). Les questions principales de la lutte sociale sont : *accès du malade au diagnostic et au traitement, assistance médico-sociale aux incurables, cancer et démographie* (statistiques, cancer et races). Les personnalités scientifiques les plus autorisées de tous les pays se sont chargés des rapports généraux. En plus de ces rapports, tous les problèmes seront examinés au cours de communications présentées par les chercheurs qui s'inscriront au Secrétariat général du Congrès.

Pour toutes informations détaillées, prière de s'adresser au secrétariat général du Congrès : 13, rue de la Presse, Bruxelles.

L'Association professionnelle des Journalistes médicaux français au cours de sa récente Assemblée générale, a modifié comme suit son Bureau pour 1936 : président : M. J. Minet (de Lille) ; vice-présidents : MM. Larrieu (de Montfort-l'Amaury) et O'Followell (de Paris) ; secrétaire, M. Albert Garrigues ; secrétaire-adjoint : M. Labignette (de Paris) ; trésorier : M. Mathé ; Conseil d'administration : MM. Crouzal (de Paris) ; Loir (du Havre) ; Molinéry (de Luchon) et Nior (de Paris).

Les médecins israélistes en Allemagne. — Le Fürher des médecins du Reich a publié un décret établissant une distinction entre les médecins juifs et non juifs. Il est renoncé désormais aux termes d'Aryen et non aryen usités jusqu'à ce jour. Seront considérés comme juifs les médecins qui par leurs parents ou leurs grands-parents ont la totalité, les trois quarts ou la moitié de sang juif ou encore ceux qui sont mariés à une juive. Les médecins non juifs n'auront pas le droit d'adresser des malades à des spécialistes juifs. Les médecins juifs ne seront admis que dans une proportion égale à celle de la population juive en Allemagne. Comme pour le moment leur nombre dépasse de beaucoup cette proportion, il ne saurait être question d'admettre de nouveaux médecins juifs d'ici quelque temps. (*Le Temps*).

Une expédition scientifique à l'Himalaya. — Une expédition composée de dix alpinistes français : MM. de Ségogne, chef de l'expédition ; Marcel Ichac et Samivel, cinéastes, Pierre Allain, Raymond Leninger, Robert Deudon, Jean Charignon, Louis Neltner, Jean Carle et Jean Arlaud, va partir prochainement pour tenter, après tant d'expéditions étrangères, d'atteindre un des sommets de 8.000 mètres de l'Himalaya.

L'objectif choisi est le Hiden Peak (8.068 mètres) dans le massif du Karakoroun.

Elle s'embarquera à Marseille le 20 mars et compte atteindre son camp de base après six semaines de marches d'approche, vers la fin mai.

Elle rentrera probablement en France dans le courant de septembre.

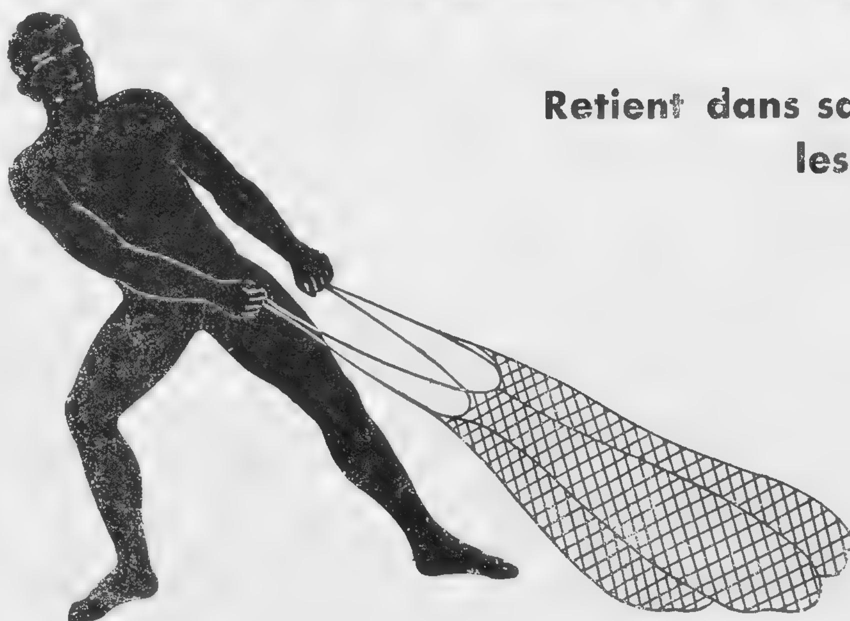
Le Corps médical est représenté par le Docteur Jean Arlaud, de Toulouse, qui a été choisi pour assurer le ravitaillement, en raison de ses travaux bien connus sur l'alimentation des sportifs, et en particulier, des alpinistes, et M. Jean Carle, externe des hôpitaux de Paris.

Ils comptent rapporter des observations nouvelles sur les réactions physiologiques dues au séjour prolongé en altitude et surtout en fonction de l'alimentation.

L'expédition a été mise sur pied grâce à une souscription nationale aidée d'une forte subvention du Gouvernement et de dons généreux.

Les Laboratoires médicaux n'ont pas été les derniers à souscrire.

Toutefois, les moyens financiers de l'expédition sont encore insuffisants et elle accepte avec reconnaissance toutes les souscriptions qui voudront bien être adressées au Comité d'organisation, 7, rue de la Boëtie, à Paris, chèques postaux Paris 1601 86.



TRAVAUX ORIGINAUX

La force déterminante des hallucinations auditives

Par A. CONDOMINE et M. BEAUJARD
(de Lyon)

« Tout persécuté est dangereux, mais tous les persécutés ne sont pas également dangereux » a-t-on dit. Nous nous proposons d'étudier ici le danger spécial que représente l'hallucination auditive dans les cas où, par suite d'un concours de circonstances spéciales ou de facteurs personnels particuliers, cette hallucination acquiert une force déterminante assez grande pour mettre le malade en conflit avec la société en l'entraînant brusquement à un acte délictueux ou criminel. Nous essayerons d'éclairer le mécanisme de l'influence hallucinatoire en cherchant dans quelles conditions elle a le plus de nocivité. Nous nous demanderons ensuite s'il peut exister dans ces cas une prophylaxie efficace.

Avant d'esquisser des considérations théoriques il nous paraît opportun de présenter quelques observations. C'est la première d'entre elles qui nous a donné l'idée de cette étude.

OBSERVATION I. — Le 1er décembre 1924 vers 9 heures du soir un maçon italien Fl... L., 46 ans, se trouvait attablé dans un café de village de la Loire, seul à sa table, tandis que d'autres clients étaient assis par groupes causant ou jouant aux cartes. A un moment donné, *sans la moindre discussion*, on vit Fl.... se lever, se diriger vers la lorte et tirer(cinq coups de revolver en visant des consommateurs, l'un d'eux fut tué, touché au front, quatre furent blessés aux membres, trois furent effleurés par les balles.

Quand Fl... fut arrêté, le surlendemain, il reconnut les faits et déclara qu'il avait tiré *sur des personnes qui l'insultaient*.

L'expertise mit en évidence que Fl... avait des idées de persécution depuis une dizaine d'années, mais ses troubles mentaux avaient passé à peu près inaperçus de l'entourage, car il gardait pour lui ses réflexions et n'avait jamais menacé personne. Travailleur intelligent et adroit, il donnait satisfaction partout où il passait.

C'est par des renseignements recueillis de divers côtés, et uniquement de personnes l'ayant approché de près, qu'on put établir l'ancienneté des idées délirantes. Elles remontaient à dix ans et ne s'étaient extériorisées que par des propos espacés relevant des gestes ou des regards qui lui paraissaient suspects.

Lui-même, réticent, ne se livra que très peu à l'examen, par volonté de n'avancer que ce dont il était sûr. Il avait remarqué « bien des petites manières, des sifflottements ou autres... », mais ne voulait accuser personne franchement, restant le plus souvent dans le domaine de la supposition. « Qui peut juger dans la tête d'un autre ? » Il se sentait pris dans un réseau d'hostilité. Les ouvriers, et même les manœuvres, avaient une tendance à se moquer de lui, quelle que soit la région où il se trouvait, il finissait par se demander si on ne faisait pas savoir par téléphone qui il était. Les hallucinations se bornaient en général à des sifflottements, rarement elles étaient plus différenciées : une fois il s'était entendu accuser de s'amuser avec une vache, plusieurs fois il avait éclaté de rire sans motif au milieu de son travail.

A noter que Fl... était un violent virtuel. Il avait été condamné en 1912 à Pontarlier à huit jours de prison pour outrages à gendarmes. Il portait fréquemment sur lui un revolver.

En somme c'était un paranoïaque constitutionnel, surtout interprétant, non systématisé, sans persécuteurs attitrés, pourvu d'un délire peu évolué et qui ne semblait pas mûr pour un acte de violence.

Pourquoi des hallucinations ont-elles déclenché subitement la réaction meurtrière ? Pouvait-on prévoir le danger ? Voilà les deux questions qui se posent à l'esprit.

Pour répondre à la première question, examinons de plus près les événements de la journée.

Dans l'après-midi pendant son travail, Fl...avait eu une première hallucination, il s'était cru insulté par un ouvrier nommé Gout... qui travaillait dans la même maison que lui, il avait entendu à peu près ceci : « Sale macaroni, ce n'est pas malheureux que tu aies fini (il terminait son travail qui avait duré trois semaines).... Espèce de Mussolini, cochon, tu peux aller chez toi ». Des témoins présents n'avaient pas entendu le moindre propos. Sa tâche terminée, il s'était fait régler son travail, soit 720 francs, car il devait quitter ce village le lendemain pour se rendre en Savoie, il avait bu un peu en compagnie de son patron, avait dîné comme d'habitude, puis était allé passer la soirée au café. A une table voisine de lui se trouvait l'ouvrier Gout.... avec trois camarades. La salle s'était remplie. A un moment on le plaisanta quelque peu parce qu'il « faisait le suisse » (consommait seul), mais les propos échangés furent sans aucune méchanceté Quelques instants plus tard on vit Fl... se lever brusquement, se diriger vers la porte, mettre la main dans la poche de son veston, hésiter, puis sortir son revolver et tirer à plusieurs reprises. Tous les consommateurs affirmèrent à l'instruction qu'il n'y avait eu ni discussion, ni mots vifs échangés, ni éclats de voix. Le drame avait été une surprise générale. De son côté Fl... déclara que s'il s'était levé, c'est parce que tous les clients s'étaient mis à l'insulter, le traitant de cochon, marcaroni, etc., et que s'il avait tiré, une fois à la porte, c'est qu'il avait entendu l'un d'eux lui crier : « Tu as peur ! Tu te sauves ! C'était pas la peine que tu viennes en France »

C'est dans un véritable raptus hallucinatoire que Fl... avait tiré.

Y a-t-il eu des raisons particulières pour que ce soir-là Fl... soit brusquement en proie à des hallucinations ayant une telle force déterminante ? Nous croyons en apercevoir plusieurs : 1° Son travail était terminé et il allait changer de région. Cause d'émotivité ; 2° Il avait été impressionné dans l'après-midi par une première hallucination insultante venant du nommé Gout.... Sensibilisation ; 3° Ce même Gout... se trouvait le soir à une table voisine. Cause d'interprétation et choc moral. ; 4° Il y avait une légère excitation éthylique.

Bien que l'hallucination soit un phénomène très capricieux au cours des délires, nous ne doutons pas qu'il y ait à leur origine des causes adjuvantes et il y aurait un intérêt clinique évident à connaître ces causes. Chaslin (1) a signalé au nombre des causes adjuvantes les affections des oreilles, le sommeil, le jeûne, l'insomnie, l'isolement... Il semble que cette observation permette d'y ajouter la surcharge affective et le facteur toxique.

Le drame, disions-nous, a été une surprise pour tous. Oui, parce que les troubles mentaux de Fl.... étaient ignorés. Une fois éclaircie, l'observation de Fl.... se résume à un délire de persécution datant de dix ans et aboutissant au meurtre. Mais il lui reste ce cachet particulier que le délire, peu évolué, aurait pu rester longtemps compatible avec l'exercice de la profession, si une bouffée hallucinatoire brutale n'avait mis le feu aux poudres.

La réponse à la deuxième question (pouvait-on prévoir le danger ?) ne nous paraît pas faire de doute. Elle doit être négative. L'entourage n'avait aucune raison de se méfier, puisque aucune plainte ni aucune menace n'étaient jamais sorties de ses lèvres.

Plusieurs autres cas observés nous ont incités à faire des comparaisons pour étudier de plus près les réactions des hallucinés.

OBSERVATION II. — Schl... Renée, 23 ans, employée dans un grand magasin de Lyon depuis cinq ans. Arrive un matin de juillet 1926 à son travail et sans motif frappe d'un coup de couteau à la poitrine sa chef de rayon âgée de 27 ans. La blessure n'est pas pénétrante. L'après-midi la chef de rayon déclare : « Hier cette jeune fille a manifesté des signes de dérangement cérébral. Elle riait, pleurait à tout propos et embrassait un peu tout le monde, disant qu'elle allait se marier, etc... Elle est partie le soir sans rien me dire, contrairement à son habitude, avec des gestes désordonnés. Elle n'avait aucun motif pour m'en vouloir ».

Elle était très pâle avant son acte. Après avoir frappé, elle se mit à genoux, les bras en croix, les yeux levés vers le ciel.

(1) CHASLIN. — Eléments de séméiologie, p. 123.

Internée dans une maison de santé, elle reste agitée et délirante pendant huit jours.

Interrogée par la suite, elle déclara que, dans la nuit qui avait précédé les faits elle avait vu Dieu qui lui avait commandé de tuer son chef de rayon parce que c'était le diable.

Il s'agit d'une hallucination impérative avec ordre venu du Ciel. Cette provenance céleste donne à l'hétéro-impulsion une force de réalisation irrésistible. La position prise par le sujet après l'acte, à genoux, les bras en croix, est très caractéristique. Cette jeune fille intelligente, de nature orgueilleuse, supportait mal la tutelle de ses parents, père autoritaire et mère à tendances neurasthéniques. Sa situation de sous-chef de rayon l'isolait moralement entre la chef, sa supérieure, et les vendeuses, ses anciennes camarades. Elle était au début d'une aventure amoureuse. C'est sur cet état nerveux que se développa subitement l'accès délirant.

Observation III. — Gard...., paysan débile des monts du Lyonnais, vieux garçon de 40 ans, donnait depuis plusieurs années quelques signes de déséquilibre mental. Propriétaire d'un petit bien qu'il avait du mal à gérer seul, il s'imaginait que ses parents et ses voisins s'étaient donné le mot pour entraver son travail et l'obliger à vendre. Il interprétait de menus propos et donnait un sens défavorable à des constatations sans intérêt. Dans l'automne 1925 il fait un épisode de persécution plus marqué à l'occasion d'une plaie de travail infectée et d'une absorption abusive d'alcool. Au cinquième jour d'un état délirant pseudo-confusionnel qui ne l'empêchait pas de surveiller le déchargement de deux charrettes de blé dans un hangar où il avait cru entendre la veille et le matin des bruits insolites, au moment où il rassemblait lui-même avec un rateau les débris du premier chargement, il entend l'un des amis qui l'aidaient lui dire : « Ta sœur y est dedans, mets-y le feu ! » Il obéit à cette hallucination, roule une cigarette, l'allume et jette l'allumette dans le foin. Il brûle ainsi non seulement sa récolte mais son hangar.

Il est remarquable de constater ici qu'un paysan proche de ses intérêts, hostile à l'idée d'abandonner sa terre, qui ne présentait qu'un délire peu actif et peu systématisé, ait pu se laisser influencer par une hallucination auditive au point de ne pas hésiter à incendier volontairement un bien lui appartenant. La débilité a eu sa part dans ce geste, mais surtout l'état d'anxiété où se trouvait Gard... par suite d'interprétations répétées et de frayeurs.

Observation IV. — Sent.... sujet Polonais de 27 ans, manœuvre, est atteint de délire d'influence depuis deux ans. Il est « suggestionné » par un compatriote F..., camarade de travail. On lui fait voir des tableaux de scènes vivantes, on lui envoie des odeurs, on lui fait ressentir des piqûres, des brûlures des secousses, on l'empêche de dormir la nuit, on agit sur ses pensées et sur tout son être. On le change de personnalité : parfois il se sentira transformé en femme, ou en gardien par exemple à la prison, d'autres fois ce sont les autres qui sont transformés devant lui. La « suggestion » dont il est victime s'applique aux autres en passant par lui. C'est ainsi que quand il rentre dans un chantier les autres deviennent malades. Il est aussi halluciné de l'ouïe et reconnaît la voix de F.... Peu à peu ce dernier n'est plus le seul à agir sur lui, il ne sait plus à qui s'en prendre. Il a entendu dire que quand il rentrerait en Pologne une de ses sœurs voulait le tuer et en conclut que là-bas ils sont « suggestionnés » par ses lettres.

Il est arrêté le 29 octobre 1926 sur la plainte d'un chauffeur de taxi auquel il n'avait pu régler une course assez longue.

L'expert apprend de lui que la veille de son arrestation dans la soirée il a entendu dire : « Il y a des types derrière vous qui vont vous tuer ! » Terrorisé, il passe toute la nuit dans le couloir d'un immeuble où il se croit protégé d'ennemis à sa recherche dans la rue. Le matin il monte rapidement dans un taxi pour leur échapper et se fait conduire dans un endroit éloigné.

Il s'agit d'une filouterie au taxi d'origine nettement pathologique. Le sujet a réagi par la fuite à un état d'anxiété déterminé par une hallucination de l'ouïe. Une longue période d'obsession délirante avait précédé, mais c'est l'hallucination qui a déclenché le délit.

Observation V. — Mlle Oll.... célibataire de 38 ans, est atteinte depuis quelques mois de délire de persécution avec interprétations multiples et hallucinations auditives. Domiciliée dans une rue isolée de la banlieue lyonnaise et vivant seule, elle croit entendre la nuit des vociférations, des menaces, s'imagine qu'on vient dans ses prés, qu'on frappe à la porte du jardin. Quelquefois elle répond à ses voix. Elle demande du secours à la police privée et se met en quête d'un autre logement pour échapper à ses ennemis. Un jour elle a une altercation avec une voisine, Mlle Pi..., ce fait nouveau augmente sa peur d'une attaque, elle avertit la gendarmerie et achète un revolver. Le 16 mars 1927, alors qu'elle revient de Lyon à la nuit tombante, dans un état d'appréhension permanent, on jette quand elle passe une casserole d'eau de la fenêtre de la cuisine de Mlle Pi... La porte d'une remise s'ouvre et une personne en sort ; elle croit entendre dire : « Il faut que tu y passes ! » et croit reconnaître la voix de Mlle Pi... qui dit à sa mère avec un rire mauvais : « Tu vas voir comment je vais l'arranger ! » Elle tire deux coups de revolver et blesse Mlle Pi...

Ici, comme dans l'observation précédente le terrain était préparé par un état délirant avec crainte obsédante datant d'au moins plusieurs semaines, mais c'est le phénomène hallucinatoire qui a déclenché la réaction. Une différence capitale cependant sépare les deux cas, c'est que dans l'observation IV le persécuté a réagi par la fuite, tandis que dans l'observation V la malade a réagi par l'impulsion homicide.

Nous nous limiterons à ces cinq observations où l'hallucination a eu un rôle très direct et a eu des conséquences médico-légales. Elles concernent des délirants systématisés aigus ou chroniques. C'est à dessein que nous les avons mis seuls en cause, pour réduire notre sujet à l'éventualité la plus fréquente, mais nous ne méconnaissons pas les réactions provoquées par les hallucinations dans d'autres psychoses. En principe toutes les psychoses où les hallucinations font partie du cortège symptomatique peuvent entraîner de telles réactions, mais en pratique elles y sont rares. On en peut rencontrer dans la débilité mentale avec idées mystiques ou idées de grandeur, dans la confusion mentale, dans les états subaigus de l'alcoolisme chronique, dans la mélancolie, dans la démence précoce, dans l'épilepsie. Dans la démence précoce et l'épilepsie chacun sait qu'on voit plutôt des actes de violence dont les mobiles échappent aux investigations, il est bien rare que le malade donne comme raison de son acte une injure entendue ou une voix impérative, cependant Krafft-Ebing (1) pour l'épilepsie, Mlle Pascal (2) pour la démence précoce en signalent l'existence. Dans la mélancolie il semble que des réactions de cet ordre soient plus fréquentes, cependant on conteste de plus en plus aujourd'hui l'existence d'hallucinations auditives vraies dans la mélancolie (Séglas, Masselon) et les réactions doivent être imputées d'une façon plus générale au délire.

Les réactions qui peuvent être observées à la suite d'hallucinations sont très diverses. Toutes les réactions du type impulsif sont possibles. Les chefs d'inculpation vont du meurtre au simple vagabondage, en passant par les coups et blessures, l'incendie volontaire, les vols, les outrages à la pudeur, etc... Là n'est pas l'intérêt de notre étude. Comme nous l'avons déjà indiqué plus haut, ce qui nous importe c'est : 1° l'étude analytique de la relation qui existe entre l'hallucination et l'acte ; 2° le point de vue prophylactique.

A) Relations entre l'hallucination et l'acte

Chez les persécutés et les mystiques, d'une façon générale chez les délirants systématisés ou dans les bouffées délirantes, on peut opposer, du point de vue envisagé ici, deux sortes d'hallucinations de nature différente : *a*) celles qui sont agressives, qui créent chez le malade un état de crainte ou de terreur, qui lui font croire à un danger plus ou moins imminent ; *b*) celles qui le conseillent ou le commandent, qui le mettent dans un état de subordination. Joffroy et Dupouy (3) ont parfaitement mis en valeur cette distinction à propos des fugues. Ils ont distingué les fugues consécutives à une hallucination agressive (fugues raisonnées ou par raptus) et les fugues consécutives à une hallucination qui commande. Cette distinction garde sa valeur à propos de toutes les réactions des hallucinés. Les cinq observations ci-dessus se rapportent au premier type pour trois d'entre elles (obs. I, IV et V) et au deuxième type pour deux (obs. II et III). Voyons comment nos malades se

(1) Krafft-Ebing. — Traité clinique de psychiatrie, p. 558.
(2) Mlle Pascal. — La démence précoce, Alcan, p. 204.
(3) Joffroy et Dupouy. — Fugues et vagabondage, p. 231.

sont comportés vis-à-vis de leurs hallucinations. Ceux qui ont été le jouet d'hallucinations agressives ont réagi de deux manières différentes. Fl... (obs. I) et Oll... (obs. V) ont déchargé leur revolver. Au contraire Sent... (obs. IV) a réagi par la fuite. Quant à ceux qui ont eu des hallucinations impératives, ils ont simplement obéi aux ordres reçus. On peut donc dire qu'il existe deux sortes de réactions, quel que soit le contenu de l'hallucination ou sa nature, la réaction active et la réaction passive. A l'hallucination agressive le malade répond soit activement soit passivement, suivant son caractère ou suivant les circonstances. A l'hallucination conseillère ou impérative il répond par l'obéissance ; celle-ci peut être comme dans le cas précédent soit un acte de violence soit une réaction passive ; dans le contenu même de l'hallucination se trouve l'indication de l'acte.

Du point de vue clinique il est important de constater avec Joffroy et Dupouy que les hallucinations agressives sont toujours des hallucinations auditives vraies, se rencontrent par conséquent chez les persécutés sensoriels de Séglas, tandis que celles du deuxième groupe « existent de préférence chez les persécutés avec idées de possession et hallucinations psychomotrices, mais surtout chez les délirants mystiques », donc dans les délires d'influence de Ceillier et leur variété les délires mystiques.

Quelle que soit en tout cas la nature de l'hallucination, quelle que soit la psychose où elle se manifeste il importe de se demander pourquoi dans tel ou tel cas elle laisse le malade calme et dans tel ou tel autre le fait sortir de lui-même et le pousse à des réactions délictueuses ou criminelles. C'est qu'il est bien évident que dans le deuxième cas s'associent à l'hallucination d'autres facteurs qui jouent aussi leur rôle dans le déclenchement des réactions. Ce rôle des facteurs associés à l'hallucination nous paraît revêtir la plus haute importance. Dans les asiles nous sommes entourés d'hallucinés qui s'entendent injurier journellement et qui ne réagissent autrement que par des ripostes verbales plus ou moins véhémentes et par des récriminations auprès du médecin, les influencés résistent dans la généralité des cas aux ordres entendus. Pour que l'hallucination entraîne une réaction importante, en particulier un acte de violence, il faut que d'autres facteurs viennent amoindrir la résistance morale du sujet ou faciliter l'abandon de sa volonté aux ordres entendus. Ces facteurs sont d'ordres divers. Leur étude est importante, car certains d'entre eux sont prévisibles et par là accessibles à la prophylaxie.

Etudions donc les facteurs associés qui peuvent rendre dangereuse socialement une hallucination auditive.

Le plus important est sans aucun doute l'anxiété. On peut dire que ce facteur est indispensable pour que la réaction ait lieu et qu'on le rencontre dans toute expertise où l'hallucination a joué son rôle. Le sujet agit dans un raptus anxieux. Ce symptôme a pu être mis en évidence sans difficulté dans les cinq observations que nous avons résumées. Cette anxiété peut être pathologique ou non. Il n'est pas inconcevable qu'il s'agisse d'une anxiété ayant rapport à des malheurs réels ou à une circonstance de fait. Dans notre observation V elle a été grandement favorisée par le fait que Mlle Oll... se trouvait dans un chemin isolé à la tombée de la nuit. Dans notre observation III, Gard... était subanxieux depuis plusieurs mois parce que sa famille lui conseillait d'abandonner la gestion directe de son bien. Mais dans la très grande majorité des cas l'anxiété est pathologique et intimement liée au délire ou à ses manifestations. Elle dépend souvent de l'hallucination elle-même : « L'hallucination semble provoquer des émotions et des sentiments comme si c'était la réalité même. On conçoit donc que ces émotions peuvent susciter des actes dangereux » (Chaslin) (1). Il peut arriver que ce soit la plus grande fréquence, l'augmentation de la virulence des injures entendues qui sensibilisent le malade par une sorte d'allergie mentale, de telle sorte qu'une hallucination auparavant inoffensive déchaînera une réaction violente (obs. I). L'anxiété peut également provenir, comme l'a si bien décrit Revault d'Allonnes (2), d'une

(1) Chaslin. — *Loc. cit.*, p. 125.
(2) Revault d'Allonnes. — Les hétéro-impulsions. *Ann. méd. psych.* 1927, t. II, p. 414.

phase d'activité du délire dans laquelle le malade assiste à de nombreux phénomènes : hallucinations, illusions, bizarreries de l'entourage, étrangeté des faits coutumiers, qu'il ne parvient pas à coordonner, et s'affole devant leur incohérence. « Il est noyé dans ses contradictions, il ne sait plus où il en est, il ne sait pas toujours démêler ce qui est de lui-même et ce qui est des dominateurs. Il ne sait plus à qui entendre. » Si dans cet état d'inquiétude, d'indécision, survient un ordre précis, formel, le malade s'abandonne à cette volonté étrangère et exécute l'acte ordonné : « Que l'injonction se fasse pressante, seul point fixe dans le tourbillon, le voici comme une bête traquée, à qui est laissée une seule issue. »

Le caractère, la constitution du malade, interviennent naturellement dans l'apparition et la nature des réactions. Cette notion apparaît comme évidente. Tel sujet craintif réagira par une fugue, par l'abandon d'une situation, par le suicide. Au contraire il est habituel de constater chez celui qui s'est livré à une réaction violente une impulsivité constitutionnelle. Nous avons fait remarquer que le nommé Fl... de notre observation I était un violent virtuel et avait été condamné pour outrages aux gendarmes.

L'état physique du malade importe également dans la genèse de ses réactions en agissant indirectement soit sur son impulsivité, soit sur sa suggestibilité. L'anémie, la faiblesse, des maladies chroniques asthénisantes, peuvent augmenter la suggestibilité. Au contraire des intoxications prolongées, l'alcool surtout, mais aussi le café, la cocaïne, peuvent accroître l'irascibilité. Nous avons observé un persécuté polonais poursuivi pour tentative de meurtre qui insistait sur la faiblesse de sa constitution physique et qui avait la conviction que c'était parce qu'il était « physiquement faible » que son chef n'avait pas de considération pour lui et que les ouvriers français le méprisaient. Il est certain que les faibles ont besoin d'une plus grande force d'adaptation que les autres pour rester en bons termes avec un entourage de travailleurs, parce qu'ils sont l'objet de remarques désobligeantes qui ne peuvent qu'affaiblir leur potentiel nerveux et susciter des réactions d'hyperémotivité.

Enfin le thème délirant est loin d'être négligeable. Le contenu du délire va décider souvent de la qualité de la réaction. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Quand l'hallucination apparaît brusquement comme un phénomène étranger à la pensée la réaction peut être inattendue et ne concorde pas nécessairement avec les tendances connues du sujet. Comme le disait Chaslin (1), « quoique l'hallucination fasse partie d'un tout, elle agit pourtant ou semble agir comme si elle était relativement isolée, comme agit réellement un objet extérieur sur le cours des pensées, des sentiments et des actes ». De Clérambault (2) a fait remarquer que la pensée hallucinatoire, d'une part est d'un niveau intellectuel inférieur à celui de la pensée consciente, d'autre part semble précéder l'évolution du délire : « La pensée extra-personnelle représente la forme mentale qui sera dans plusieurs années celle du malade. Les voix informatrices, prophétiques et fabulatrices jettent constamment dans la conscience du sujet des notions bien élaborées sans relation avec sa pensée actuelle, souvent contraires à ses tendances.... » Au sujet du processus délirant il y a lieu de noter surtout que le persécuté n'est pas aussi dangereux dans la période de début où il n'a pas encore acquis une conviction inébranlable que dans la période d'état, et qu'il est bien plus dangereux dans cette dernière période qu'une fois survenus des signes d'affaiblissement ou de désagrégation psychique. Baillarger avait noté (cité par Séglas) qu'il fallait bien distinguer les hallucinations véritables liées à un état aigu des fausses hallucinations de l'état chronique. Seules les premières ont une force suffisante pour déterminer un raptus anxieux.

Quant aux hallucinations impératives des délires mystiques, elles nécessitent, pour être obéies, des dispositions d'esprit particulières qui impliquent un renoncement total quand le ciel a fait connaître sa volonté. La croyance absolue du malade en la toute puissance de la volonté surnaturelle qui

(1) Chaslin. — *Loc. cit.*, p. 125.
(2) de Clérambault. — *Annales médico-psych.*, 1934, t. II, p. 429.

lui commande, la certitude qu'il commet un acte libérateur, font qu'il obéit alors servilement à l'acte donné. Le terrain a souvent été préparé par l'influence de l'éducation et du milieu, mais il n'en est pas toujours ainsi : le facteur prédominant pour que l'hallucination soit suivie de l'acte c'est l'aptitude aux émotions religieuses, la tendance naturelle à l'exaltation mystique.

B) Prophylaxie

Tout persécuté est dangereux, c'est une notion banale de psychiatrie médico-légale. Mais l'observation clinique permet-elle, en présence d'un persécuté, de déterminer d'une façon assez précise son coefficient de nocivité ? C'est à cette question que nous voudrions pouvoir répondre.

Le médecin praticien se trouve souvent dans l'incertitude. Si le malade n'a pas fait de menaces précises et même répétées, il n'ose pas signer un certificat d'internement. Pourrions-nous le lui reprocher alors que le spécialiste de l'asile est parfois embarrassé quand on lui demande la sortie d'un persécuté qui ne *paraît* plus dangereux ?

Les difficultés qui s'amoncellent pour masquer l'imminence du danger sont de tous ordres. Le malade est taciturne et cache ses idées même à son entourage, il aime l'isolement, se replie sur lui-même. On s'est bien aperçu que son esprit est déréglé, mais on ne connaît pas le fond de sa pensée. Il se refuse à l'examen médical. Les griefs qu'il met en avant ont souvent une base exacte ou du moins sont vraisemblables et ne sont pas tenus pour déraisonnables par les parents. Ces malades sont parfois des isolés qui ne sont soumis à aucun contrôle et qui défendent farouchement leur indépendance ; personne n'est admis dans leur intérieur où l'on découvre après internement les signes matériels d'une longue période délirante (serrures multiples, cheminées bouchées, etc.). Voilà pour les difficultés pratiques qui empêchent l'accès auprès du malade et par conséquent la pénétration dans son domaine psychique. Mais en admettant que le persécuté ne soit pas ce sujet renfrogné et misanthrope et qu'il s'extériorise d'une façon permanente ou intermittente, serons-nous toujours mieux fixés pour cela sur le danger qu'il représente ?

Le problème est plus délicat, nous semble-t-il, dans les psychoses hallucinatoires que dans les délires raisonnants d'interprétation. Dans ces derniers il s'agit toujours d'un processus intellectuel de longue durée qui a donné lieu à de nombreuses manifestations avant la période dangereuse ; les menaces verbales ou écrites s'accumulent avant la réalisation de l'acte. On assiste à la progression de l'état obsédant et des dispositions agressives, on peut en général prévoir. Dans les psychoses hallucinatoires l'évolution est moins régulière et moins franche, elle se fait parfois par bonds irréguliers et capricieux, elle est souvent de durée beaucoup plus courte (bouffées délirantes) et surtout l'hallucination y apporte un cachet de surprise, d'improvisation qui déconcerte. L'hallucination auditive vraie avec « croyance intime de percevoir un objet absent, « avec « réalité objective » de la fausse perception (Claude et Ey) apporte aux malades l'impression d'une violence, d'une effraction qui demande une riposte, qu'on ne peut supporter passivement sans se diminuer. Quand cette hallucination se produit dans des circonstances particulières où tout concorde pour pousser l'émotivité à son comble, la menace ou l'ordre contenus dans l'hallucination ont une telle force de réalité, le malade est si bien pris au piège de cette force qu'il croit étrangère, que sa conduite n'est plus sous le contrôle des parties claires de sa conscience, mais obéit impulsivement dans le désarroi de tout son être à ce que lui dictent ses convictions délirantes.

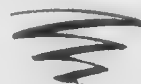
Pour les raisons que nous venons d'exposer nous croyons que les réactions violentes directement consécutives à des hallucinations auditives sont davantage imprévisibles que les réactions des persécutés raisonnants. Nous avons examiné si dans les cinq observations rapportées il eût été possible de prévoir et donc de prévenir les faits. Eh bien l'examen attentif des faits et de la période antérieure aux faits, les déclarations des témoins nous permettent de dire que dans les trois premiers cas le drame a été un fait absolument imprévu et que personne n'avait soupçonné un danger possible. Dans les deux derniers cas au contraire il eût été indiqué de faire procéder à un examen mental.

Est-ce à dire qu'il faille désespérer de la prophylaxie mentale dans les délires hallucinatoires ? Non pas. Mais en vérité, même avec la meilleure organisation prophylactique, on ne peut s'attendre à retenir au crible tous les sujets dangereux qui sont épars dans le monde.

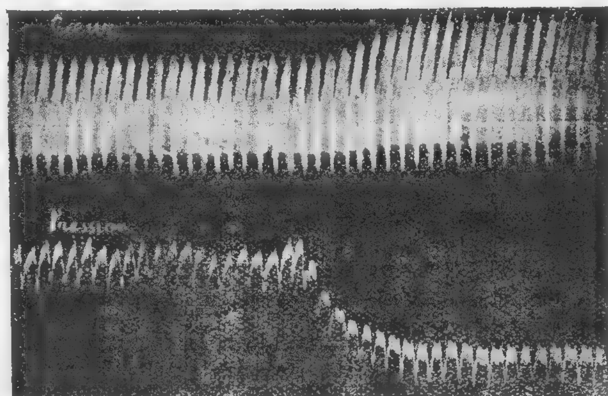
Faisons au moins tout ce qui est humainement possible pour les dépister. Le seul moyen efficace c'est l'examen mental par un médecin spécialisé. Dans plusieurs grands centres les consultations de prophylaxie mentale sont déjà organisées. Il faut qu'elles se généralisent dans tous les départements. Mais cela ne suffit pas. Il faut aussi que les maires et les commissaires de police fassent appel au médecin spécialisé quand on vient leur signaler le déséquilibre mental d'un de leurs administrés, au lieu de se contenter de calmer les esprits et de renvoyer les plaignants avec de bonnes paroles, surtout quand il s'agit de persécutés.

Les deux obstacles principaux à la réalisation d'un programme satisfaisant de dépistage et de mise en traitement des persécutés c'est : 1° que le persécuté se refuse le plus souvent à l'examen mental ; 2° que l'examen mental est parfois extrêmement délicat à cause de l'attitude réticente du malade. Ces deux raisons font que l'internement n'est souvent décidé qu'après l'accomplissement de faits regrettables.

Il importe au moins quand le sujet a pu être présenté à la visite du médecin que celui-ci soit armé pour apprécier son coefficient de nocivité. Capgras a indiqué dans une communication au Congrès des aliénistes de 1925 sur quelles bases il s'appuyait pour décider l'internement des délirants hallucinés à la consultation de l'hôpital Henri Rousselle : « Ce n'est pas l'activité des interprétations ou des troubles sensoriels, ce n'est pas l'absurdité des idées, le degré de conviction ou de systématisation qui commande la décision médicale, c'est le degré d'exaltation, d'irritabilité, de chicane, ce sont les tendances coléreuses, impulsives, agressives, la propension aux actes de vengeance et de violence, bref c'est l'insociabilité ». Nous souscrivons entièrement à cette formule qui est certainement la plus propre à éviter des erreurs. Nous ajouterons qu'il faut se méfier particulièrement des malades qui ne parlent jamais de leurs « voix », mais dont l'entourage signale certaines attitudes qui font supposer qu'ils « entendent ». Nous insisterons surtout sur le fait qu'il faut interroger ces malades longuement, patiemment, les mettre en confiance, user de tous les moyens pour obtenir des déclarations sincères et ne les tenir pour quittes qu'une fois qu'on a pénétré dans les arcanes de leur pensée délirante et même si possible de leur subsconcient. Il faut non seulement les interroger, mais obtenir de leurs proches tous les renseignements qui peuvent avoir une utilité, par exemple que soient répétés au médecin tous les propos équivoques ou énigmatiques prononcés par le malade dans les semaines ou les mois précédents. Nous connaissons le cas d'une malade d'asile qui sortait à son avantage du cabinet médical après examen prolongé et dont la sortie allait être accordée, quand elle déclara à l'infirmière que dès son retour au village elle empoisonnerait le puits. Nous pensons aussi au cas récent d'une « influencée » qui tua « par ordre » un proche parent et qui avait déclaré à une amie quelques semaines auparavant qu' « une tombe était ouverte devant elle ». Quand il s'agit d'hallucinés ou d'influencés il ne faut négliger aucun facteur. Souvent les éléments d'appréciation dont nous disposons ne sont pas nombreux. Il ne faut laisser de côté aucun d'entre eux. Il faut savoir les évaluer à leur juste valeur. Dans le doute du danger, il vaut mieux un mois ou deux d'observation dans un service spécialisé qu'un drame dont les conséquences sont souvent irréparables.




οβησιτη
αρθριτισμε



CLINIQUE CHIRURGICALE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL ST-ANDRÉ

Sur un malade atteint de fracture de la colonne vertébrale compliquée de disjonction pubienne [1]

Par le Professeur J. GUYOT (Bordeaux)

Je vous présente aujourd'hui un malade qui est entré dans le service il y a quatorze jours pour un accident du travail. Il s'agit d'un Espagnol âgé de 53 ans, exerçant la profession de vitrier et qui, étant occupé sur un échaffaudage le 16 mars dernier, perdit l'équilibre et tomba d'une hauteur de neuf mètres sur le sol. Il fit là une chute importante ; ne perdit pas connaissance, mais fut dans l'impossibilité de se relever et fut transporté à la Clinique chirurgicale où il est couché salle 26.

Cet homme n'a pas d'antécédents héréditaires à vous signaler et, au point de vue antécédents personnels, il attire notre attention sur une maladie qui paraît avoir eu une influence sur sa vie ultérieure : une pneumonie grave survenue à l'âge de 23 ans et qui l'a laissé très susceptible du côté des bronches. Chaque hiver, il s'enrhume, tousse facilement et c'est là une notion qui a son importance dans l'accident qui motive l'examen que nous allons faire ensemble de ce blessé.

En dehors de cette pneumonie, cet homme a déjà eu deux accidents ; celui-ci est le troisième.

Premier accident en 1917 : il tomba sur le coude gauche et eut une lésion osseuse assez grave pour lequel il fut conduit à l'hôpital Saint-André ; j'aurai à vous en parler dans un instant.

En 1930, deuxième accident : chute sur le poignet droit il fut soigné dans une clinique.

Ce troisième accident est survenu dans les conditions auxquelles, j'ai fait allusion tout à l'heure, et de suite après la chute, voyons les symptômes qu'il a présentés.

En tombant, cet homme ne perdit pas connaissance et ceci est très important. Dans tout accident grave, il faut savoir si le blessé a perdu ou non connaissance. Dans ce cas, il a été simplement obnubilé et, quand il a voulu se lever, il lui a été impossible de le faire. Il a donc présenté de l'impotence fonctionnelle des membres inférieurs et fut transporté à l'hôpital dans une ambulance.

Ce blessé est arrivé dans le service une heure et demie après l'accident. Mon assistant, le Docteur J. Villar a constaté qu'il n'avait pas à proprement parler de shock, pas de refroidissement des extrémités, pas cette oppression excessive avec pouls filant et le masque grave des grands choqués qui vont mourir ; mais il était obnubilé et nettement dyspnéique. Voilà les premiers signes que l'on constata et dans les heures qui suivirent, on remarqua qu'il n'urinait pas : il est resté douze heures en rétention d'urine.

(1) Clinique du 1er avril 1935 recueillie par le Docteur COURIADES, chef de clinique.

Lorsque je le vis, le lendemain, je constatai que cet homme toussait, avait un état général qui n'était pas inquiétant immédiatement, mais ce qui me frappa tout de suite c'est son oppression ; il respirait difficilement et c'est dans ces conditions que j'ai été amené à l'examiner.

Au point de vue de son aspect, vous voyez aujourd'hui un homme de 53 ans marquant plus que son âge. Il n'est plus actuellement oppressé car cette dyspnée s'est atténuée, c'est un homme qui respire tranquillement, dont la température est de 37° mais est montée à 38° et plus.

Accidents antérieurs. — Avant de rechercher les lésions traumatiques dues à sa dernière chute, voyons d'abord ce qu'il reste de ses deux accidents antérieurs. Premier accident en 1917, *chute sur le coude gauche* : nous voyons aujourd'hui qu'il est un mutilé du travail, un infirme avec grosse déformation du coude : mouvements très limités avec craquements articulaires, bras fixé en pronation. Il n'y a qu'un très léger degré de supination. C'est un homme qui a eu une fracture grave consolidée dans des conditions défectueuses et la radiographie que vous avez sous les yeux vous renseigne sur l'importance de cette lésion qui a été appréciée comme incapacité permanente partielle à 25 % ce qui ne me paraît pas exagéré pour un homme qui travaille de ses mains.

Si vous regardez les clichés radiographiques, vous voyez une fracture sus-condylienne avec bascule de son fragment en avant et fracture en T avec détachement du condyle interne. Il y a eu là une fracture sus-condylienne avec trait vertical vers l'articulation, détachement de ce fragment : arthrite traumatique ; fracture grave, mal réduite.

Cette infirmité présente un intérêt certain au point de vue actuel, car cet homme ayant la liberté de ses membres supérieurs aurait peut-être pu éviter ce dernier accident.

Le deuxième traumatisme, a donné lieu à une fracture du radius droit qui n'a pas été non plus très bien réduite et vous avez là le type de la main-bote radio-palmaire. La main est rejetée du côté du radius, on constate non seulement une fracture de l'extrémité inférieure du radius avec tassement et pénétration des fragments, mais aussi un arrachement de l'apophyse styloïde cubitale.

Cet homme se trouvait du fait de ces deux traumatismes antérieurs, vu son métier, dans une situation qui l'exposait à tomber et c'est ce qui est arrivé.

Etat actuel. — Aujourd'hui, *au point de vue thoracique* nous voyons qu'il respire normalement, mais au moment où il est arrivé il présentait comme je vous l'ai indiqué, une dyspnée très prononcée. On ne constatait ni emphysème, ni ecchymose, mais une certaine immobilisation de son thorax gauche et à l'exploration, en prenant le thorax à pleine main on détermine de la douleur que nous avons cherchée et localisée au niveau de la partie postérieure de la deuxième et de la cinquième côtes. Il y a donc fracture de deux côtes de l'hémithorax gauche, sans crachement de sang, sans emphysème sous-cutané et sans hémothorax.

Cet homme mis au repos, assis dans son lit, ventousé, calmé par un peu de morphine, a vu sa dyspnée disparaître, mais l'auscultation montre qu'il fait de la bronchite disséminée. Dès son arrivée, il avait de petits râles disséminés dans la poitrine. Vous voyez qu'il tousse de temps en temps au cours de l'examen.

Ce qui nous a tout de suite frappé en l'examinant au *point de vue abdomen*, c'est qu'on voit que cet abdomen est souple, non douloureux, mais qu'il existe dans la région sus-ombilicale, une ligne transversale au niveau de laquelle, son ventre paraît plié en deux. Quand on recherche le rebord costal et les épines iliaques , on note un rapprochement considérable,

◆◆

anormal du rebord costal et de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; il semble que son thorax est descendu dans l'abdomen.

Vous constaterez ce signe chez des malades qui ont des lésions traumatiques ou inflammatoires de la colonne vertébrale, qui ont par exemple un mal de Pott de la région lombaire. Lorsque vous notez cet aspect de l'abdomen avec une *plicature transversale* et un espace costo-iliaque très réduit, méfiez-vous, il y a quelque chose d'anormal du côté de la colonne vertébrale : c'est ce qui, chez cet homme, associé à l'impotence et à la douleur du rachis traduite dans les mouvements, nous a incité à examiner la colonne vertébrale.

A la palpation profonde, de l'abdomen sur la ligne médiane, nous avons décelé dans la partie haute (région épigastrique), une douleur très nette, très vive, très localisée qui n'existe pas dans la partie inférieure, c'est le corps vertébral d'une vertèbre lombaire qui traduit sa lésion. Voilà deux malades chez lesquels nous trouvons *cette douleur vertébrale antérieure* par la palpation profonde de l'abdomen : douleur traduisant l'état maladif d'un corps vertébral, lombaire.

Faisant coucher le blessé sur le côté, pour examiner sa colonne vertébrale, on voit que d'abord ce malade a de l'impotence fonctionnelle du rachis, qu'il ne peut pas s'asseoir, qu'il souffre si on le mobilise, qu'on est obligé de le prendre à bras le corps pour le retourner.

Vous voyez que la région lombaire du rachis n'a plus sa configuration habituelle, il existe une sorte de rectitude de toute la colonne vertébrale et vous apercevrez immédiatement une tuméfaction due à l'infiltration œdémateuse dans la région lombo-sacrée avec ecchymose étendue suivant le trajet de l'aile iliaque gauche.

Examinant de profil, si vous cherchez une déviation ou une gibbosité vous n'en trouvez pas, mais ce que vous allez constater en suivant la ligne des apophyses épineuses depuis le haut jusqu'en bas en faisant une pression un peu appuyée, c'est l'existence d'un point où la pression est douloureuse au point de lui arracher des cris ; ce point est toujours le même ; il siège au niveau de l'*apophyse épineuse de la première lombaire.*

Dans ces conditions, nous avons examiné les membres inférieurs ; on ne note pas de paralysie, pas de paraplégie, mais de l'impotence fonctionnelle des membres inférieurs que le malade ne peut soulever et détacher du plan du lit, mais qu'il peut cependant déplacer dans son lit. Après avoir examiné la colonne vertébrale, nous avons noté qu'il existe une *ecchymose médiane* au niveau du scrotum qui ne correspond pas à aucune lésion du testicule ou de la région périnéale. Notre attention étant attirée de ce côté, nous avons recherché après avoir bien soigneusement exploré l'abdomen qui ne présente aucun signe, l'état de son bassin. Cet examen nous a conduit à trouver sur la région médiane, au niveau de la symphyse pubienne, une *douleur très vive*, très nette et très précise, tout à fait analogue à celle constatée du côté du rachis.

Si nous essayons de rapprocher les épines iliaques, le malade souffre et donne un *signe de Verneuil* positif. Ce qui est encore net, chez lui, c'est lorsqu'on veut faire l'abduction des membres inférieurs, le *signe de Gosselin* : douleur et limitation de l'abduction. Rien d'autre à l'examen : pas de modification de la sensibilité, réflexes normaux, pas de troubles trophiques.

Au point de vue de son état général : cet homme n'est pas diabétique ; il a 0 gr. 35 d'urée sanguine, a un Bordet-Wassermann négatif ; sa formule hémo-leucocytaires est normale et le Pachon donne Mx13, Mn 7,2.

Diagnostic. — Dans ces conditions, quel est le diagnostic qu'il faut porter chez ce blessé ? Il y a deux lésions chez lui qui sont évidentes : *lésions multiples*, lésions hautes thoraciques, avec fractures de côtes pour le moment sans complication. Deuxième étage rachidien : là nous portons le diagnostic de fracture de la colonne vertébrale par tassement de la première vertèbre lombaire : ce diagnostic est confirmé par la radiographie qui montre que la *première vertèbre lombaire est écrasée*, tassée et qu'elle n'a pas les mêmes dimensions que les corps vertébraux sus et sous-jacents. Cette fracture par tassement de la colonne vertébrale mériterait peut-être que nous y arrêtions, mais pour le moment je passe immédiatement à la troisième lésion que nous avons trouvée du côté du bassin parce qu'elle me paraît pour vous plus intéressante, moins banale et moins connue. Quelle est donc la lésion pelvienne dont cet homme est encore atteint ?

L'exploration nous fait rejeter l'hypothèse d'une luxation traumatique de la hanche, ou d'une fracture du col du fémur.

Cet homme a certains signes qui doivent nous faire penser à une *fracture du bassin.* D'abord, l'accident est arrivé après un traumatisme très grave (chute de neuf mètres de haut), il a des ecchymoses le long de sa crête iliaque gauche, enfin, il a présenté de la rétention d'urine, ce qui est fréquent dans les fractures du bassin.

Nous avons demandé à la radiographie un complément d'observations et celle-ci nous montre d'une façon très nette qu'il y a chez cet homme un écartement considérable du pubis, qu'il a une *disjonction pubienne tout à fait nette.* Les deux pubis sont écartés l'un de l'autre. L'écart mesure environ cinq centimètres.

Des trois lésions que présente ce blessé, seule cette *disjonction pubienne* va retenir notre attention. Elle paraît assez fréquente pour qu'elle vous soit signalée, nous allons voir, à l'occasion de ce malade, ce qu'est la disjonction pubienne que la radiographie nous a appris à bien connaître.

Pendant longtemps cette lésion n'a eu qu'un intérêt anatomo-pathologique. Dolbeau, à l'Académie impériale de chirurgie, en 1868, présenta l'observation d'un homme, mort dans son service, qui ne présentait pas de fracture du bassin, mais une disjonction du pubis. Un peu plus tard, Larrey en rapporta une autre observation ; la période chirurgicale date de ces faits.

L'étude clinique date des importantes discussions de la Société de chirurgie (1927). Mon collègue, le Professeur Rocher a publié un certain nombre d'observations de cette lésion chez des enfants. Il a inspiré deux thèses (1), qui, comme beaucoup de thèses, sont surtout intéressantes par les observations qu'elles renferment.

Je vous signale les articles de Maisonnet dans le *Paris Médical*, 1928 ; de Rocher et Guillermin, Rouvillois et Maisonnet dans la *Revue de Chirurgie*, en 1930 ; de Jeanneney et Grenet (*Gaz. des hôp.*, 1934).

Qu'est-ce donc que LA DISJONCTION PUBIENNE, qu'est-ce qu'il faut que vous en sachiez ?

C'est l'écartement plus ou moins grand de la symphyse pubienne sous l'influence d'un traumatisme ; ces disjonctions pubiennes surviennent dans 70 % des cas à la suite de traumatismes importants. On note deux sortes de traumatismes : ce sont les chutes d'un lieu élevé et puis les écrasements : la majorité surviennent après le passage d'une roue de voiture sur le bassin.

Troisième variété, ce sont les disjonctions pubiennes des cavaliers et c'est pour cela qu'un grand nombre d'obser-

(1) J. CARLES. Thèse de Bordeaux, 1928.

BIBLIOGRAPHIE

Guide fiscal des médecins, des dentistes et des pharmaciens, par Léon JEANTET, Gustave FAGE et Camille PALOMÈRE. 1936, Un vol. in-8°, 160 pages, broché : 18 francs. Librairie médicale Marcel Vigne, 11 et 13, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VI°).

Cet ouvrage est conçu spécialement pour les médecins et les dentistes ainsi que pour les pharmaciens et les fabricants de spécialités pharmaceutiques. Ils y trouveront un exposé pratique, non seulement de leurs impôts strictement professionnels, mais encore de ceux qu'ils doivent généralement comme conséquence de leur profession ou à titre de contribuables ordinaires.

Encyclopédie par l'image. Le Monde invisible. 110 illustrations Texte de L.-J. LAPORTE. Un vol. in-8°, papier de luxe, couverture en 4 couleurs, broché : 5 francs. Librairie Hachette.

Nous voilà conviés à un passionnant et rapide voyage à travers le monde invisible de l'infiniment petit, immense vraiment et encore rempli de tant de mystère.

Après une description succincte des merveilleux appareils dont dispose le savant moderne, nous avons un très curieux, très précis et très complet tableau d'ensemble de ce monde invisible, de ses bienfaits comme de ses méfaits...

L'ouvrage s'achève sur un chapitre fort original : « La microscopie dans les Arts et dans l'Industrie ».

Vers la clinique du radio-vaporarium sulfuré de Luchon, par le Docteur MOLINÉRY.

Après avoir, en un bref historique, rappelé la genèse du Radio-vaporarium sulfuré de Luchon, l'auteur définit ce mode de traitement.

La vie surhumaine de Samuel Hahnemann, fondateur de l'homœopathie, par Roger LARNAUDIE. In-8° carré, 18 francs (Editions du Parthénon).

C'est le récit historique de la vie de Samuel Hahnemann.

Il débute en Saxe, à la manufacture de porcelaine de Meissen, où le père de Samuel était peintre, pour se poursuivre à Leipzig et à l'hôpital de Vienne où il est étudiant en médecine et revenir ensuite en Saxe, à Dresde, Dessau, Leipzig où il exerce comme médecin et enfin à Kœthen où il prend sa retraite.

De cette retraite, à 80 ans, par une sorte de prodige, une jeune Française de 25 ans l'arrachera. Eprise d'un même idéal, que le sien, elle l'épousera et l'amènera à Paris où il trouvera gloire et triomphe dans son hôtel de la rue de Milan.

Tel est le cadre du récit. Il contient surtout l'analyse psychologique de Samuel Hahnemann, vue à travers sa correspondance et ses écrits.

Comment se servir de la méthode Coué, par Jean d'ORGEMONT. Un volume, 5 francs. Editions J. Oliven, 65, avenue de La Bourdonnais, Paris (VII°).

Un avant-propos du Docteur René Fauvel, qui est un des disciples d'Emile Coué, présente cet ouvrage. L'auteur expose en termes clairs et familiers, dont la bonhomie plaira certainement aux lecteurs, pourquoi cette méthode est efficace et il indique comment on doit se servir d'elle pour obtenir un réconfort physique et moral.

Etat présent des études sur Villon, par Louis CONS, professeur à l'Université Columbia, 10 francs. Trente-septième cahier de la Collection Etudes françaises. Les Belles-Lettres, 95, boulevard Raspail Paris.

De l'édition « pré critique » de Clément Marot aux travaux de Longnon, Marcel Schwob, Gaston Paris, Pierre Champion, l'auteur nous montre l'évolution des études sur Villon.

Plusieurs chapitres sont consacrés à l'influence de Villon hors de France et aux travaux qui lui ont été consacrés en Allemagne d'abord, puis en Angleterre, en Espagne, en Italie.

Une bibliographie termine cet ouvrage et rend plus sensible le progrès des études sur Villon.

Le Désir mis à nu, poèmes de Raymond GROC. Editions du Bon plaisir Toulouse, 2 rue Romiguières, 15 francs.

Ce recueil illustré de nombreux dessins de Paul-Alex Deschmacker est une troisième édition, ce qui milite grandement en faveur de l'œuvre. Livre humain écrit par un homme dont l'expérience hautaine cache une ardente sensibilité.

Poules qui pondent, poules qui paient. MÉTHODES D'AVICULTURE MODERNE. 8e édition, par Ad.-J. CHARON. Prix du volume, franco : 15 francs. Librairie Agricole et Horticole de la Maison Rustique, 26, rue Jacob, Paris (VI°).

Ce livre, dont plus de 35.000 exemplaires ont été vendus en quelques années, a fait date dans l'histoire des ouvrages avicoles : il a vulgarisés, en France les meilleures méthodes d'élevage anglo-américaines, expliqué clairement les bases d'une alimentation scientifique et honnêtement mis en garde contre les enthousiasmes exagérés.

Dans l'édition actuelle ont été ajoutés six chapitres entièrement nouveaux sur la ponte en cage et les poulaillers à claire-voie, le contrôle fragmenté de la ponte, les dernières recherches sur l'alimentation, l'activité horaire des poules, la diphtérie des poules et l'homéopathie, etc., etc...

vations ont été publiées par des médecins militaires. Comment survient-elle ? Il y a deux modalités : le cavalier est soulevé et retombe fortement sur sa selle, il se fait une déchirure des ligaments qui maintiennent la symphyse ; l'autre modalité dans laquelle le traumatisme est plus grave se produit lorsque le cavalier tombe avec son cheval au-dessus de lui et c'est le poids du cheval qui détermine l'écartement définitif du pubis.

Je vous signale en passant la *disjonction pubienne obstétricale* qui survient chez certaines femmes après accouchements laborieux ou symphyséotomie.

A la Société de chirurgie en 1927, Lamare et Latarget ont rapporté l'observation d'une femme qui avait subi une symphyséotomie quinze ans auparavant : elle avait des troubles de la marche dus à un écart de 8 ou 10 centimètres entre les deux pubis. La symphyséotomie a, actuellement, à peu près disparu de la pratique obstétricale, mais j'ai connu cette période où elle était assez souvent pratiquée chez les femmes qui étaient atteintes de dystocie. Il est probable que vous ne verrez plus que très peu de disjonctions pubiennes de cette nature.

Au point de vue anatomo-pathologique qu'y a-t-il d'intéressant dans ces lésions ?

Il en existe trois variétés : la *variété transversale*, celle dans laquelle les deux pubis s'écartent l'un de l'autre et cet écart peut varier de deux à dix ou quinze centimètres (60 % des cas publiés).

Deuxième variété : *luxation verticale* : il y a décalage de deux pubis, l'un tombant en bas, l'autre montant au-dessus par conséquent la luxation se faisant de haut en bas.

Troisième variété beaucoup plus rare : disjonction antéro-postérieure, un pubis en avant, l'autre en arrière.

Au point de vue clinique, c'est la radiographie qui nous a bien appris à bien connaître ces lésions et à les différencier.

Chez notre blessés, il y a disjonction pubienne à la fois *transversale* et *verticale*, car il y a un écartement transversal des deux branches pubiennes et décalage très net avec ascension du bassin du côté droit qui est situé au moins à un centimètre au-dessus du pubis de l'autre côté. Nous avons donc à faire chez cet homme à une lésion du pubis qui est non seulement un écartement, mais un décalage de haut en bas.

A titre tout à fait exceptionnel, on peut noter la disjonction simultanée des trois symphyses pubienne et sacro-iliaques.

Ceci étant établi, quels sont très rapidement les signes cliniques qui vous permettront de faire le diagnostic de la *disjonction pubienne* : douleur médiane en avant, au niveau de la symphyse pubienne, douleur profonde persistante ayant les caractères de la douleur dite « exquise », ecchymose médiane, chez la femme de la région haute génitale, chez l'homme de la partie haute des bourses ; douleur à distance dans les mouvements d'abduction, signe de Gosselin, douleur aussi en prenant sur les épines iliaques (signe de Verneuil).

Dans la fracture classique du bassin, vous avez toujours un trait de fracture qui traverse l'ilion. L'os iliaque est traversé complètement par ce trait de fracture et on note un autre trait de fracture siégeant sur la branche horizontale du pubis et une troisième fracture du côté opposé. Dans ces cas, il y a un grand signe, c'est l'ascension du membre inférieur et le raccourcissement quelquefois considérable de ce membre inférieur parce que l'aile iliaque est remontée, entraînant avec elle tout le membre inférieur, car l'articulation coxo-fémorale suit le bassin.

Chez ces malades, il y a un certain nombre de signes qui ont été indiqués pour apprécier les rapports réciproques des deux côtés du bassin.

D'abord, le *signe de la ligne spino-trochantérienne de Shœmaker* ! Vous repérez le trochanter et l'épine iliaque antérieure et supérieure, menez une ligne de chaque côté, ces deux lignes droite et gauche prolongées sur la paroi abdominale doivent se rencontrer au niveau de l'ombilic. Quand il y a fracture du bassin, ces deux lignes, au lieu de se rencontrer sur la ligne médiane, se rencontrent sur le côté, en général du côté de la fracture et au-dessus de la région ombilicale. C'est ce manque de symétrie qui traduit le déplacement osseux qui est la conséquence de la fracture.

Deuxième exploration qui, chez notre malade, était facile, recherche de la *ligne bi-iliaque* : quand il y a disjonction verticale, vous avez une ligne qui, au lieu d'être transversale, devient oblique. Chez ce blessé, la ligne bi-iliaque n'est pas horizontale ; il y a décalage net qui est confirmé par le cliché radiographique.

Dernière exploration : nous n'avons pas pu la faire chez ce malade puisqu'on ne peut pas le mettre debout. C'est la recherche de la ligne *bi-trochantérienne de Peter*. Lorsque vous le pouvez, faites mettre le blessé debout, prenez comme repère : l'extrémité supérieure des deux trochanters. La ligne qui les réunit doit normalement affleurer le bord inférieur du pubis.

Dernière exploration sur laquelle les médecins militaires ont insisté et qui, du fait de la fracture vertébrale, n'était pas possible chez ce malade : *c'est l'examen debout et alternativement sur chaque pied avec radiographie.* Dans ces cas, quand on met le malade sur un pied, qu'on le radiographie dans cette attitude, si, en même temps que la disjonction pubienne, il y a de la disjonction sacro-iliaque, on observe que le bassin remonte très nettement par rapport au côté opposé. Même épreuve de l'autre côté, et on a une notion capitale au point de vue pronostic : c'est l'état des ligaments des articulations sacro-iliaques.

Chez ce malade, l'exploration en appuyant sur les interlignes postérieurs n'a pas déterminé de douleur, pas plus que le toucher rectal, n'a révélé de sensibilité sur la face antérieure des articulations sacro-iliaques que la radiographie montre normales.

Voyons maintenant quelles sont les *complications* auxquelles cet homme est exposé ? Ce sont surtout des complictaions urinaires que l'on observe en pareil cas. Elles ont été étudiées au Congrès d'urologie par Raffin (1922). Elles portent sur tout le côté de la vessie et sont le fait des *ligaments pubo-vésicaux* qui ne sont autre chose que les tendons, des fibres musculaires longitudinales de la vessie : quand la disjonction pubienne survient il se fait une déchirure de ces *ligaments pubo-vésicaux* qui peut s'étendre jusque sur la paroi vésicale.

Le plus souvent, la lésion osseuse ne joue aucun rôle. Ces déchirures vésicales sont de deux variétés : déchirures intra-péritonéale et extra-péritonéale. Je vous les signale seulement ainsi que les hémorragies et les phlegmons de la loge de Retzius.

On a observé exceptionnellement des déchirures de l'urètre ; par déchirure du ligament de Carcassonne. Je vous signale des observations assez nombreuses dans lesquelles, on a noté des hématomes importants remontant sur la paroi abdominale et dus à une lésion de l'artère sus-pubienne qui a été très bien décrite par Farabeuf, ou des artères rétropubiennes qui, elles, sont des branches de l'obturatrice. Ces artères peuvent être déchirées et déterminer un hématome envahissant. Il y a encore une autre

cause des épanchements sanguins, ce sont les veines du plexus de Santorini. Ces hématomes constituent parfois une ds difficultés des interventions chirurgicales qui ont été proposées et pratiquées dans les cas.

Il peut enfin se produire chez ces malades des phlébites, des phlegmons du périnée, de la paroi... Je n'insiste pas ; voulant vous parler des complications éloignées de la disjonction pubienne.

Ce sont des blessés qui gardent pendant longtemps des *troubles de la marche*, qui souffrent en marchant, qui ne peuvent marcher longtemps sans fatigue et quand il y a de la disjonction des articulations sacro-iliaques ; ce sont des sujets qui claudiquent comme ceux qui sont atteints de luxation congénitale double.

Traitement. — Il y a deux traitements de la disjonction pubienne : le traitement orthopédique et le traitement chirurgical. Le traitement orthopédique consiste dans l'application de ceintures, de bandages de corps ayant pour but de resserrer les deux épines iliaques en les rapprochant le plus possible.

L'extension continue des membres inférieurs est indiquée toutes les fois qu'il y a disjonction verticale. Dans certains cas où la disjonction verticale est très nette, il ne faut pas faire l'extension simple, mais se servir d'un étrier avec poids de 10 et 15 kilos, on arrive ainsi à réduire le décalage.

Le traitement chirurgical a eu de nombreux partisans ; on a pensé que le mieux était de faire une symphyséorraphie. C'est la conduite qui a été préconisée dans la thèse de Dublet (Montpellier, 1908). Il consiste à suturer le pubis avec des fils métalliques. On a empoyé le câble de Cunéo très résistant (Folliason), l'agrafe de Dujarier, le tendon de kangourou (Rocher). Je ne veux pas vous nommer tout ce que l'on a fait ; ce sont des techniques variant avec les chirurgiens mais qui ont toutes pour but de rapprocher la symphyse écartée.

Il y a des cas où l'écart étant trop considérable et non réductible, la suture n'est pas possible. On a alors fait des greffes ostéo-périostées de deux variétés : Vautrin a fait des *greffes molles* pour remplir l'espace libre d'autres auteurs ont pris au contraire, soit un fragment de côte ou de tibia, *greffe ostéo-périostée solide*, qui cale les deux symphyses en comblant en les unissant (Larget et Lamare).

Sachez qu'actuellement, le traitement chirurgical est un traitement d'exception dont les indications tiennent à l'échec du traitement orthopédique. L'opération n'est pas toujours simple et facile.

On a cité des cas où les fils métalliques blessent la vessie : on a signalé des complication infectieuses avec suppuration profuse qui peut durer longtemps; dans d'autres cas, avec un écartement un peu large, sous anesthésie rachidienne, on n'arrive pas à rapprocher les deux pubis parce que dans l'articulation sacro-iliaque droite ou gauche, il y a des fragments osseux qui calent l'articulation. Si on veut forcer on déchire le pubis et l'opération échoue. C'est pour ces raisons que la symphyséorraphie est aujourd'hui moins souvent pratiquée qu'au début quoiqu'elle conserve des partisans.

Chez notre malade, quel est le traitement que nous allons appliquer ?

Au point de vue pronostic, c'est un cas grave parce qu'il y a des lésions *multiples* (thorax, rachis, bassin), parce que le blessé est exposé à trois ordres de complications : 1° complications pulmonaires qui sont le fait d'un long séjour au lit, chez un sujet prédisposé ; 2° complications urinaires : du fait de la fracture de la colonne vertébrale et de la disjonction pubienne.

Cet homme, avec une fracture du rachis et une lésion du bassin, est plus exposé qu'un autre à faire *des escarres* qui peuvent être le point de départ de complications graves.

Enfin, au point de vue pulmonaire, nous ne pourrons pas laisser cet homme à plat comme il le faudrait pour sa colonne vertébrale ; il vaut mieux le mettre un peu assis, un peu élevé. Nous lui ferons soit de l'eucalyptine, soit le traitement de Bier : injection de 1 c. c. d'éther mélangé avec 1 c. c. d'huile d'olive stérilisée (1). Bohler insiste sur les résultats merveilleux qu'il en a obtenus chez des gens faisant des complications pulmonaires après anesthésie.

Pour le traitement de la dijonction pubienne, pas d'intervention chirurgicale. La multiplicité des lésions fait que nous commettrions une imprudence en commençant par le traitement chirurgical. J'appliquerai demain à ce blessé un appareil que les accoucheurs employaient après la symphyséotomie : bandage de corps croisé en avant et terminé par un lien qui, de chaque côté passe sur des poulies avec des poids et réalise, en même temps que l'immobilisation du bassin, la compression des deux ailes iliaques avec rapprochement du pubis. Comme il a du décalage vertical, nous installerons aussi l'extension continue du membre inférieur droit.

Pour prévenir les escarres, nous emploierons le lit mécanique. C'est, dans ces cas que le matelas d'eau, peut rendre des services, car cet homme est au lit pour de nombreux mois.

Comme il s'agit ici d'un accident du travail, vous serez obligé de lui faire un certificat qui devra établir qu'il a, du fait de l'accident grave qu'il a subi, trois lésions distinctes. J'insiste sur ce point car, souvent, les certificats initiaux sont incomplets.

Pour le moment, ce blessé a une incapacité absolue qui peut durer six, huit mois, peut-être davantage. Il sera certainement atteint d'un degré important d'incapacité permanente partielle s'il survit aux complications toujours possible.

Cet homme a 53 ans, s'il échappe à ces complications, il est certain qu'il aura une incapacité permanente partielle très sérieuse qui l'obligera à changer sa profession de vitrier. Vous devez savoir qu'à 53 ans un ouvrier qui change de profession, c'est malheureusement et surtout, en ces temps de chômage, *un ouvrier qui ne travaille plus* (2).

---

(1) Traitement préconisé par BOHLER. (Technique du traitement des fractures, traduction de Boppe.)

(2) Décembre 1935 : le malade a guéri sans complications. Il a quitté le service en novembre 1935 marchant avec le secours d'une canne.

« Il faut plus d'imagination, de jugement et d'intelligence pour devenir un grand médecin que pour devenir un grand chimiste.....

Nous devons demander de hautes capacités mentales aux jeunes gens qui désirent se consacrer à la biologie. Il semble que l'exagération de la spécialisation, l'augmentation du nombre des travailleurs scientifiques, et leur agrégation en sociétés limitées à l'étude d'un petit sujet, aient amené un rétrécissement de l'intelligence. » (Alexis CARREL. — L'homme cet inconnu.)

« La France n'a pas assez de médecins....... Telle est la révélation que nous apporte le journal *La République* du 25 décembre 1935. M. B. de B. a pris la peine d'écrire sur ce sujet, en vérité inédit, deux colonnes farcies de statistiques. Et il administre ainsi la preuve que, lorsqu'on s'aventure à parler de choses qu'on ne connaît pas, mieux vaut encore bavarder en l'air que se documenter avec des statistiques ; il y a moins de risques de dire des bêtises ! » (G. LAVALÉE. *Le Concours Médical*, 26 janvier 1936.)

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

Traitement des métrorrhagies par l'insuline

C'est VOGT qui le premier a montré les mérites de l'insuline pour combattre les métrorrhagies. En France, COTTE, VIGNES, Od. POULAIN-LANDRIEU ont étudié cet effet parfois si remarquable : réduction en quantité et en durée des ménorrhagies des jeunes filles ou des femmes adultes, action sur les métrorrhagies résultant d'un trouble du fonctionnement de l'ovaire ; dans les métrorrhagies de la ménopause, l'insuline constituerait un apport précieux pour la thérapeutique et aussi pour l'interprétation de la nature de l'hémorragie. Enfin dans les dysménorrhées, d'origine ovarienne, l'insuline peut donner lieu à des guérisons complètes et définitives.

Partant d'un point de vue différent, après constatation que l'insulinothérapie vaginale locale pour érosions ou ulcérations cervicales retarde les règles, KLAFTEN (1) tenta ce mode de traitement dans les cas de polyménorrhée, chez des malades présentant un retour de règles tous les quatorze à seize jours et persistant de huit à quatorze jours. De même, il l'appliqua dans l'hyperménorrhée, la métropathie hémorragique juvénile, dans la métropathie de la ménopause et dans les hémorragies résultant des myomes et des troubles annexiels. Les résultats obtenus par cet auteur dans les cas de ménorrhagies et d'hémorragies métropathiques ne semblent pas aussi favorables que ceux relevés par divers auteurs. KLAFTEN pense que cette différence est due au fait qu'il observe ses malades pendant des périodes de temps plus prolongées. Néanmoins, dans un grand nombre de cas, il nota une diminution dans la durée et l'intensité des hémorragies. Par contre, l'effet de l'insulinothérapie semble avoir été des plus douteuses dans les cas d'hémorragies par myomes, polypes et altérations anatomiques de la paroi utérine (métrite chronique, fibrose utérine, périmétrite adhésive).

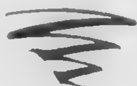
KLAFTEN a constaté que, dans les polyménorrhées, l'administration de l'insuline prolonge les intervalles intermenstruels de quatorze à vingt et un, vingt-quatre et finalement vingt-huit jours. En outre la quantité des règles se trouve considérablement réduite. Pour rendre efficace l'administration prophylactique de l'insuline, il était nécessaire de la prescrire quelques jours avant la menstruation escomptée ; sinon, donnée dans les quarante-huit dernières heures, l'insuline se montrait inefficace.

KLAFTEN contrôla, également, l'action de l'insuline par la voie expérimentale. Pour lui, les résultats favorables obtenus dans les cas d'hémorragies pathologiques seraient dus à l'amélioration des processus métaboliques : meilleure utilisation des hydrates de carbone, meilleure fixation des glycogènes, pouvoir cellulaire de combinaison hydrique plus favorable et modification du système neuro-sympathique, des fonctions ovariennes et probablement aussi de l'hypophyse. Le succès de l'insulinothérapie dépend d'une sélection convenable des cas, d'un dosage correct et d'un traitement intermittent prolongé. Il déconseille l'emploi simultané du tartrate d'ergotamine, car celui-ci augmente la sensibilité à l'insuline.

Telles sont les très suggestives constatations de KLAFTEN qui constituent un perfectionnement dans l'emploi gynécologique de l'insuline.

Grégoire CHICK

(1) KLAFTEN. — Insulinothérapie intermittente et prophylactique dans les ménorrhagies et métrorragies. *Zentr. f. Gynäk.*, 29 juin 1935, pp. 1512-1532.



REVUE DE PRESSE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE

Pharmacologie

L'étude des variations de la teneur en morphine des tissus dans l'accoutumance reste toujours un sujet de préoccupation pour les chercheurs.

Chez les animaux l'accoutumance n'est pas aussi nette que chez l'homme, mais elle se manifeste par les mêmes caractères essentiels : tolérance vis-à-vis de la dose mortelle et diminution progressive des effets du poison sur divers appareils ou organes ; toutefois cette accoutumance n'est pas générale ; elle s'établit plus rapidement au niveau des vaisseaux sanguins des centres respiratoires et vaso-moteurs qu'au niveau du cerveau et du tube digestif.

Chez le rat elle se caractérise non seulement par un émoussement des effets sédatifs, mais aussi, lorsque l'injection est retardée, par une hyperexcitabilité rappelant les troubles de l'abstinence chez l'homme.

Pendant les processus d'abstinence, le rat morphinisé présente des périodes de dépression et de somnolence et, si l'on sacrifie l'animal, l'examen histologique révèle l'absence ou la faible teneur en lipides ; d'autre part, si on administre une quantité suffisante de lécithine, la dépression et la somnolence disparaissent et on trouve une grande quantité de lipides dans les tissus.

(Tiffeneau. Morphine et ses dérivés. *Bulletin des sciences pharmacologiques*, octobre 1935.)

L'action pharmacologique des composés métalliques sur l'hématopoïèse est essentiellement variable.

Les cations cobalt, erbium, vanadium, cérium, arsenic et manganèse produisent une augmentation constante et progressive du taux de l'hémoglobine.

Le fer, le cuivre, l'étain et le mercure sont moins actifs, les sels ferriques ont une action plus marquée que les ferreux. Un mélange de fer et de cuivre est plus actif que les éléments isolés.

Le nickel, le cadmium, le thorium, le zirconium, le titane, le sodium, le lithium, le rubidium, le bismuth, le calcium et l'or sont indifférents, de même que le lanthane et le glucinium.

Le zinc, l'aluminium et le thallium produisent une diminution marquée du taux de l'hémoglobine.

(R. Vilarino. La accion farmacologica de los compuestos metalicos sobre la hematopoyesis. *Galicia clinica*, 15 septembre 1935.)

La teneur en particules siliceuses d'un poumon est assez variable, mais elle ne dépasse guère 20 % ; cette teneur varie énormément suivant les individus et elle progresse régulièrement avec l'âge.

En général l'imprégnation diminue, dans le poumon, du sommet à la base.

La région du hile semble plus fortement imprégnée.

(Georges Antoine. Recherche sur le sort des poussières dans l'organisme. *Journal de pharmacie et de chimie*, 1er novembre 1935.)

La pollution inévitable de l'eau des piscines pose les deux questions de son renouvellement et de son épuration.

Pour être efficace le renouvellement de l'eau devrait être effectué au moins deux fois par jour. Pratiquement on fait passer ce qu'on peut d'eau propre et ce qui est compatible avec une dépense de chauffage normale.

L'épuration n'est vraiment pratique que si elle est précédée d'une filtration, qui retient un certain cube d'impuretés. La filtration au sable, précédée ou non d'une coagulation au sulfate d'alumine, se pratique avec ou sans pression.

L'épuration se fait au chlore : chlore gazeux, hypochlorite, chlorure de chaux, chloramine. Elle est suffisante à la dose moyenne d'un milligramme de chlore libre par litre.

La stérilisation détruit les bactéries, mais n'assure pas la disparition des organismes plus élevés : protozaires, larves de mouches, etc.

Le linge et les costumes de bain doivent être lessivés et étuvés à 100°.

Le contrôle journalier de l'eau des piscines au point de vue chimique et bactériologique demeure indispensable.

(Leroux. L'hygiène dans les piscines. *Archives de médecine et de pharmacie navales*, janvier-mars 1935.)

Les eaux minérales du Nicaragua sont peu connues, bien qu'intéressantes.

La plus importante, l'eau de Nejapa, est fortement bicarbonatée ; en voici la composition :

Bicarbonate de soude	3,80
Bicarbonate de potasse	4,80
Sulfate de magnésie	1,10
Chlorure de sodium	0,10
Sulfates de calcium, fer	2,50

Elle contient une proportion importante de matière organique mucilagineuse et difficile à analyser. Elle se décompose rapidement, en dégageant de l'acide sulfhydrique.

Elle est intermédiaire entre les eaux de Vichy et celles d'Uriage.

(Paul Lévy. Aguas minerales de Nicaragua. *Revista Farmaceutica de Nicaragua*, septembre 1935.)

L'urine normale renferme en moyenne de 0 gr. 50 à 0 gr. 60 d'acide urique par litre et l'on sait que ce corps est pratiquement insoluble dans l'eau.

L'auteur a démontré antérieurement que l'acide urique n'existait pas dans l'urine sous forme d'urates alcalins, mais uni à une substance organique solubilisante.

Différentes expériences montrent que :

1° L'urochrome est la substance solubilisante de l'acide urique urinaire.

2° La stabilité du complexe « acide urique-urochrome », dans l'urine normale, dépend de l'acidité du milieu.

3° La stabilité de ce complexe dépend de la concentration en ions hydrogène du milieu, elle est maxima à pH = 6 environ.

On en conclut que :

Un excès d'acidité diminue la stabilité du complexe et favorise la sédimentation de l'acide urique.

Un excès d'alcalinité favorise la sédimentation d'urates acides.

(M. Rangier. Les facteurs solubilisants de l'acide urique urinaire. *Journal de pharmacie et de chimie*, 16 octobre 1935.)

Le prix des sels de quinine joue un rôle capital dans la lutte contre le paludisme.

Il semble que la valeur des sels coûteux ait été exagérée et que le sulfate possède une activité thérapeutique au moins équivalente à celle de n'importe quel autre sel. Si on objecte que le coûteux bisulfate contient une proportion supérieure de quinine, il est facile de compenser cette différence en employant une dose un peu plus forte de sulfate.

Dans les régions à paludisme la quinine doit être vendue à un prix raisonnable et les gouvernements ont le devoir d'y tenir la main.

Les résultats de la lutte contre le paludisme sont fonction de la capacité économique de la population atteinte.

(George Cheever Shattuck. El costo de la quinina como grave obstaculo al adecuado tratamiento y dominio del paludismo. *Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana*, octobre 1935.)

J. LAFONT.

« Quelques-uns (*médecins*) — et non des moindres, confessons-le, — ignorent vraiment trop l'histoire de leur art. Même celle-ci paraît commencer avec eux. Avant eux, il n'y avait, leur semble-t-il, qu'erreurs et ténèbres. Et, de temps en temps, ils annoncent quelque « découverte », dont ils s'attribuent le mérite et se font gloire. Démarquage conscient et inavoué ou bien réminiscence plus ou moins inconsciente, ce n'est souvent qu'une exhumation, une résurrection de quelque respectable vieillerie ; ils sont à la remorque de ce passé qu'ils ont l'air de mépriser ! Ils n'ont enfanté que du vieux neuf. » (Dr Paul FAREZ. — Un pacifiant essorage. *Journal des Débats*, 16 février 1936.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 février 1936

Albuminuries essentielles, céphalée et hypotension en pédiatrie. — *M. Albéric Boudry* après avoir analysé les traits essentiels et les plus objectifs de son travail sur la *fatigue* de l'enfant et attiré l'attention sur l'importance de son signe, *l'otoœnythrie* (oreille unilatéralement rouge), au cours de l'éploiement des fatigues de l'enfant, précise le caractère et la haute signification d'une triade clinique : albuminurie essentielle, céphalée et hypotension, en pédiatrie : Ce *syndrome d'alarme*, réalisé par une fatigue particulièrement sévère, doit imposer une réglementation immédiate et la plus stricte de la *diététique* qui doit être saine, oxalatée et anti-uricémique, des *exercices physiques* et *intellectuels* qui seront équilibrés, taylorisés et soumis à la sanction des tests, ainsi que du choix optimum du statut *atmosphérique* et du *milieu climatérique* offerts à l'enfant.

Remarques sur l'histochimie des cellules cancéreuses. — *M. Léo* montre que les albumines acides de la cellule sont celles qui conditionnent son existence. La disparition des albumines acides implique la mort de la cellule. Il étudie également :

Essai d'un traitement palliatif des tumeurs malignes non sarcomateuses. — Un extrait de tissu réticulo-endothélial a semblé entraver le développement de certaines tumeurs malignes.

Un cas de polytumeurs simultanées. — *M. G. Luquet* rapporte le cas d'une malade de 70 ans chez laquelle, dans une même séance opératoire, il fut amené, par suite des circonstances, à enlever un fibrome de l'ovaire droit, à pratiquer une néphrectomie pour grand kyste du rein droit, enfin à faire une hémicolectomie droite pour une tumeur de l'appendice et une tuberculose à forme hypertrophique du cæcum. Malgré son âge, la malade a très bien supporté ces interventions et a parfaitement guéri sans incidents.

Estomac atteint de deux ulcères térébrants. — *M. G. Luquet* présente une pièce opératoire de résection d'estomac. Ce dernier était porteur de deux ulcères térébrants, l'un antérieur dans le foie, l'autre postérieur dans le pancréas. A ce sujet, l'auteur insiste sur quelques points de technique permettant de traiter facilement de telles lésions par la résection. Le malade a bien guéri.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 février 1936

La fermentation panaire. — *M. E. Marchoux.* — Autrefois tous les boulangers se servaient et quelques-uns encore aujourd'hui emploient, pour la levée de la pâte, du levain, portion de pâte provenant d'une fournée antérieure. Souvent ce levain cessait d'être utilisable pour cause d'envahissement par les germes divers.

La fermentation panaire, qui n'est qu'une fermentation alcoolique, devait bénéficier des progrès qu'ont apportés à celles-ci les découvertes de Pasteur, et être conduite avec pureté.

La panification se fait à l'aide de levures qui attaquent, en donnant de l'acide carbonique, les sucres préformés dans la farine et ceux que produit, aux dépens de l'amidon, l'amylase du grain de blé. C'est ce gaz qui fait lever la pâte dans laquelle il est retenu par le gluten qui, par suite, dans la fermentation panaire, joue un rôle aussi important que la levure. On comprend que ce soit une des raisons pour lesquelles le gluten présente une si grande importance en meunerie.

On prépare les levures de boulangerie, en masses énormes, dans tous les pays du monde, et on affecte à la culture de ces plantes microscopiques des usines qui, par la sûreté des ma-

nipulations, la surveillance étroite dont toutes les opérations sont l'objet, représentent de vastes laboratoires.

Les levures apportent dans la panification une sécurité que ne peuvent donner les levains. Toutes se valent, compte tenu de la pureté de la fabrication, quel que soit le milieu sucré dans lequel elles ont été cultivées.

Contribution à l'étude du paludisme congénital par la pratique systématique de la réaction de Henry et l'étude des formules leucocytaires chez les accouchées et leurs nouveau-nés. — ***MM. P. Daleas*** et ***J. Lavergne***. — Les recherches d'hématozoaires chez le nouveau-né ont été suivies de résultats d'une proportion variable suivant les auteurs. Les auteurs se sont appliqués à rechercher l'infection du nouveau né et n'ont rencontré que trois fois l'hématozoaire dans le sang du cordon sur 884 examens. Ce chiffre est faible, mais le sort des enfants après leur sortie de la maternité est resté inconnu.

Ils ont alors pensé à rechercher l'action de l'hématozoaire par la réaction de Henry. Bien que des renseignements fournis par les diverses réactions chez les enfants de cet âge laissent place à une certaine obscurité, nous avons cependant enregistré des faits qui ne sont pas dénués d'intérêt.

Les formules leucocytaires chez la mère et chez l'enfant ont été établies. Voici les chiffres obtenus :

Sur 887 sérums maternels et 884 sérums d'enfants, la réaction de Henry a été positive 41 fois chez la mère, 28 fois chez l'enfant.

La réaction de Henry positive chez l'enfant ne semble pas liée à celle de la mère. En effet, sur ces 28 cas positifs, 14 s'accompagnaient d'une réaction négative chez la mère. Chez ces 28 enfants une polynucléose assez accentuée (62 %) par rapport à la normale (49 %), les trois porteurs d'hématozoaires présentant cette polynucléose à un degré encore plus marqué (79 %).

Cette modification de la formule leucocytaire correspondant à une réaction de Henry positive semble être un témoignage intéressant d'une fréquence plus marquée de l'infection palustre congénitale que la seule recherche de l'hématozoaire ne permettrait de le supposer.

Sur la prémunition antituberculeuse du cobaye, du lapin et du singe par les variétés de bacilles tuberculeux. — ***MM. L. Nègre*** et ***J. Bretey***. — L'inoculation sous-cutanée ou intraveineuse au cobaye, au lapin et au singe de variétés lisses de bacilles tuberculeux isolés par l'extrait acétonique de produits pathologiques humains d'emblée peu pathogènes ou artificiellement atténués par réensemencements successifs, provoque chez ces animaux une infection bénigne dont les manifestations histologiques sont transitoires mais qui paraît se prolonger plus longtemps par la présence des bacilles dans l'organisme. A la suite de cette infection artificiellement provoquée, ces animaux et notamment le singe, présentent une résistance prononcée à une infection d'épreuve réalisée par inoculation sous-cutanée d'un bacille tuberculeux virulent.

Dans l'état actuel de nos connaissances, l'éventualité d'un retour de ces variétés lisses de bacilles tuberculeux à la forme rugueuse virulente ne peut pas être exclue.

Magnésium et cancer. A propos des expériences de Kreyberg et Nielsem. — ***M. Delbet.***

Consommation alimentaire du jus de raisin. — ***M. Gérard d'Eaubonne.***

Recherches sur l'interprétation générale du pouls normographique et plus spécialement de la seconde ondulation « systolique » au moyen des courbes de pression de diverses artères et des ventricules droit et gauche. — ***M. de Sommer.***

Election de deux correspondants nationaux dans la IVe division (sciences biologiques). — Classement des candidats. — En première ligne : MM. PINOY, d'Alger et DUBREUIL, de Bordeaux.

En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. ANCEL, de Strasbourg ; ARGAUD, de Toulouse ; DELAUNAY, de Bordeaux ; VLÈS, de Strasbourg.

Adjoints par l'Académie : MM. LUCIEN, de Nancy ; TURCHINI, de Montpellier.

MM. PINOY et DUBREUIL sont élus.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 12 février 1936

M. Fredet, quittant la présidence de la Compagnie, passe ses pouvoirs à ***M. Rouvillois*** qui prononce une courte allocution de remerciement.

A propos des infections staphylococciques. — ***M. Mondor*** a observé une septicémie post-abortive vérifiée par l'hémoculture qui révéla la présence de staphylocoques dans le sang. La vaccination fut tentée mais sans succès. L'auteur insiste sur le fait qu'on considère trop souvent les septicémies puerpérales comme d'origine toujours streptococcique et qu'on institue ainsi une vaccination antistreptococcique sans se préoccuper assez de la nature du germe en cause, alors qu'une vaccination spécifique, entreprise à temps, pourrait être couronnée de succès.

Hématome intracérébral. — ***M. Biérent*** (Valenciennes) a suivi un jeune homme de 23 ans qui fit, cinq jours après une chute, un syndrome de compression cérébrale sans signes de localisation. L'intervention montra sous une dure-mère normale un cerveau ne battant pas et au niveau duquel la ponction ventriculaire permit de retirer du sang La guérison suivit sans incident. (Rapport de ***M. Moulonguet.***)

Ostéolyse progressive essentielle de la main gauche. — Cette curieuse observation de ***MM. Dupas, Badelon*** et ***Daydé*** (Marine) fait l'objet d'un rapport de ***M. Mouchet.*** Chez un enfant de 13 ans, un premier traumatisme entraîna une fracture du deuxième métacarpien qui loin de consolider fut suivie d'une ostéolyse du métacarpien. Cinq ans après un nouvel accident amena la lésion de même manière du troisième métacarpien. Peu à peu et successivement disparurent sous l'effet d'une ostéolyse progressive tous les os du carpe et du métacarpe. Tous les examens squelettiques ou autres sont restés négatifs, sauf la découverte d'une augmentation légère du métabolisme basal.

Le rapporteur a retrouvé une observation ancienne similaire concernant une ostéolyse de la hanche chez une fillette. Il insiste sur le fait que ces lésions sont apparues à la puberté, et qu'on peut éliminer les causes habituelles, vasculaires, nerveuses, chimiques même, d'ostéolyse.

Azotémie et hypochlorémie chez les prostatiques. — ***M. Fay*** à l'occasion d'une communication de ***MM. Arbassier*** et ***Lestra*** (Grenoble), montre que chez les prostatiques le rapport azote-chlorures est diminué, non seulement après l'opération qui entraîne une hypochlorémie importante, mais aussi avant l'acte opératoire. Il en est de même chez les urinaires infectés.

Pathogénie des complications pulmonaires post-opératoires. — Cette très importante communication de ***MM. P. Duval*** et ***Binet*** concerne les complications pulmonaires qui ne sont dues ni à l'anesthésie par inhalation, ni aux infections habituelles (phlébites...). Il leur a semblé intéressant, étant donné que le traumatisme opératoire libérait des albumines tissulaires et les faisait pénétrer dans la circulation veineuse, de voir si expérimentalement l'injection intra veineuse de polypeptides ne déterminait pas de lésions pulmonaires.

Leurs expériences ont porté sur une série de chiens sensibilisés trois semaines auparavant par des injections de polypeptides canines à la dose de 10 centigrammes par kilogramme de poids. Une injection déclenchante, faite des mêmes polypeptides injectés dans la saphène, a amené de façon constante des lésions pulmonaires. Ceci, même chez les animaux qui n'ont présenté aucun signe de shock.

Histologiquement on a trouvé des zones d'atélectasie pulmonaire localisée avec collapsus vacuolaire et bronchiolaire alternant avec des zones d'infarctus rouge, d'apoplexie pulmonaire typique sans oblitération vasculaire.

D'autres expériences faites sur poumon isolé, ventilé et perfusé ont montré à ***MM. Binet*** et ***Bargeton*** que le poumon dédoublait et disloquait les polypeptides.

Tirant la conclusion de leurs expériences, les auteurs pensent que certains accidents pulmonaires de la clinique humaine, ne dépendant ni de l'anesthésie, ni de l'infection relèvent peut-être de pareils shocks anaphylactiques par les polypeptides. On peut même penser que le collapsus pulmonaire total sur lequel on a récemment insisté n'est qu'une forme plus étendue de l'atélectasie partielle qu'ils ont rencontrée.

Ils insistent en terminant sur le fait qu'ils n'ont employé que des albumines appartenant aux propres sujets de leurs expériences et non des corps étrangers quelconques. L'allergie enfin expliquerait pourquoi certains sujets sont susceptibles de ces complications pulmonaires post-opératoires plus que d'autres.

M. Grégoire pense qu'à côté des polypeptides, les toxines microbiennes peuvent également permettre de réaliser les mêmes lésions pulmonaires par shock anaphylactique.

M. Métivet se demandant s'il y a un moyen de prévoir cet état allergique avant l'opération, *M. Louis Bazy* répond qu'il emploie depuis longtemps une intradermo-réaction qui, si elle est fortement positive, décèle cet état d'allergie et permet d'éviter des accidents post-opératoires.

Tracés oscillométriques. — *M. Bréchot* présente des tracés d'oscillométrie du membre inférieur au cours de diverses affections et en montre l'intérêt.

J. Calvet.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 12 février 1936

Traitement des affections génito-urinaires par un mélange de bismutho-S. oxyquinoléine et d'isopropylnaphtalène sulfonate de soude. — *M. L. Grollet*, suivant les conclusions des travaux *d'Erlich*, de *Sazenac* et de *Levaditi*, de *Riganati*, de *Jausion* de *Sahli* et de *Miget*, sur l'emploi du bismuth en thérapeutique, a essayé de traiter les endométrites, les vulvo-vaginites des petites filles et les uréthrites par un mélange de bismuth, d'oxyquinoléine et d'isopropylnaphtalène sulfonate de soude, dont voici la formule :

Bismutho-S. oxyquinoléine................	10 gr.
Isopropylnaphtalène sulfonate de soude.....	0 gr. 1
Eau distillée stérile........................	100 gr.

Il a obtenu des résultats très remarquables quant à la rapidité et à la durée, et rapporte toute une série d'observations démonstratives.

Evolution de la folliculine urinaire chez la femme castrée par ovariectomie ou radiothérapie ovarienne. Résultats de la radiothérapie de la région hypophysaire. — *MM. Guy Laroche, H. Simonnet* et *J.-A. Huet*, ont étudié le taux de l'hormone folliculaire et de l'hormone gonatrope chez des femmes castrées par radiothérapie ou par ovariectomie. Sur 28 malades ayant subi l'ovariectomie double ils ont trouvé huit fois (28 % des cas) une quantité de folliculine urinaire supérieure à 20 U. R par litre, trois fois 50 unités, une fois 200 unités ; dans un cas le taux de folliculine était élevé à la fois dans l'urine et dans le sang.

Ces taux élevés sont plus fréquents encore chez les sujets castrés par radiothérapie.

Ils discutent l'origine de ces hormones et plus particulièrement celle de la folliculine pour laquelle aucune des hypothèses actuellement proposées n'est valable.

Ils rapportent les heureux effets du traitement radiothérapique et attribuent à l'hypophyse un rôle de premier plan dans la genèse des accidents consécutifs à la ménopause provoquée.

Traitement parathyroïdien de certaines formes de rhumatisme chronique. — *M. Gaston Parturier* rappelle que *MM. Weissenbach* et *Françon* ont publié des cas d'amélioration de rhumatisme chronique par la paratyrone. L'auteur apporte l'observation d'une périarthrite fibreuse et calcifiante, avec pseudo-ankylose du genou et du coude droit, qui fut amenée à un état voisin de la guérison.

Il a vu aussi s'améliorer des cas où dominait la contracture des muscles périarticulaires.

Par contre, il a noté l'inefficacité ou même la nocivité de la paratyrone, notamment chez une dame âgée où l'hydarthrose des deux genoux qui avait suivi l'administration de la paratyrone, fut guérie par l'emploi du neptal et du cyanure de mercure.

Les échecs de la paratyrone ont conduit l'auteur à l'idée d'un sérum éparathyroïdien, réalisé par *M. Penau*. La malade présentée à la Société, se tient bien debout sans appui, et marche assez aisément à l'aide d'une canne. Les mouvements de son corps ont une souplesse suffisante. Elle tourne bien la tête. Les membres supérieurs ne laissent paraître aucune gêne.

Or, le 30 novembre dernier, ses genoux étaient obstinément fléchis à 75° et douloureux. Epaules, poignets étaient dans le même état de douleur et d'extrême limitation des mouvements. Le rachis était immobilisé, la tête projetée en avant par la flexion du cou, tout mouvement de rotation impossible.

Les images radiologiques montrent un éclaircissement et un dessin plus net de l'interligne fémoro-tibial.

Une vingtaine d'autres observations sont rapportées par l'auteur avec, pour plusieurs, l'étude du taux de calcium comparé dans le sang et dans les ongles. Il semblerait qu'on puisse conclure à une fixation du calcium dans les tissus.

C'est dans les « arthroses » que le sérum aurait des chances d'être efficace. Son action semble spécifique, car ses résultats heureux et les accidents qu'il comporte (accidents spasmodiques, colique hépatique, constipation spasmodique, etc.), rentrent dans le syndrome de l'hypoparathyroïdie, et sont susceptibles d'une correction par la paratyrone.

Action antichoc de la paratyrone. — *MM. Gaston Parturier* et le *Professeur Jame*, du Val-de-Grâce, signalent que les lapins qu'on traite par des injections répétées de globules de mouton lavés (en vue de la réaction du Bordet-Wassermann) meurent souvent de choc anaphylactique à la deuxième ou à la troisième injection.

La paratyrone injectée avant les globules, semble protéger l'animal contre pareil accident et réalise une économie considérable de lapins et de temps.

Septicémie streptococcique, érysipèle de la face et adénopathie suppurée. Guérison par le sérum de H. Vincent — *M. G. Caussade* et *F. Morisse* présentent une observation dont on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Chez une jeune fille, atteinte de septicémie à streptocoques, d'un érysipèle de la face et d'une adénopathie sous-maxillaire étendue et suppurée, atteinte, en outre, d'un état général grave (hyperthermie, épistaxis, diarrhée fétide et noirâtre), la guérison a été obtenue par des injections intramusculaires de sérum antistreptococcique de H. Vincent, à la dose de 170 c.c. au total, mais cette guérison a été retardée parce qu'il y a eu une reprise de tous les phénomènes signalés ci-dessus, et cela, parce que les doses initiales étaient trop faibles. Les auteurs ajoutent que, comme le conseille expressément H. Vincent, aucun adjuvant thérapeutique n'a été employé.

2° Les échecs malgré le sérum de H. Vincent sont attribuables, non seulement à des doses insuffisantes trop faibles, mais aussi à l'institution tardive du traitement sérothérapique, mais en pratique médicale une intervention précoce est difficile, sinon impossible. Peut-on, en effet, prévoir une septicémie analogue à celle observée par les auteurs quand il s'agit d'une amydalite banale, légère et passagère, et que les conséquences funestes n'apparaissent que huit jours après celle-ci, alors qu'elle est complètement guérie ? Néanmoins, dès que la clinique ne laisse plus de doute sur la septicémie ou, qu'à défaut de la clinique, une hémoculture est positive, toute hésitation n'est plus permise, il faut agir — et agir énergiquement — sans toutefois avoir la certitude mais des chances de succès comme dans le cas rapporté par les auteurs.

Des observations récentes sont en faveur de cette manière d'agir (de *Haren* et *Fallas*, *J. Minet*, *Rosse*, *Warembourg*, *Manoussakis*).

Marcel Laemmer.

« Mon opinion au sujet de la radiesthésie est qu'à l'heure actuelle, on ne peut lui accorder aucune place dans les sciences médicales. Elle doit être cantonnée parmi les phénomènes biologiques ou physiques devant être longuement et scrupuleusement étudiés avant de devenir des moyens soit de diagnostic, soit de thérapeutique. Seul le temps en permettant de multiplier les constatations expérimentales et les observations d'ordres divers pourra nous fixer sur sa valeur pratique et son intérêt du point de vue médical.

. . . .

« Rien, dans mes recherches patientes et impartiales, ne m'a jamais permis de prendre au sérieux la plupart des publications relatives à la radiesthésie et le plus souvent je suis tenté de crier à leurs auteurs : si vous n'avez point le respect de vous-même du moins respectez vos lecteurs éventuels. »

(Prof. Pech, de Montpellier. — Réponse à une enquête de *La Vie Médicale* (10 février 1936), sur la Radiesthésie médicale.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Acrodynie infantile avec nécrose du maxillaire

Rapportant l'observation de deux cas d'acrodynie infantile, MM. Cassoute et Montus (*Com. Méd. des B.-du-Rh.*, 1er mars 1935) attirent particulièrement l'attention sur l'un de ces cas qui s'accompagna de nécrose grave du maxillaire inférieur aboutissant à la chute de la totalité des dents inférieures et à l'élimination de tout le rebord alvéolaire par fragments successisf. Cette véritable mutilation s'est faite sans signe d'infection apparente et sans douleur. La cicatrisation a été rapide et complète.

Les rayons ultra-violets, appliqués dans les deux cas, paraissent avoir abrégé l'évolution.

Méningite lymphocytaire Guérison par le sérum de Pettit

M. P. Giraud et Michotey (*Com. Méd. des B.-du-Rh.*, 1er mars 1935) rapportent le fait suivant : un enfant de 7 ans présente une réaction méningée clinique et une parésie légère du membre inférieur. Le liquide céphalo-rachidien contient 0,75 d'albumine et 16 lymphocytes.

Un traitement par le sérum de Pettit est institué, 320 c. c. en tout en quatre jours par voie musculaire et hypodermique. La guérison complète a été obtenue en quinze jours environ. Une épidémie sévère de poliomyélite régnant dans la région, on peut penser qu'on s'est trouvé en présence d'un cas de cette affection.

Glaucome chronique à tension artérielle. Traitement calco-magnésien

M. J. Gallois (*S. d'Opht.*, déc. 1935) signale à nouveau les résultats favorables obtenus par le traitement calco-magnésien. Un malade, ayant présenté parfois de sérieux fléchissements de son équilibre circulatoire intra-oculaire, fait à nouveau une hypertension oculaire élevée, avec diminution de l'acuité visuelle. Il a été soumis, pendant huit mois à un traitement à la pilocarpine. Une opération décompressive est envisagée, mais journée, à cause du chiffre bas de la tension artérielle diastolique On pratique huit injections intraveineuses du complexe calco-magnésien de P. Viard et Casaubon. Résultats : amélioration de l'état local et général, normalisation de la tension et de l'acuité visuelle. On peut espérer une amélioration durable, comparable à celles observées par l'auteur, dans d'autres cas.

Corps étranger intra-oculaire toléré trente-cinq ans

Un volumineux corps étranger métallique — ayant séjourné trente-cinq ans dans un œil, sans que le malade ait été inquiété par le moindre phénomène douloureux ou inflammatoire de l'œil blessé ou de son congénère — a été extrait à l'aide de l'électro-aimant, par MM. Gorse, Calmettes et G. Garipuy (*S. de Méd. Ch. et Ph. de Toulouse*, oct. 1935). Ce corps étranger, qui était devenu friable et était tout oxydé par les liquides intra-oculaires, occupait la chambre antérieure, et, à travers une branche cornéenne, laisssait voir au dehors sa tranche sous l'aspect d'une ligne noirâtre.

Psychonévrose associée à un rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte

Un syndrome mental caractérisé par une hyperémotivité avec phases d'anxiété et tentative de suicide, a été observé par M. Henri (*S. de méd. milit. fr.*, 14 nov. 1935) chez un sujet porteur d'un rétrécissement isthmique de l'aorte. Jusqu'à la constatation de cette malformation, on avait considéré à tort ces symptômes comme des séquelles d'encéphalite.

Nécrose diabétique de la langue

Une nécrose massive de la partie médiane de la langue a été observée chez une diabétique par MM. Gougerot, Vernier et Lortat-Jacob (*S. Fr. de Derm. et de Syph.*, 14 nov. 1935.)

Cette nécrose — due vraisemblablement à une artériolite — guérit rapidement.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, nonpoint pour les garder (car je n'ay point de gardlire) mais pour les transporter en cettuy-ci, oua vray dire leles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE.

Autour de l'inauguration de l'Académie de chirurgie. — *Dans l'*INFORMATEUR MÉDICAL (16 février 1936), *un article de M. le Docteur J. Crinon, intitulé* : VANITAS ! *En voici un extrait* :

. . . .

Ce serait tout d'abord faire la nique à la vérité historique que d'affirmer la méconnaissance, par les Conventionnels qui organisèrent l'enseignement médical et par leurs successeurs de l'Empire et de la Restauration, de la place que mérite l'art chirurgical dans le cortège des sciences médicales. Que M. Gosset relise (mais ses occupations ne lui en laissent certainement pas le temps) les rapports fouillés et judicieux qui furent rédigés à cette époque. Il verra qu'on n'a jamais eu la pensée de considérer la chirurgie comme un art secondaire, fait seulement d'audace et de dextérité.

Si, à l'heure de la fondation de l'Académie de médecine, on n'a pas donné la préséance à la chirurgie, c'est qu'on voulait rassembler dans la même enceinte, et cela pour donner aux débats toute leur fertilité, les différentes branches de l'art de guérir. Certes, il peut déplaire aux chirurgiens de voisiner sur les mêmes bancs avec des pharmaciens et des vétérinaires, des physiciens et des biologistes, mais tout de même, il est clair comme le jour que la santé humaine mérite les avis de ceux-ci comme de ceux-là. Niera-t-on que Pasteur n'avait pas sa place à côté de Péan ? A quoi eût pu servir le talent de ce virtuose s'il n'avait pu bénéficier des enseignements du premier ?

De plus en plus, ce travail en symbiose de tous les savants qui fréquentent la rue Bonaparte justifie la manière de voir des fondateurs de l'Académie de médecine. Et l'orientation de la chirurgie contemporaine comme l'a si bien exposé M. le Professeur Leriche dans son magnifique discours inaugural d'un récent Congrès de chirurgie, n'est-elle pas dirigée vers la collaboration de plus en plus étroite du chirurgien et du biologiste?

Que pour donner plus de portée à leurs travaux, les chirurgiens aient, il y a quatre-vingt-douze ans, fondé une Société spéciale, la chose est toute naturelle et digne d'être applaudie ; mais qu'après un siècle, on cherche à considérer cette fondation de la Société française de chirurgie comme une manifestation de mauvaise humeur, peut-être que cette interprétation se trouve un peu osée.

Mais quel profit trouvera la science chirurgicale dans la transformation de cette vénérable Société en une Académie ? Ses travaux auront-ils plus de portée ? Ses avis seront-ils plus écoutés ? Je ne le pense pas, car son lustre est brillant et son changement d'état civil n'y apportera quoi que ce soit.

J'aurais tendance à croire que les membres de la nouvelle Académie espèrent tirer de cette mue un bénéfice qui est du ressort de la considération publique. Que le titre d'académicien fasse bien sur un bristol, et qu'il soit un coefficient pour la note d'honoraires, peut-être ; mais l'art chirurgical lui-même et le prestige de la corporation des chirurgiens qu'y gagneront-ils vraiment ? Peu de chose, sans doute rien du tout. Or, tout est là.

Dès lors, la création de l'Académie de chirurgie se ramène à une manifestation d'estime personnelle. Mais cette manifestation, elle-même, semble vaine. En effet, a-t-on oublié que cette appellation d'Académie fut galvaudée depuis des siècles et qu'à l'époque de la Révolution (ceci explique cela), il y avait dans tous les quartiers de Paris et dans toutes les bourgades de province, des académies de libre-pensée qui jouaient le rôle de nos Comités politicailleurs d'à-présent ?

Je ne parlerai pas des académies de toute nature qui pullulent aujourd'hui et qui s'occupent des choses les plus disparâtes, depuis l'implantation des cheveux jusqu'à la géométrie du billard, car ce serait mêler la trivialité à une dissertation sévère ; mais tout de même, il faut compter avec la malignité publique qui, malgré qu'on la dédaigne, corrige souvent les grands de leur sottise.

Je ne crois donc pas que le nouveau corps scientifique qu'on vient de baptiser solennellement soit à même de révolutionner la science chirurgicale, non plus que la science tout court. Sans doute cela fera, sur le papier, quelques immortels de plus, mais l'immortalité, ou tout simplement la renommée d'un jour se conquièrent par le savoir et la découverte. Et le contentement de soi ne doit pas venir des hochets que brigue la vanité, mais de la satisfaction que procure le travail accompli.

Les modèles de Balzac pour son « Médecin de campagne ». — *M. Marcel Bouteron publie* (REVUE DES COURS ET CONFÉRENCES, 15 février 1936) *les notes et éclaircissements qu'il avait placés en tête de l'édition du « Médecin de Campagne » publiée par la Société des Médecins bibliophiles. Voici quelques extraits de cette préface* :

« Il semble bien que Balzac, pour créer le type de son médecin de Campagne, se soit inspiré du Docteur Amable Rome qui fut, comme Benassis, une sorte de saint laïque, se dévoua corps et biens à son petit pays en luttant comme Benassis, contre le crétinisme, mais il est certain que Balzac composa son personnage d'après plusieurs modèles, parmi lesquels le Docteur Rome qu'il vit en passant, mais surtout le Docteur Bossion qui fut son ami.

Ce Docteur Bossion exerçait à l'Isle-Adam où Balzac, de 1817 à 1822, fit de longs séjours chez un vieil ami Louis-Philippe de Villers-La-Faye comte de Saint-Pierre de Macon, maître honoraire de l'Oratoire de S. A. R. M. le Comte d'Artois. Honoré fut même le client de Bossion qui, en 1818, lui fit faire une cure de lait d'ânesse. « M. Bossion, écrit Villers-La-Faye à son jeune ami, ne revoyant plus le marchand qui lui avait promit (*sic*) une ânesse fraîche de lait, a terminé avec le fermier dont l'ânesse a un ânon de 5 mois. Mais avant de le faire, il s'est assuré de la qualité et de la quantité du lait et a trouvé qu'il vous conviendrait. Pour ne pas s'exposer à ce qu'on lui manque de parole une seconde fois, il fait venir l'ânesse chés moy et vous atend (*sic*) avec impatience. Vous sçavés combien les mouvements de l'âme dans le beau sexe influent sur le physique, ne vous exposés donc pas à ce qu'un très long retard fasse perdre son lait à votre nourrice, son fils est sevré et resté chés son maître ! »

Bossion mourut en 1821 et Balzac vint assister à ses funérailles :

« Il va à l'Isle-Adam, écrit Laure Surville, sœur du roman-

cier, il y assiste au convoi d'un docteur tel que celui qu'il a décrit dans son *Médecin de campagne*. Cet homme qu'il a connu dans ses précédents séjours, bienfaiteur du pays, aimé et regretté de tous, lui donna l'idée d'écrire ce livre. Ce mort deviendra un jour le vivant M. Benassis ». Bossion fut d'abord inhumé dans l'ancien cimetière de l'Isle-Adam qui entourait l'église, il fut transféré en 1832 dans le nouveau cimetière où les curieux pourront lire son épitaphe : « Ici repose en paix le corps de Ch.-I. Bossion, maître en chirurgie, né le 6 octobre 1776 et décédé le 26 avril 1821. Il fut bon époux et tendre père. Animé constamment par l'amour de l'humanité et par les sentiments de la religion, il prodigua, au préjudice même de la santé, tous les soins de son art aux habitans de la campagne. Mûr pour le ciel, il quitta la terre où il laisse une épouse et deux enfans inconsolables d'une si grande perte ».

Tels sont, à notre connaissance, les deux modèles dont a pu s'inspirer Balzac pour peindre Benassis. Il y en aurait un troisième, après la lettre, le fameux docteur Franck, de Vienne, dont Balzac écrivait, bien des années après, le 30 avril 1849, à sa sœur Laure, de Wierzchownia, en Ukraine : « Il y a ici l'un des premiers élèves du fameux Franck, l'original de mon médecin de campagne ». Mais, à notre avis, il faut entendre par là, non que le Docteur Franck a servi de modèle à Balzac (qui ne le connaissait pas) mais qu'il ressemble au Docteur Benassis comme un original ressemble à une copie. Enfin, pour être complet, il faudrait signaler l'influence que put exercer sur Balzac, la vie du célèbre philanthrope J. E. Oberlin qui transforma complètement au point de vue matériel et moral, la petite localité du Ban-de-la-Roche (Haut-Rhin), dont il fut le pasteur, de 1767 jusqu'à sa mort (1826).

Quelques pensées de Claude Bernard. — *L'Almanach du Beaujolais* (1) *de* 1936, *publie un important article de M. Justin Godart, intitulé* : Les reliques de Claude Bernard a Saint-Julien.

... Là, sont conservées quelques reliques, pour la plupart dignes d'être décrites. Le mot de reliques n'est point, ici, profané, car, ainsi que le dit Ernest Renan dans son discours de réception à l'Académie, où il occupa le fauteuil de Claude Bernard : « Combien de saints sous l'apparence d'irreligion ».

. . . .

L'importance documentaire du recueil d'observations sur les expériences faites avec le curare est dépassée dans les reliques que nous énumérons, par un petit registre noir, fortement relié, non paginé, intitulé « Philosophie ». Il est écrit complètement de la main de Claude Bernard. Ce sont des notes extraites du « Manuel de l'histoire de la philosophie, traduit de l'allemand de Tenneman, par Victor Cousin, 1882, Ladrange, éditeur ». Parfois les notes (tomes et pages sont indiquées avec soin) sont remplacées par des résumés. Les unes et les autres sont écrites sur les pages impaires ; les pages paires sont, ou en blanc, ou couvertes des réflexions de Claude Bernard, réflexions qui, on s'en doute, présentent un grand intérêt, car elles sont le premier jet de ses œuvres philosophiques. Plusieurs d'entre elles portent la mention « à développer ultérieurement ».

A la fin du cahier, le même travail a été fait par Claude Bernard pour le « Cours de philosophie positive, par Auguste Comte, Paris, 1830. Rouen frères, libraires-éditeurs. »

Nous ne pouvons que glaner dans ce document, qui est inédit et que nous nous préparons à publier. Quelques pensées sont à mettre en relief.

« On peut faire de grands progrès avec une théorie fausse.

« L'homme a appris tout ce qu'il sait. Il n'a reçu aucune connaissance innée : il n'a reçu que l'aptitude à connaître.

« La religion est nécessaire à ceux qui gouvernent pour gouverner (et non aux gouvernés). Ils imposent des croyances qui seront des moyens d'action.

« La croyance religieuse en la foi ne discute pas. La philosophie a pour essence de discuter. Ces deux choses sont donc destinées à se tuer réciproquement. La philosophie, raisonnement, doit tendre à tuer la foi. La croyance foi doit chercher à étouffer le raisonnement ou à s'en servir comme d'une servante.

« Il ne peut y avoir de vrais philosophes que parmi les savants. Le philosophe qui n'est pas savant est stérile et orgueilleux. Il se figure qu'il enfante toutes les découvertes par les idées qu'il émet à leur occasion. La philosophie est le résultat des connaissances : les connaissances ne sont pas le résultat de la philosophie.

« La raison ou le raisonnement seuls sont la source de toutes nos erreurs. Le sentiment est un guide plus sûr.

« La source unique de notre connaissance est l'expérience.

(1) Jean Guillermet. Villefranche-en-Beaujolais.

P. L. M. — Vers le soleil... à moitié prix

Des trains spéciaux de 1re, 2e et 3e classes quitteront la capitale à 14 heures les 4 et 18 mars, 1er, 6 et 22 avril.

Pour l'accès dans ces trains, il est délivré, au départ de Paris, des billets d'aller et retour à demi-tarif de quarante jours, pour les gares de Saint-Cyr-la-Cadière à Menton inclus, ainsi que pour celles d'Hyères, des Salins d'Hyères et de Grasse. Vous aurez la facilité de revenir par un train quelconque dès le septième jour. Des arrêts, au retour, pourront avoir lieu à volonté, sans bulletin d'arrêt. En outre, vous aurez la faculté de vous rendre en autocar de la gare destinataire de votre billet à la gare d'arrêt que vous aurez choisie, à la condition d'utiliser le service d'autocars P. L. M. Nice-Marseille. A cet effet, vous devrez vous munir d'un billet d'autocar.

Les trains spéciaux ne comporteront pas de wagon-restaurant, mais vous pourrez vous procurer des paniers repas en gares de Paris et Dijon.

Le nombre des places est strictement limité. La vente des billets a lieu uniquement à la gare de Paris P. L. M., 20, boulevard Diderot ; elle commence dix jours avant la date de départ de chaque train. Il n'est pas délivré de billets par correspondance. L'attention des voyageurs est spécialement attirée sur l'intérêt qu'ils ont à se procurer les billets dès les premiers jours de vente afin de ne pas en manquer.

« Ce n'est pas la tête, c'est le cœur, c'est-à-dire le vague, l'inconnu qui mène le monde.

« Le règne du rationalisme pur sera le règne de la tête, la mort du cœur. Cela n'est pas possible. Des hommes ainsi faits par la science sont des monstres moraux. Ils ont atrophié le cœur aux dépens de la tête.

« Tout doit avoir un commencement et une fin. Or, nous ne pouvons concevoir ni le commencement ni la fin. Nous ne pouvons saisir que le milieu des choses : c'est là le domaine scientifique.

« Les sentiments de l'homme ne suivent pas sa science. On voit des hommes très savants, injustes et ambitieux ; des hommes très ignorants, justes et bienfaisants.

« Les hommes qui font des généralités, leur spécialité, sont les êtres les plus nuisibles à toute science vraie.

« On peut être d'accord sur des choses simples comme les trois angles d'un triangle sont égaux à deux droits. Mais on ne sera pas d'accord sur les choses complexes, ou, quand on sera d'accord par l'évidence, ce sera la fin du monde.

« La philosophie développe d'autant mieux l'esprit qu'elle est creuse, qu'elle ne gène pas l'esprit, mais le fait agir.

« La philosophie n'apprend rien, et ne peut rien apprendre de nouveau par elle-même, puisqu'elle n'expérimente et n'observe pas.

« Tout est expérimental, et tout dérive de la nature des choses que nous ne pouvons changer.

« Quand l'homme saura tout, il sera anéanti, parce que s'il a besoin de savoir : il n'a pas moins le besoin d'ignorer pour chercher à savoir.

« L'homme sur la terre, voit où il est, mais de suite il se demande pourquoi, d'où il vient et où il va. Il a cherché la solution de ces questions dans la philosophie pendant des siècles, et a perdu son temps, jusqu'à ce qu'enfin des hommes soient venus dire : mais au lieu de chercher à savoir d'où nous venons et où nous allons, examinons un peu où nous sommes. »

La présence à Saint-Julien du manuscrit « Philosophie » s'explique par le fait que c'est, durant une maladie grave, l'ayant obligé à se retirer à la campagne, que Claude Bernard y a achevé son *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*.

« Si les hôpitaux n'avaient pas de resquilleurs le droit des pauvres pourrait être supprimé ». — *Sous ce itre, M. Léo Marchés, expose au public, dans* LE JOURNAL (22 février 1936), *la question du « resquillage » dans les hôpitaux.*

Le conflit aigu qui divise le théâtre et l'Assistance publique a fait couler déjà des flots d'encre et des flots d'éloquence. Mais il est une éloquence plus persuasive que celle des mots : l'éloquence des chiffres.

Le Docteur Audain, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital départemental de Rueil-Malmaison, a présenté à ses confrères, dans un récent Congrès, un rapport documenté qui a reçu leur pleine approbation.

Ses conclusions sont formelles : des économies s'imposent. Le budget de l'Assistance publique se chiffrait, l'an passé, par plus de 500 millions. Il a été ramené, pour 1936, par certains décrets-lois, à 487.610.000 francs.

Le Docteur Audain estime que ce budget est atteint d'hypertrophie. Et, en sa qualité de chirurgien, il diagnostique une amputation nécessaire, une amputation de 100 millions, laquelle permettrait de diminuer la subvention de la Ville et de supprimer la taxe dite droit des pauvres, « afin que la corporation du spectacle et toutes les industries qui s'y rattachent puissent vivre et voir disparaître leur chômage ».

Pour obtenir ce résultat, voici les moyens qu'il préconise :

Réduction des frais intérieurs trop élevés ;
Réduction des « dépenses somptuaires » ;
Suppression du « resquillage ».

Sur les deux premiers chapitres, il est bien difficile de se faire une opinion sérieuse sans une étude approfondie de la question qui nous entraînerait trop loin. Nous nous bornerons à enregistrer à titre documentaire les affirmations du Docteur Audain, qui, d'ailleurs, reconnaît de bonne grâce que « les hôpitaux doivent être modernisés » ; il estime seulement qu'ils pourraient l'être avec un budget moindre, « à condition de ne soigner que les nécessiteux ».

Et ceci nous amène au chapitre du « resquillage ». Le resquillage est le mal du siècle, un mal qui ne répand pas la terreur, mais provoque habituellement le sourire. Il y a des resquilleurs partout. Au théâtre, on appelle « hirondelles » ceux ou celles qui, ayant réussi à pénétrer indûment dans la salle, volettent de l'orchestre au balcon et des loges à l'amphithéâtre, à la recherche d'une place vacante.

Il paraît que les hôpitaux ont aussi leurs hirondelles. Ce sont les gens riches ou aisés qui viennent s'y faire soigner et souvent opérer gratuitement, ou en acquittant une faible redevance. Or, l'hôpital est réservé théoriquement aux indigents. Sauf les cas d'extrême urgence, on ne doit y accepter que les malades hors d'état de subvenir par eux-mêmes aux frais de leur traitement. Les gens riches qui, par économie, s'y font admettre occupent les lits des pauvres, accaparent à leurs dépens le temps et les soins des grands « patrons » et absorbent une part du budget de l'Assistance publique.

Cette part est considérable. D'après une enquête faite par les chirurgiens des hôpitaux de Paris, il existe dans leurs services environ un tiers de malades qui ne devraient pas y être, les deux autres tiers comprenant les indigents, les assurés sociaux et les accidents du travail.

Contre cet abus, l'Administration de l'Assistance est désarmée. Les vrais responsables sont ceux auprès de qui les resquilleurs trouvent des appuis et des recommandations. Le régime du « piston » sévit là, comme, hélas ! partout ailleurs.

« Actuellement — affirme le rapport Audain — ce n'est pas tellement la gravité du cas qui décide de l'intervention du chef de service, mais le degré de recommandation. »

BIBLIOGRAPHIE

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois. Le numéro : 1 fr. 50. Boivin, édit., 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 15 février 1935. — Emile BREHIER : Quelques aspects de la morale grecque. — Marcel BOUTERON : Balzac et « Le médecin de campagne ? (I). — Oscar BLOCH : La dialectologie gallo-romane. — G. BACHELARD : La dialectique de la durée (II) : Détente et néant (*Suite*). — G. MICHAUT : La Bruyère (IV) : Le chapitre des « Ouvrages de l'esprit ». — E.-K. RAND : Les esprits souverains dans la littérature romaine (VI) : La Rome de Boëce et de Dante. — G. LOTE : La politique de Rabelais (III) : L'Empire, la Papauté.

Annales historiques de la Révolution française. Paraissant six fois par an. Abonnement : France : 40 francs. Mellottée, éditeur, 48, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

Sommaire du numéro de janvier-février 1936 : A. MATHIEZ : Pacifisme et nationalisme au XVIII[e] siècle. — G. HUBRECHT : La région sedanaise à la veille de la Révolution : Les cahiers. — J. GODECHOT : Les aventures d'un fournisseur aux Armées : Hanet-Clery. — M. BOULOISEAU : Les Comités de surveillance des arrondissements de Paris pendant les mois de germinal, prairial an III.

DOCUMENTS. — Marat, physicien (L. JACOB). — Sur le portrait de Robespierre par Barnave (F. VERMALE).

GLANES. — Deux lettres de Firmin-Didot (DAUTRY). — Une épigramme contre Lafayette (GOTTSCHALK). — Qualités requises pour être citoyen actif (A. TROUX). — Le pater des sans-culottes (A. TROUX).

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 10 LE NUMÉRO : 50 Centimes 7 MARS 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Thérapeutique

M. JOLY : Le traitement électro-radiologique des algies 385

Faits cliniques

Ch. MASSIAS : Septicémies streptococciques. Importance des infections préexistantes. Guérison de quatre cas par la sérothérapie de H. Vincent 394

Endocrinologie

A propos de l'examen des états thyroïdiens, par H. VIGNES 399

Revue de Presse médico-pharmaceutique, par J. LAFONT 400

Sociétés savantes

Société Médicale des Hôpitaux 403
Société des Chirurgiens de Paris 404
Académie de Chirurgie 407

Nouvelles 379

Echos et Glanures 411

Bibliographie 396 414



NOUVELLES

Faculté de médecine de Nancy. — Les concours suivants sont ouverts à la Faculté de médecine de Nancy entre les étudiants français ou anciens étudiants français de ladite Faculté.

Prix Alexis Vautrin. — Mémoire sur un sujet de gynécologie, y compris la gynécologie cancéreuse. — Premier prix : 2.900 francs ; deuxième prix : 900 francs.

Prix Joseph Rohmer. — Mémoire sur un sujet d'ophtalmologie. — Prix : 2.700 francs.

Prix Grand'Eury Fricot. — Mémoire sur la tuberculose pulmonaire aiguë ou chronique. — Prix : 1.450 francs.

Prix Ritter. — Mémoire sur un travail original de chimie médicale et fait dans un laboratoire de la Faculté de médecine de Nancy. — Prix : 450 francs.

Prix Heydenreich-Parisot (médecine). — Concours entre les étudiants de la Faculté de médecine de Nancy et les Docteurs en médecine (immatriculés ou inscrits à la Faculté au cours de l'année scolaire). — Travail original sur un sujet de médecine. — Prix : 450 francs.

Les mémoires devront être déposés au secrétariat de la Faculté de médecine avant le 1er juillet 1936.

Ecole de médecine de Limoges. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges s'ouvrira, le lundi 19 octobre 1936, devant la Faculté de pharmacie de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Ve Congrès international contre le rhumatisme. — Ce Congrès se tiendra, du 3 au 8 septembre 1936, à Lund et à Stockholm (Suède) sous la présidence du Professeur Sven Ingvar, de Lund.

Programme des rapports : I. *Sujets médicaux* : *a*) Allergie dans les maladies rhumatismales ; *b*) Lecture des radiographies dans l'arthrite ; *c*) Nature de la myalgie ; *d*) L'aide de l'orthopédiste dans les maladies rhumatismales.

II. *Sujets sociaux* : *a*) L'état du logement chez le rhumatisant ; *b*) Les affections de l'épaule suivant les professions et les fonctions.

Droit d'inscription : 10 couronnes suédoises (35 francs environ). Secrétaire du Congrès : Professeur G. Kahlmeter, Birgerjarlasgatan 36, Stockholm.

Des excursions seront organisées à Stockholm et en Jämtland après la fin du Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser : au secrétariat de la Ligue française contre le rhumatisme, 2, rue Guynemer, Paris (VIe), qui tient des bulletins d'inscription à la disposition des médecins qui en feront la demande.

Ligue française contre le rhumatisme. — L'Assemblée générale de la Ligue aura lieu le lundi 30 mars.

I. Réunion clinique : à 10 heures, à l'hospice de la Salpêtrière, dans le service de M. O. Crouzon.

Présentation de malades et discussions.

II. Assemblée générale extraordinaire à 16 heures, à l'hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux, 95, rue du Cherche-Midi, à Paris, pour modification des statuts.

Cette assemblée générale sera suivie de l'assemblée générale ordinaire de la Ligue et d'une réunion scientifique.

Sujet traité : Sciatiques et rhumatismes.

A l'issue de la réunion, un dîner amical réunira les membres de la Ligue.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Ligue : 2, rue Guynemer, Paris (VIe).

IIIe Congrès international de pathologie comparée (Athènes, 15 au 18 avril 1936). — Sous la présidence de M. le Professeur Bensis et sous le haut patronage du Gouvernement hellénique, de MM. le Préfet et le Maire d'Athènes, le Président de l'Académie et le Doyen de la Faculté de médecine d'Athènes et la Société de pathologie comparée.

A l'ordre du jour : 1° Echinococcoses : MM. les Prof. Devé, Posselt, Castex ; 2° Néphroses et amyloses : MM. les Prof. Achard et Bariéty Volhard, Friedric Koch ; 3° Leishmanioses : MM. les Prof. Adler, Shortt, Kaminopertros ; 4° Spirochétoses : MM. les Prof. Sanarelli, A. Pettit, A. Pettit et Erber, A. Pettit et Mollaret, A. Pettit et Stefanopoulo Urlenhuth ; 5° Avitaminoses : MM. les Prof. Livieratos et Aglianos.

Section de médecine vétérinaire : 1° Les échinococcoses chez les animaux domestiques : MM. les Prof. Ferwerda et Tenhaeff ; 2° Les spirochétoses animales : MM. les Prof. Klarenbeek et Verge ; 3° Les infections anaérobies chez les animaux domestiques : MM. les Prof. Weinberg, Dungal, Miessner, et Enaniadès et Deboneras ; 4° Les varioles animales : MM. les Prof. Gins, Van Heelsbergen, Donatien et Lestoquard, Malaindis et Tzortzakis.

Section de pathologie végétale : 1° L'immunité chez les végétaux : MM. Humphrey, Miss Joh, Westerdijk, Riker, Reed, Butler, Stackman, Smith, Salaman Fawcett, Dufrénoy, Carbonne, Gauman, Magrou, Radulescu, Fahmy, Brenchley, Brooks Hanna, Rsckow, Politis.

Réductions sur les chemins de fer, bateaux, logements, etc., réceptions, excursions :

Notamment croisière de vingt jours sur le *Champollion* des Messageries maritimes, partant de Marseille le 7 avril et y revenant le 27 avec séjour à Athènes pendant le Congrès.

Prix total, classe unique, comprenant toutes dépenses, logement, nourriture, visites, excursions, voitures.

De 35.000 francs à 50.000 francs (suivant cabine).

Sur ce prix une réduction de 20 % est faite aux congressistes.

En dehors de cette croisière, une série de combinaisons est prévue.

1° En groupe libre, pour ceux des congressistes qui préfèreraient garder leur initiative. Ils bénéficieraient des avantages et réductions accordés par les hôtels, chemins de fer, Compagnies de navigation hellénique et par les pays étrangers.

2° En groupe A, cinq jours du 14 au 19 avril : 750 francs.

3° En groupe B, huit jours du 13 au 20 avril : 1.120 francs. En groupe C, dix-neuf jours du 3 au 22 avril dont quatorze jours en Grèce. De Trieste à Trieste par la Dalmatie, paquebot *Princesse Olga*. Par ce paquebot, contrairement au programme suivant D. MM. les congressistes ne feront que le trajet Trieste-le Pirée et le Pirée-Trieste, du 6 avril au 19, ils suivront le programme, 2.950 francs.

Groupe D, croisière de dix-neuf jours du 8 au 27 avril dont treize jours en Grèce (voir programme).

MM. les Congressistes qui s'inscriraient à ce programme habiteraient à bord pendant toute la durée de la croisière, sauf pendant les jours du Congrès, ou à la volonté ils peuvent séjourner à bord ou bien dans l'un des hôtels de leur choix à Athènes. Prix : 3.950 francs, 3.200 francs, 2.650 francs (trois catégories cabines). Le programme de cinq jours intéresse les congressistes de toutes provenances, dont la limite des jours disponibles n'excède pas les jours du Congrès.

Le programme de huit jours s'adresse à ceux qui sauraient disposer de trois jours supplémentaires.

La croisière de dix-neuf jours s'adresse aux congressistes de l'Europe occidentale et à ceux de l'Amérique du Nord qui voudraient consacrer treize jours à la Grèce.

Pour tout ce qui concerne voyages, séjour, s'adresser à l'agence Neptos, Bureau du voyage en Grèce, 4, rue de l'Echelle, Paris (Ier) ou à l'agence Exprinter, 28, avenue de l'Opéra (Ier).

Ier Congrès international de pyréthothérapie (Columbia University New-York, 29 septembre, 3 octobre 1936). — « Columbia University de New-York » a décidé d'organiser chez elle à la fin du mois de septembre de cette année le « Premier Congrès international de pyrétothérapie ».

Cinq années consécutives, les médecins américains se sont réunis en conférence nationale pour discuter des résultats obtenus dans cette branche de la thérapeutique qui est, à l'heure actuelle, l'objet de nombreux travaux.

Ces réunions s'étant montrées de plus en plus suivies et de plus en plus importantes, ils ont décidé de transformer celle de 1936 en un vaste Congrès international. On y discutera tous les problèmes concernant la physiologie, la pathologie et les applications thérapeutiques de la fièvre. Les rapports seront traduits en anglais, français et allemand et largement diffusés dans le monde.

« Columbia University » a demandé à M. le Professeur Abrami de se charger de l'organisation européenne de ce Congrès, et de former un Comité français qui se rendra à New-York à la tête de la délégation française et des délégations de chacune des nations d'Europe.

Les membres du Comité français grouperont et commenteront, suivant leurs spécialités, toutes les publications françaises ayant trait à la pyrétothérapie (quel que soit l'agent pyrétogène) qui parviendront au secrétariat général, 22 *bis*, rue Marcadet, Paris. (XVIIIe), avant le début de juin prochain.

Tous les confrères qui auraient des suggestions à présenter, des renseignements à demander sur l'organisation de ce Congrès, sont priés de s'adresser à l'adresse ci-dessus.

Le Comité français a été constitué uniquement par des Parisiens pour que les réunions puissent avoir lieu effectivement et pour faciliter l'organisation de ce Congrès, rendu difficile par la proximité de sa date de réunion et par l'échange des correspondances nécessaires.

Journées internationales périodiques de cardiologie à Royat (Auvergne). — (*Conférences de physiologie, pathologie et thérapeutique cardio-vasculaires*), les 31 mai et 1er juin 1936. — Dimanche 31 mai, matin de 9 heures à 10 h. 30, MM. les Professeurs G. Heymans (Gand) et Lucien Brouha (de Liège) : Le tonus vasculaire (physiologie) ; de 10 h. 30 à midi, MM. les Professeurs Leriche et Fontaine (de Strasbourg) : Les spasmes vasculaires des membres. — Déjeuner libre dans les hôtels. — Après-midi : Excursion à Charade (Golf de Royat) en autocars. Départs de Royat à partir de 14 h. 30 ; à 15 h. 30 : Conférence à Charade par M. le Professeur agrégé Chabrol : L'histoire des doctrines thermales de Royat. — Retour à Royat : départs à partir de 18 heures. — Dîner libre dans les hôtels. — A 20 h. 30 : Représentation de gala au Casino, offerte aux membres participant au J. I. P. C.

Lundi 1er juin, matin de 9 heures à 10 h. 30, M. le Professeur Riser (de Toulouse) : Les spasmes vasculaires de l'encéphale ; de 10 h. 30 à midi, MM. les Professeurs Maranon et Duque (de Madrid) : Les spasmes vasculaires dans leurs rapports avec l'endocrinologie. — Déjeuner libre dans les hôtels. — Après-midi, de 14 heures à 15 h. 30, M. le Professeur Loeper (de Paris) : Le traitement des spasmes vasculaires. — A 16 heures : Visite des services thermaux et de la station. — A 20 heures : Banquet offert aux membres participant aux J. I. P. C.

Inscriptions. — *a*) Membres titulaires, médecins (carte rose) Droit d'inscription, 30 francs ; frais de séjour : forfait de faveur allant du samedi soir 30 mai, au mardi matin 2 juin, hôtels de première catégorie, 90 francs, hôtels de deuxième catégorie, 70 francs. Montant total de la souscription, suivant la catégorie d'hôtel choisie : 120 francs ou 100 francs.

Avantages : Volume des conférences. — Chambre et repas à l'hôtel, du samedi soir 30 mai au mardi matin 2 juin. — Invitation à la soirée du 31 mai au Casino et au banquet du 1er juin. Excursion à Charade le 31 mai. — Bénéfice des réductions qui seront consenties par les Compagnies de chemins de fer français, les Compagnies de navigation et la Compagnie Air-France (voir au dos du bulletin d'inscription.

b) Membres adhérents : internes des hôpitaux, étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité, sauf la thèse, personnalités scientifiques ou autres désirant s'intéresser à nos tra-

vaux, personnes accompagnant un membre titulaire ou adhérent (carte bleue). Pas de droit d'inscription.

Frais de séjour : Les mêmes que ceux indiqués ci-dessus pour les membres titulaires A. Montant total de la souscription, suivant la catégorie d'hôtel choisie : 90 francs ou 70 francs.

Avantages. — Les mêmes que ceux indiqués ci-dessus pour pour les membres titulaires A, sauf le volume des conférences qui, cependant, sera remis aux internes des hôpitaux et aux étudiants en médecine.

c) Médecins ou adhérents habitant près de Royat, qui ne prendront dans les hôtels, ni chambres, ni repas (carte verte).

Droit d'inscription : 1° médecins, comme les membres titulaires A, 30 francs ; 2° adhérents, comme les membres adhérents B, pas de droit d'inscription.

Prévision de frais : forfait unique de faveur pour tous les souscripteurs C, de 30 francs. Montant total de la souscription, suivant le cas : 60 francs ou 30 francs.

Avantages : volume des conférences, réservé aux seuls médecins, internes des hôpitaux, étudiants en médecine. — Invitation à la soirée du 31 mai au casino et au banquet du 1er juin. — Excursion à Charade le dimanche 31 mai après-midi.

Pour s'inscrire, prière de retourner le bulletin de souscription, accompagné du montant correspondant à chacune des catégories ci-dessus exposées. Les envois de fonds seront libellés à l'adresse de M. L. Cohendy, trésorier des J. I. P. C., de Royat. Compte chèques postaux 223-54 Clermont-Ferrand.

Pour tous renseignements ou toutes communications, s'adresser :

1° Ordre médical : à M. le Docteur R. Boucomont, secrétaire général, du 15 octobre au 1er mai, 5, rue Sainte-Beuve, Paris (VIe) ; du 1er mai au 15 octobre, à Royat (Puy-de-Dôme).

2° Ordre administratif : à M. Mérigoux, secrétaire administratif, directeur de l'Exploitation thermale, à Royat (Puy-de-Dôme).

Voyage de l'Association Guillaume Budé. — L'Association Guillaume Budé organise du 5 au 19 avril prochain, un voyage dans l'Est et le Sud-Est algériens, les plus riches en souvenirs archéologiques de l'époque romaine et chrétienne primitive. L'itinéraire a été fixé comme suit : Alger, Tipaza, Cherchel, Bougie, Sétif, Djemila, Bou Saada, Biskra, El Kantara, Batna, Lambèse, Timgad, Constantine, Tebessa, Madaure, Souk Ahras, Bône, Philippeville.

Dirigé par M. Jean Malye, délégué général de l'Association Guillaume Budé, le voyage sera accompagné par M. Leschi, professeur à la Faculté des lettres d'Alger et directeur du service des antiquités de l'Afrique du Nord.

Pour tous renseignements, prière de s'adresser au siège de l'Association, 95, boulevard Raspail, Paris (VIe).

Défense passive. — *Sous-Commission sanitaire de défense passive.* — Dans sa dernière séance, la Sous-Commission examinant avec les directeurs des différentes sociétés de secours, le recrutement du personnel médical et infirmier, a décidé de demander aux médecins dégagés de toute obligation militaire, de vouloir bien adresser leur adhésion de principe, aux directeurs des Sociétés de la Croix-Rouge, ou à M. François, chef de service à la Préfecture de police, 2e division, boulevard du Palais, Paris (4e).

Ils seront convoqués ultérieurement pour signer un engagement et seront affectés aux divers postes de secours, actuellement installés.

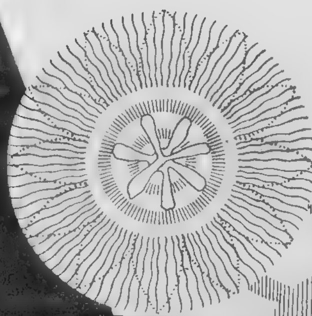
Société française d'histoire de la médecine. — La séance mensuelle de la Société aura lieu le samedi 7 mars 1936, à 17 heures, à la Faculté de médecine (foyer des professeurs).

Ordre du jour : Docteur Léon Vannier : Etude sur Paracelse (*suite et fin*) ; Docteur Godlewski : L'étudiant en médecine Buchez, fondateur des Carbonari français ; Professeur Laignel-Lavastine : Jeanselme, historien de la médecine ; Docteur Gallois : Présentation d'un cours manuscrit de matière médicale (1763-1764).

Exposition de tableaux médicaux. — La librairie Le François (91, boulevard Saint-Germain), inaugure le samedi 14 mars une exposition de tableaux anciens à sujets médicaux et gastronomiques. Les médecins sont tout particulièrement invités à la visiter.


ANÉMIES
CACHEXIES
HÉMOGLOBINE
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
GROSSESSE
CONVALESCENCES





THÉRAPEUTIQUE

Le traitement électro-radiologique des algies [1]

Par le Docteur **Marcel JOLY**
Médecin électro-radiologiste des Hôpitaux

On arrive généralement à la fin de ses études de médecine, sans savoir grand'chose de l'électro-radiologie. Cependant l'électro-radiologie prend une place chaque jour plus grande dans l'arsenal thérapeutique. C'est le mérite de M. le Professeur Harvier d'en faire donner au moins des aperçus généraux dans son enseignement officiel, comme l'avait déjà fait M. le Professeur Loeper.

Je parlerai aujourd'hui de l'action antialgique de l'électro-radiologie. C'est un sujet d'une vaste étendue, qui touche à la plupart des chapitres de la pathologie. Lorsqu'un malade vous fait appeler à son chevet, il est bien rare en effet qu'il ne mette en première ligne de ses doléances une souffrance, une douleur d'une quelconque localisation. Sans doute cette douleur n'a-t-elle que la valeur d'un symptôme, parfois bien insignifiant pour le diagnostic, mais tous vos efforts tendront tout de même à supprimer le symptôme douleur. Trop souvent vous épuiserez toute la liste des médicaments d'ordonnance courante sans atteindre ce but, et c'est alors que vous vous tournerez vers l'électro-radiologie.

Du moins est-ce ainsi que les choses se passent encore actuellement : l'électro-radiologie est une médication de dernier recours ; on y fait appel lorsque tous les autres moyens thérapeutiques ont échoué et à ce moment là seulement. Et c'est très dommage, car pour chaque application électro-radiologique il est un temps optimum par rapport au début de l'affection, et on laisse s'écouler en essais stériles le moment opportun. Il est donc nécessaire de savoir avec une certaine précision ce que l'on peut et ce que l'on doit attendre de l'électro-radiologie.

Contre l'élément douleur on trouve en électro-radiologie des indications majeures, dans lesquelles on doit penser immédiatement et avant tout, comme une sorte de réflexe, à cette modalité thérapeutique. Il est d'autres indications, les plus nombreuses, où l'électro-radiologie a un rôle puissant, mais ne constitue qu'un adjuvant, qu'on ajoutera avec profit aux médications en cours.

Parmi les indications majeures, là où l'électro-radiologie a la valeur d'une médication héroïque, là où elle est irremplaçable, je cite en premier lieu les douleurs du cancéreux inopérable. Ces douleurs sont de plusieurs ordres : douleurs de compression provoquées par de volumineuses tumeurs, douleurs d'ulcération par l'attaque directe des organes, douleurs par névrite cancéreuse, le processus se propageant aux gaines ou au tronc même des nerfs, douleurs par métastases osseuses intéressant à la fois l'innervation propre des os et les nerfs avoisinants par effondrement du squelette. Dans tous ces cas il faut, et le plus tôt possible, avoir recours à la radiothérapie. La plupart du temps les lésions sont trop étendues pour qu'on puisse faire des applications de radium, à moins qu'on ne soit à proximité d'un centre possédant d'assez grandes quantités de radium (de 3 à 4 gr.) pour faire de la télécuriethérapie. On doit alors soumettre ces malades à un traitement de rayons X, qui convenablement appliqués, avec des appareillages puissants et des filtrations de l'ordre de 2 mm. de métal lourd (Zn ou Cu) provoquent la fonte des tumeurs, la lyse des cellules néoplasiques, au niveau des os une recalcification surprenante et par ces processus commandent à l'arrêt des douleurs, à leur régression, à leur disparition. Il faut bien retenir que certaines douleurs atroces liées à des processus cancéreux résistent à tout, même à la morphine, et cèdent à la seule radiothérapie. Le résultat est rarement immédiat ; bien que dans certains cas, sous l'action de fortes doses qui créent une sorte d'anémie du territoire irradié par vaso-constriction, la douleur disparaît dans les heures qui suivent l'irradiation ; mais dans la grande majorité des cas la douleur ne disparaît qu'avec la régression du processus cancéreux, avec la lyse cellulaire, c'est-à-dire au bout de huit jours à trois semaines. Je ne vous donne pas d'indication de doses ni de technique parce que ces traitements ne peuvent être appliqués que par des spécialistes pourvus d'un matériel hors de portée de la plupart des praticiens. Cependant s'il faut soulager un malade intransportable, ou cachectique si l'on est éloigné de tout centre, tout médecin doit savoir confectionner et appliquer un appareillage pour applications externes de radium. Prenons l'exemple d'une localisation métatastique hélas fréquente la métastase vertébrale après cancer du sein. Les douleurs sont intolérables, à la fois locales et irradiées dans le domaine des racines nerveuses intéressées. Vous pouvez sans déplacer la malade les soulager de la façon suivante : il faut tout d'abord repérer la lésion par une radiographie qu'on peut au besoin faire à domicile avec un appareil transportable. Supposons qu'on trouve une ostéoporose de L^1 et L^2. On prend une plaque de pâte Colombia de dimensions 20×10, sorte de cire de 1 cm. d'épaisseur ; on y colle des blocs de 3 cm. d'épaisseur et disposés de 4 en 4 cm. en quinconce. Sur les bords de ceux-ci opposés à la peau on fixe des tubes de 10 mmg. de Rae filtrés à 2 mm. de platine. On applique cette plaque au niveau de L^1 et L^2 ; on la fixe ; on la laisse en place vingt à vingt-cinq jours. Le radium agit pendant tout ce temps par son rayonnement γ ; les douleurs diminuent et disparaissent dans un espace de trois semaines à un mois. A ce moment si l'état de la malade le permet, il sera temps de l'envoyer dans un centre où l'on complétera son traitement soit par d'autres applications de radium, soit par rœntgenthérapie. Mais je répète que cette curiethérapie externe puissamment sédative, est à la portée de tout praticien.

Une autre localisation douloureuse pour laquelle l'élec lectro-radiologie constitue une indication majeure est la névralgie sciatique. J'entends la névralgie sciatique qualifiée essentielle, ce qui veut dire qu'on ne peut lui trouver une cause bien précise. En réalité toutes les sciatiques ont une origine soit mécanique, soit inflammatoire. Les sciatiques par compression — compression par tumeur, par fibrome, par prostate néoplasique, par effondrement vertébral — sont du domaine de la radiothérapie à haute dose, comme nous venons de le voir. Les sciatiques d'origine inflammatoire sont de beaucoup les plus communes. Le froid, le froid humide surtout, les faits souvent éclater. La tuberculose, en particulier, joue un très grand rôle dans l'apparition d'une sciatique ; il s'agit la plupart du temps d'une tuberculose fibreuse, torpide, dont personne ne se doute ou bien d'une tuberculose éteinte depuis l'enfance mais dont la toxine est venue se fixer sur une gaine nerveuse ou sur les séreuses des articulations vertébrales. Toutes les infections, la collibacillose et la grippe en particulier laissent souvent comme séquelle plus ou moins lointaine une sciatique qu'on étiquette essentielle. L'inflammation de voisinage propagée au nerf ne semble pas faire de doute dans la plupart des sciatiques. Ainsi les arthrites vertébrales, si

(1) Leçon du cours de thérapeutique de M. le Professeur Harvier.

fréquentes, donnent des funuculites de Sicard, l'arthrite sacro-iliaque se traduit par la plexite, l'inflammation de la gouttière musculo-aponévrotique de la cuisse donne des tronculites, que l'on retrouve au niveau du creux poplité (articulation du genou), au mollet, à l'anneau du soléaire. Or la radiothérapie excelle à réduire les infiltrats inflammatoires. Et c'est vraisemblablement pourquoi elle joue un rôle de premier plan dans le traitement des sciatiques. En fait on n'envoie un sciatalgique au radiothérapeute qu'après la période aiguë ; d'abord parce que durant celle-ci les douleurs sont telles qu'on n'a pu mobiliser le malade, ensuite parce qu'on essaie d'abord toute la série des médicaments chimiques en ingestions ou en injections. Or tel malade qui traîne une sciatique douloureuse depuis des mois, rebelle à tous les traitements médicaux, qui en arrive à une scoliose d'attitude, sera débarrassé définitivement de ses douleurs après quinze jours ou trois semaines de radiothérapie. On peut appliquer les rayons X même dans la période aiguë. Mais alors on doit se borner à de très petites doses, de l'ordre de 20 à 40 r, et espacées d'une semaine. Dans ces cas on assiste parfois après la première séance à une exacerbation violente des douleurs. C'est que la radiothérapie a comme premier effet, chez beaucoup de sujets, de provoquer un œdème réactionnel ; si cet œdème se produit dans un canal osseux ou fibreux tel que le trou de conjugaison ou la gouttière musculo-aponévrotique on conçoit que la compression puisse réagir douloureusement sur le nerf déjà hyperesthésié. Cette réaction douloureuse ne doit pas être interprétée comme une contre-indication à la poursuite du traitement ; certains la considèrent au contraire comme un gage de réaction favorable hâtive.

D'une façon schématique les doses doivent être d'autant plus espacées qu'on est près de la période aiguë. En dehors de cette période il est encore indiqué d'employer des doses faibles, qui ne dépassent pas 100 r, mais qu'on peut répéter, dans les cas chroniques, tous les deux à trois jours jusqu'à un total de cinq à six séances. Les rayons employés sont moyennement pénétrants, émis sous des voltages de l'ordre de 125 à 150 kilovolts, et filtrés au moins à 5 mm. Al. Il faut éloigner l'ampoule afin que la dose soit débitée dans un temps assez long, car le facteur temps d'irradiation joue son propre rôle, indépendamment de la dose elle-même.

Sicard a montré que 80 % des sciatiques étaient des funiculites, c'est-à-dire que l'inflammation causale siégeait très haut, au niveau du trou de conjugaison. C'est donc cette région lombo-sacrée qu'il faut irradier et de façon assez large pour atteindre à la fois les origines médullaires du nerf et le plexus. Mais lorsque les signes cliniques, points de Valleix, topographie des atrophies musculaires, font penser à une irritation tronculaire, au niveau de la cuisse, du creux poplité, du mollet, il faut faire là aussi un champ d'irradiation.

Cette technique ne compte guère d'insuccès, on guérit ainsi 85 à 90 % des névralgies et névrites sciatiques.

Si j'ai parlé tout d'abord des sciatiques c'est qu'elles constituent parmi les névralgies la localisation la plus favorable à l'action de l'électro-radiologie. Certes on traite de la même façon, par la radiothérapie, avec des localisations d'irradiations appropriées les névralgies cervico-brachiales, les névralgies intercostales, les névralgies du trijumeau. Je cite ces névralgies dans l'ordre de sensibilité aux rayons X. Mais il s'en faut que les résultats soient aussi constants et aussi brillants qu'en ce qui concerne les névralgies sciatiques. On est alors amené à adjoindre à la radiothérapie d'autres moyens physiques : ondes courtes, diathermie, infra-rouges, mais surtout l'ionisation et en particulier l'ionisation à l'azotate d'aconitine.

Arrêtons-nous un instant à la névralgie cervico-brachiale.

Dans son état pur la névralgie cervico-brachiale, qui frappe de préférence les femmes à l'entour de la ménopause, se révèle par une douleur très vive, de type causalgique, qui s'étend de la nuque à la face externe du bras ; tout le membre supérieur est hyperesthésié, et le frôlement des vêtements est insupportable ; la douleur est continue avec exacerbation nocturnes. Radiologiquement on note parfois des signes de rhumatisme vertébral, avec petits ostéophytes des bords vertébraux, des ossifications ligamentaires et parfois un squelette absolument normal. Dans cette forme pure on doit tout d'abord avoir recours à la radiothérapie, irradier les racines cervicales, et en même temps qu'elles les plexus sympathiques cervicaux qui semblent avoir toujours une participation au processus douloureux. On irradie de la même façon que dans la sciatique, par petites doses espacées de rayons moyennement pénétrants, et comme dans la sciatique on voit la plupart du temps les algies rétrocéder.

Mais ce type pur est rarement constaté. Trop souvent on voit s'associer à cette forme pure des algies scapulo-humérales qui sont très difficiles à différencier des périarthrites de l'épaule. La malade atteinte de névralgie cervico-brachiale, bien qu'elle ne soit pas paralysée, a évité de mobiliser son épaule par crainte de la douleur. On arrive ainsi à des demi-ankyloses, à de l'atrophie du deltoïde et du biceps, à des synovites adhérentielles des gaines tendineuses et en particulier de la gaine du long biceps qui traverse toute l'articulation de l'épaule.

A ce stade, à la radiothérapie, il faut associer soit des ondes courtes, soit de la diathermie, soit l'ionisation, soit les rayons infra-rouges. Il est très difficile de choisir entre ces divers agents et on est obligé de procéder par tâtonnements. Si l'algie est soulagée par la chaleur, on fera des séances d'infra-rouges, ou de diathermie, ou d'ondes courtes dans les intervalles des séances de radiothérapie.

On peut faire des infra-rouges de la façon la plus simplifiée en utilisant un simple radiateur électrique à résistance chauffante avec miroir parabolique, tels que ceux qui servent au chauffage des appartements. Il faut approcher cette source d'infra-rouges de l'épaule suffisamment pour obtenir une sensation de chaleur assez forte, en prenant bien garde toutefois que cette chaleur n'arrive pas à une sensation de cuisson qui pourrait provoquer une brûlure. Les séances doivent être longues, d'une durée de trois quarts d'heure à une heure.

Pour faire de la diathermie on applique une électrode sèche sur la partie supérieure de l'épaule, à cheval sur le trapèze, une autre sur le bras et on fait passer durant une demi-heure une intensité de 7 à 800 mA.

Les ondes courtes ne sont qu'une variété de diathermie, mais elles ont cet avantage de provoquer la même chaleur, plus pénétrante même, avec une résonance électrique différente, sans qu'il soit besoin d'appliquer des électrodes sur la peau, et sans même qu'on soit obligé de dévêtir le malade. Cependant avec les ondes très courtes, de l'ordre de 6 m., on est obligé de mettre aussi les électrodes au contact des vêtements.

Ces séances soulagent souvent le malade d'une façon très rapide. Mais elles peuvent aussi exacerber les douleurs. Beaucoup de névralgies et névrites, surtout en période aiguë ou subaiguë, réagissent mal en effet aux agents thermogènes.

Il faut alors avoir recours à l'ionisation. Souvent le simple courant continu suffit, en quelques séances, à calmer une névralgie. Le matériel est simple. Comme source de courant vous pouvez prendre une pile sèche, du type des piles T. S. F. qui débitent jusqu'à 90 volts. Il faut en outre un rhéostat, c'est-à-dire un réducteur de potentiel et d'intensité, un galvanomètre et des électrodes. Celles-ci sont faites de plaques de zinc entourées d'une épaisse couche de feutre ou de gaze et mouillées. On en place une sur la nuque que l'on relie au pôle négatif, une autre sur le bras que l'on relie au pôle positif et on fait ainsi passer à travers tout le plexus brachial un courant

de 2 à 3 mA pendant 20 à 30 minutes. On fait une séance semblable tous les jours pendant une semaine, puis six nouvelles séances avec intervalle d'un jour. Le pôle positif du courant ainsi donné à une action sédative qui se manifeste au bout de quelques séances.

Mais au lieu d'employer ce simple courant il est mieux de s'en servir pour l'introduction électrolytique de substances analgésiantes. La meilleure en l'occurence est l'azotate d'aconitine. On fait alors de l'ionisation médicamenteuse. Seulement certaines précautions sont à prendre, certaines règles à suivre pour que le médicament pénètre à travers les téguments dans de bonnes conditions. Tout d'abord il faut que la peau où seront placés les électrodes soit absolument propre et surtout exempte de graisse : on arrive à ce résultat en lavant à l'éther la surface cutanée où seront posées les électrodes. Celles-ci seront faites de plusieurs épaisseurs de gaze longuement rincées dans de l'eau distillée afin d'éliminer les ions parasites. On versera sur une électrode une solution d'azotate d'aconitine (1/4 de mmg. pour 125 grammes d'eau distillée). Cette électrode sera reliée au pôle positif et placée sur le bras. L'autre électrode simplement mouillée sera placée sur la nuque et le cou et reliée au pôle négatif. On fera passer un courant de 4 à 5 mA pendant une demi-heure. On unira ainsi l'action sédative du pôle + à l'action analgésique de l'aconitine. Cette méthode permet une sédation des douleurs très rapide qui devient définitive au bout d'un certain nombre de séances. Lorsqu'on a fait une douzaine de séances, il faut suspendre le traitement ; l'amélioration n'apparaît parfois qu'une semaine ou deux après la suspension des séances.

Puisque nous sommes dans la région de l'épaule je veux dire quelques mots du traitement électro-radiologique des péri-arthrites de cette articulation. Ces péri-arthrites peuvent être d'origine traumatique ; elles sont le plus souvent d'origine indéterminée qu'on étiquette rhumatismale, les douleurs en sont vives : douleurs au moindre mouvement, et particulièrement aux mouvements d'abduction et d'élévation du bras, de sorte que les malades s'ankylosent rapidement en évitant tout mouvement qui chacun réveille une souffrance. La pression de la tête humérale, de l'acromion et surtout de la gouttière bicipitale sont extrêmement douloureuses. On trouve souvent radiologiquement des calcifications ou de la bourse séreuse sous-deltoïdienne ou de la capsule elle-même. Le vrai traitement de ces péri-arthrites douloureuses est l'association de la radiothérapie et des agents thermogènes : infra-rouges ou ondes courtes, ou diathermie. Mais si vous n'avez à votre disposition que le matériel peu encombrant que peut posséder tout praticien, une lampe à infra-rouges et une batterie galvanique, vous pouvez eucore très bien réduire ces douleurs. Vous faites le matin une séance d'irradiation infra rouges dirigées sur l'épaule. Le soir une ionisation double d'iodure de potassium et de chlorure de calcium. Pour cela vous mettez une électrode imbibée d'une solution d'iodure de potassium à 10 pour 1.000 sur la face postérieure de l'épaule et vous la reliez au pôle négatif ; une seconde électrode imbibée d'une solution de chlorure de calcium à 10 pour 1.000 et reliée au pôle positif est appliquée sur la face antérieure de l'épaule. Le tout est maintenu en place par une bande de caoutchouc. Vous faites alors passer 4 à 5 mA pendant une demi-heure : pas davantage car vous auriez des picotements et même des brûlures de la peau avec une intensité plus forte. Faites comme je vous l'ai indiqué six séances consécutives, puis six séances avec un jour d'intervalle entre chacune d'elles. Et trois semaines de repos pendant lesquelles vous continuerez les infra-rouges. Les douleurs cèdent habituellement dans un délai de un mois à un mois et demi.

Si le malade a fait du rhumatisme articulaire aigu, s'il s'agit d'un rhumatisme sub-aigu, il faut remplacer l'iode et le calcium par le salicylate de soude à 10 pour 1.000 ; l'électrode salicylée étant reliée au pôle +.

S'il s'agit d'une attaque de goutte l'électrode appliquée sur l'articulation reliée au pôle sera imbibée d'une solution de salicylate de lithine.

Tout ce qui précède se rapportant à la péri-arthrite scapulo-humérale peut bien entendu être appliqué à toutes les autres articulations souffrant d'un rhumatisme subaigu chronique.

Il est une atteinte articulaire un peu spéciale qu'il faut bien connaître parce qu'elle constitue elle aussi une indication majeure de l'électro-radiologie ; c'est le rhumatisme gonococcique. Vous savez qu'il est habituellement mono-articulaire, frappant le genou, le coude, le poignet, l'épaule, qu'il passe par une période sub-aiguë fébrile, puis arrive très rapidement autant par la douleur aux mouvements que par les adhérences synoviales à l'ankylose fibreuse et l'atrophie musculaire. Il faut d'emblée appliquer à la fois la radiothérapie et les agents thermogènes, ondes courtes, diathermie, infra-rouges. Ceux-ci seront appliqués tous les jours. La rœntgenthérapie se fera par séances espacées de quatre à cinq jours avec portes d'entrée antérieure et postérieure petites doses de rayons moyennement pénétrants, série de six à huit séances espacées d'un mois.

Tout ceci n'empêche pas le vaccin antigonococcique, mais c'est l'électro-radiologie seule qui arrêtera les processus inflammatoires locaux et résoudra les infiltrats. Si le malade est intransportable on pourra remplacer les rayons X par un appareillage externe de curiethérapie. On moule l'articulation dans une plaque de pâte Colombia de 1 cm. d'épaisseur ; on y fixe des tubes de 10 mmg. de Rae filtrés à 2 mm. de PL placés de 3 cm. en 3 cm. et en quinconce : on laisse l'appareil en place pendant 24 heures ; on peut faire une nouvelle pose semblable au bout de trois semaines. Dès que la période aiguë est terminée, on peut commencer la mobilisation qui sera grandement facilitée par de longues applications de rayons infrarouges précédant la kinésithérapie.

Une autre manifestation blennorragique douloureuse est la talalgie accompagnée ou non d'ostéophytes du calcanéum et rendant la marche insupportable. Cette talalgie blennorragique ne cède qu'à la radiothérapie, rayons X ou curiethérapie, appliqués comme il vient d'être dit plus haut mais dirigés sur le talon. On y associe avantageusement la diathermie ou les ondes courtes. Les douleurs diminuent dès les premières séances et disparaissent en trois semaines environ.

La talalgie n'est d'ailleurs pas toujours blennorragique ; elle est quelquefois un signe de début d'artérite. Dans ce cas elle cédera encore aux rayons X mais non plus à une irradiation locale, mais en irradiant soit le plexus sympathique du creux poplité, soit celui du triangle de scarpa.

Les *douleurs des artérites* confirmées, avec ou sans gangrène, sont aussi remarquablement améliorées, d'une façon à peu près constante par les irradiations des plexus sympathiques des carrefours vasculaires et des renflements cervicaux ou lombaires. On irradie ces régions largement avec des rayons peu filtrés, des doses faibles, 100 à 200 r, répétés quatre à cinq fois à cinq ou six jours d'intervalle.

Dans un autre ordre d'idées, les douleurs déchirantes que provoque l'occlusion intestinale sont levées avec la cause par le lavement électrique. Il faut qu'il n'existe ni volvulus, ni torsion, ni péritonite aiguë ; mais dans tous les autres cas, l'iléus paralytique des vieux constipés, des accouchées, des myopathiques, des intoxiqués (plomb et morphine), des lithiasiques, le lavement électrique doit toujours être mis en pratique. Chaque médecin devrait en connaître la technique : on place une grande électrode sur l'abdomen, on la relie au pôle de la batterie galvanique. On place dans le rectum une sonde spéciale qui permet à la fois l'introduction d'eau salée par lavement et contient une électrode métallique qu'on relie au pole +. On fait passer environ un litre d'eau très salée, puis

sans interrompre ce lavement, en modérant seulement le débit, on fait passer le courant augmentant progressivement l'intensité jusqu'à 30 ou 40 mA ; puis on redescend progressivement à l'intensité 0 ; on renverse le courant et on augmente l'intensité jusqu'à 30 ou 40 mA ; cette manœuvre est recommencée toutes les cinq minutes. Au bout d'un quart d'heure, on fait quelques mouvements de renversement de courant plus rapides. La séance dure en tout vingt minutes. Il ne faut pas tenir compte des besoins de défécation manifestés par le malade dès le début de la séance. Le vrai besoin se manifeste après la séance, immédiatement après, mais parfois avec un intervalle de quelques heures. On peut recommencer un nouvel essai huit heures après le premier si on n'a pas obtenu le résultat de soulagement recherché, ce qui est rare. Bien des douleurs atroces sont calmées et bien des opérations chirurgicales évitées par ce simple procédé.

Voici maintenant ce que j'appellerai quelques petites indications majeure de l'électro-radiologie des algies.

La verrue plantaire, affection insignifiante en apparence, mais qui torture ceux qui en sont atteints. Le meilleur traitement est l'application locale de rayons X : une seule dose de 3 à 400 r de rayons moyennement filtrés ; ou une application d'un tube de 2 mmg., de Rae placé à 2 mm. de la peau, filtré à 1 mm. de Pl et laissé en place pendant 48 heures. La douleur disparaît entièrement et définitivement au bout de quinze jours à trois semaines. S'il existe en même temps une bourse séreuse et qu'on soit obligé d'envisager l'exérèse, c'est encore l'électro-radiologie qui fournit le meilleur moyen de destruction : la diathermo-coagulation. Seulement le procédé est douloureux, il faut insensibiliser localement et l'escarre met un mois à s'éliminer et à se cicatriser.

La fissure anale, la fissure sphyntéralgique, qui rend neurasthéniques ceux qui en sont atteints, cesse d'être sensible dans 90 % des cas après cinq à six séances de haute fréquence intra-rectale. Dans les cas rebelles en une seconde on détruit la fissure elle-même par diathermocoagulation. L'opération est si rapide qu'il n'est pas nécessaire d'anesthésier. Cependant si la malade est pusillanime, c'est encore à l'électrolyse qu'on aura recours pour faire une anesthésie locale par ionisation à la carbaïne.

Le ténesme des hémorroïdes est lui aussi rapidement atténué par la diathermie intrarectale : on met dans le rectum une bougie de Hegar qui constitue une électrode reliée à une extrémité du solénoïde d'un appareil de diathermie ; l'autre borne est reliée à des électrodes jumelées, l'une abdominale, l'autre ventrale. On fait passer 800 à 1.000 mA pendant une demi-heure. L'action décongestionnante et antalgique se manifeste au bout d'une dizaine de séances.

La cure radicale des hémorroïdes avec tout leur cortège douloureux est aussi du ressort de la diathermocoagulation ; l'opération sous anesthésie générale dure seulement quelques secondes et le malade est mobilisable, sans pansements, dès le cinquième ou quatrième jour.

Les douleurs des cicatrices vicieuses, scléreuses, qui prennent dans leurs mailles fibreuses des terminaisons ou même des troncs nerveux, cèdent à l'ionisation à l'iodure de potassium. Il faut mettre l'électrode imbibée d'iodure de potassium sur la cicatrise elle-même la relier au pôle, et mettre l'électrode positive en regard, symétriquement. L'action sclérolysante de l'iode agit ainsi très localement et dégage le nerf comprimé.

Les radiodermites, aux douleurs si spéciales, si lancinantes, si tenaces ne cèdent également guère qu'aux moyens électro-radiologiques : soit des applications très longues de rayons infra rouges, soit la diathermo-coagulation des lésions.

Les douleurs post-zostériennes sont aussi du ressort de l'électro-radiologie. On sait que ces douleurs sont liées à une inflammation à la fois de la racine postérieure et du ganglion rachidien du nerf intéressé. C'est donc à ce niveau qu'il faut porter l'action anti-inflammatoire des rayons X. On donne donc sur la racine correspondante des doses de rayons X de 100 à 200 r renouvelées quatre à cinq fois à quatre ou cinq jours d'intervalle, avec toujours cette grande règle : doses d'autant plus faibles et moins rapprochées que la lésion est près de sa période aiguë.

Mais les succès ne sont pas absolument constants. Dans certains cas l'action du virus neurotrope a été assez forte pour détruire ou tout au moins léser les cellules soit du ganglion rachidien, soit de la racine postérieure, soit même de la corne postérieure. Dans ces cas, avant de tenter une cordotomie, c'est-à-dire la section chirurgicale des fibres conduisant la sensibilité douloureuse, il est bon de tenter l'ionisation à l'azotate d'acinitine. L'électrode imbibée de la solution d'azotate d'aconitine doit être placée sur la région douloureuse et repliée au pôle + de la source galvanique, l'électrode négative étant placée sur la région vertébrale correspondant au nerf atteint.

Dans tous ces cas pathologiques douloureux, l'électroradiologie joue un rôle de premier plan, le plus souvent irremplaçable.

J'en arrive maintenant aux indications mineures, là où l'électro-radiologie n'a qu'un rôle antalgique adjuvant ou palliatif.

C'est d'abord toute la gamme des douleurs qui sont liées au rhumatisme chronique de toute étiologie. Chaque fois qu'une articulation souffre, qu'elle soit gonflée ou non, ankylosée ou non, qu'il s'agisse d'une infection ou d'une diathèse, on se trouvera bien d'instituer à côté du traitement médicamenteux, un traitement électro-radiologique. Comme l'expérience a montré que tous les rhumatismes chroniques bénéficient de la chaleur, c'est aux agents thermogènes qu'on s'adressera. Diathermie, ondes courtes, séances d'infra-rouges dirigées sur les articulations douloureuses. On y adjoindra utilement soit la radiothérapie, soit l'ionisation ou même le simple courant continu. On fait encore de l'électro-radiologie lorsque dans ces cas chroniques, on a recours aux enveloppements de boue radio-active ou de produits paraffineux radio-activés. Dans ces cas on compte sur l'action analgésique des sels radio-actifs qui agissent par leur rayonnement total γ, β, α, Parfois aussi on injecte des produits radio-actifs en solution de thorium ou de mésothorium.

Puis il y a toutes les douleurs qui sont liées à un processus inflammatoire, soit aigu, soit plus fréquemment subaigu ou chronique. Dans cette catégorie se rangent les cholécystites, les périviscérites, les salpingites, les otites et sinusites, les orchites, les prostatites, enfin les anthrax et les furoncles.

Les douleurs des cholécystites chroniques sont du ressort de la diathermie, des ondes courtes, des rayons infra rouges, mais plus particulièrement de la diathermie ; on place une électrode large sur la région vésiculaire, une autre sur la région dorsale correspondant au foie et on fait passer 1.000 à 1.200 mA pendant une demiheure. Les séances sont d'abord quotidiennes, ensuite espacées d'un jour. Les malades sont souvent remarquablement soulagés par ce traitement

Pour les salpingites il est préférable d'employer les ondes courtes, à très petites doses de l'ordre de 50 watts qui ont une action à la fois sédative et résolutive assez rapide. On emploie aussi dans ces cas de petites doses de rayons X renouvelées toutes les semaines, mais les rayons X sont d'une manipulation délicate à cause des destructions folliculaires qu'elles peuvent entraîner chez des femmes jeunes qu'il est préférable de ne pas stériliser.

Pour les otites, les sinusites, les orchites, on peut employer soit la diathermie, soit les ondes courtes, soit plus simplement les rayons infra-rouges. Mais si vous tentez d'améliorer la tension douloureuse d'une sinusite par les rayons infra-rouges, il faut au préalable masquer les yeux par des tampons de coton imbibés d'eau, les rayons infra-rouges ont en effet une action irritative sur la ré-

ENTÉRO-PANSEMENT

DU Dr ZIZINE

PROTECTION, DÉSINFECTION DE LA MUQUEUSE INTESTINALE

Entéro-pansement
SIMPLE

DIARRHÉES DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT
COLIBACILLOSE ET SES COMPLICATIONS
MÉTÉORISME - ENTÉRITES DIVERSES
COLITES - SÉQUELLES DE DYSENTERIE

2

Entéro-Pansement à l'
IPECA

AMIBIASE - DYSENTERIES A PROTOZOAIRES
ET LEURS CONSÉQUENCES -
COLITES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES -
ENTÉRITES DES PAYS CHAUDS

FORMULES



MODE D'EMPLOI

ADULTES : 1 à 2 cuillerées à soupe par jour. *ENFANTS* : 1 à 2 cuillerées à café par jour.

LABORATOIRES
ZIZINE
24, Rue de Fécamp, Paris-12e

ÉDITIONS PAUL MARTIAL - PARIS

tine, il faut donc les absorber avant qu'ils ne parviennent à cet organe et l'eau est la matière qui absorbe le mieux les infra-rouges.

Les prostatites sont surtout du ressort des rayons X ; à faibles doses espacées ceux-ci calment très rapidement la tension périnéale et les douleurs irradiées.

Les anthrax et les furoncles sont aussi très soulagés et souvent avortent par une seule séance de rayons X à petite dose. C'est le traitement de choix en particulier des furoncles et anthrax de la face et en particulier de ceux de la lèvre supérieure qu'il faut absolument se garder de traumatiser d'une façon quelconque.

Par l'électro-radiologie vous soulagerez aussi très rapidement les entorses tibio-tarsiennes. Si vous vous trouvez devant une entorse très récente, dans les heures mêmes qui suivent, il faut faire une séance de faradisation trémulante avec une bobine à fil fin. On place une électrode de chaque côté de l'articulation, une sur la malléole interne, l'autre sur la malléole externe. On fait passer le courant avec une intensité supportable pendant dix minutes. La sédation des douleurs est parfois immédiate. On peut renouveler cette séance deux fois par vingt-quatre heures et le blessé recouvre l'usage indolore de son articulation en quarante huit heures. A la condition bien entendu qu'il n'y ait pas de lésion osseuse. Si l'entorse date de un ou deux jours, il est préférable d'avoir recours au courant continu ; les électrodes sont placées de la même façon et on fait passer le maximum de courant supportable, de 10 à 15 mA pendant vingt minutes. Ces séances sont renouvelées tous les jours jusqu'à disparition des douleurs.

Le courant faradique par touches espacées réduit aussi très rapidement la ténobursite bicipitale, c'est-à-dire l'inflammation de la gaine du long biceps, qui se traduit cliniquement par l'impossibilité de faire certains mouvements et en particulier de porter la main à l'oreille opposée au côté douloureux. On place la main sur une électrode humide, et avec un tampon on excite le point moteur du long biceps, une dizaine d'excitations espacées. Dès la première séance si la forme clinique est pure on réduit considérablement ainsi la gêne douloureuse.

Les prurits sont aussi très rapidement soulagés par les rayons X. On traite par petites doses de rayons X ou de rayons de Bucky qui sont amortis dans le derme même, les prurits anaux et vulvaires dits essentiels. Les affreux prurits du lichen plan, ceux du mycosis fongoïde, le prurit férox, sont constamment améliorés par la radiothérapie.

Les douleurs liées aux tuberculoses ostéo-articulaires cèdent aussi soit à la radiothérapie, soit aux rayons ultraviolets. Le mieux est d'associer les deux thérapeutiques : rayons X locaux à petites doses espacées et bains généraux de rayons ultra-violets à doses progressives.

Il y a des myalgies qui sont particulièrement douloureuses. Citons le lumbago capable d'empêcher tout mouvement du tronc, le torticolis soit par atteinte du sterno-cleido-mastoïdien (tête tournée du côté opposé à la contracture et inclinée en avant et latéralement) soit par contraction du trapèze (tête tournée du côté opposé, penchée en arrière et du côté contracturé), la myalgie pectorale qui simule un point pleural, la parésie du long péronier latéral qui donne le pied plat valgus douloureux.

Une seule et longue séance de diathermie (petite électrode lombaire, grande électrode abdominale, forte intensité de 1.500 à 2.000 mA, durant une heure) peut faire disparaître immédiatement un lumbago.

Une séance de franklinisation avec étincelle nourries donnant à vrai dire une sensation désagréable pendant un quart d'heure peut faire disparaître une pleurodynie.

Le torticolis se traite par galvanisation du muscle contracturé ; à une période avancée par faradisation des antagonistes.

La parésie du long péronier latéral se traite par galvanisation et galvano-faradisation.

Dans toutes les myalgies traînantes d'origine rhumatismale ou traumatique, on se trouvera bien de l'ionisation à l'histamine. Electrode imbibée d'une solution de chlorhydrate d'histamine, reliée au pôle +, appliquée sur la région douloureuse, grande électrode — disposée symétriquement, 2 à 3 mA pendant un quart d'heure, jusqu'à réaction franchement érythémateuse ; ne refaire une seconde séance qu'après disparition de l'érythème, c'est-à-dire après trois ou quatre jours.

L'ionisation à l'histamine donne aussi de bons résultats, quoique inconstants dans la névralgie faciale, où l'on doit, ayant appliqué l'électrode positive imbibée de solution d'histamine sur l'hémiface douloureuse, donner de très petites doses ne dépassant pas 2/10 mA, mais en prolongeant la séance une demi-heure et même trois quart d'heure.

Les névralgies pelviennes testiculaires et ovariennes seront traitées par l'ionisation au $CaCl^2$; électrode positive imbibée de $CaCl^2$ entourant les bourses, ou placée sur la région ovarienne, électrode largement étendue sur la région lombaire : 1/2 à 1 mA pendant une demi-heure.

Les névralgies et névrites variqueuses seront traitées par le courant continu, l'électrode positive formant une véritable botte pour la jambe malade, l'électrode négative dorsale.

Les polynévrites toxiques (alcooliques, saturnines) seront toujours traitées avec succès par l'ionisation et la diathermie. Le mieux est de faire une ionisation double de KI et de $CaCl^2$.

L'électrode KI reliée au pôle — s'étend tout le long de la colonne vertébrale. Deux électrodes $CaCl^2$ reliées au pôle + et jumelées sont successivement posées sur les cuisses, sous les mollets, sur les bras. Dans l'intervalle des séances d'ionisation, diathermie généralisée, avec électrode dorsale très large, électrodes jumelées sous les mollets, puis sous les avants-bras, intensité 1.200 à 1.500 mA pendant une demi-heure. La durée du traitement, de deux à six mois, dépend de l'ancienneté et de l'étendue des lésions.

Je ne dirai que quelques mots des syndromes douloureux de l'angorpectoris. A la condition que le trouble fonctionnel domine les troubles lésionnels cardio-artériels on peut tout d'abord tenter les ondes courtes dirigées sur la région cardiaque, ou la diathermie dans le même sens. En cas d'échec on peut avoir recours à la radiothérapie qui s'adresse surtout aux plexus sympathiques aortiques et cardiaques. Ces moyens électroradiologiques doivent être mis en œuvre avec une extrême prudence, à très petites doses espacées.

Je vous ai parlé tout à l'heure des injections de thorium ou de mésothorium dans les douleurs du rhumatisme chronique. Elles réussissent particulièrement à cette forme de rhumatisme vertébral qu'on appelle spondylose rhizomélique et qui aboutit à une ankylose douloureuse d'un segment ou de toute la colonne vertébrale. On fait alors des injections intra-musculaires hebdomadaires de solutions de thorium ou de mésothorium dont la teneur varie de 100 à 300 microgrammes. Il faut faire les injections en plein muscle pour être certain qu'elles sont reprises entièrement et rapidement par la circulation générale. Si on faisait cette injection dans un endroit à circulation ralentie, comme un tendon ou une insertion musculaire on risquerait de voir se provoquer une nécrose qui est une véritable radionécrose au lieu même de l'injection.

J'espère vous avoir donné un aperçu de ce que pouvait l'électro-radiologie contre l'élément douleur. J'espère aussi vous avoir donné quelques notions assez simples et assez pratiques pour que vous puissiez sans difficulté les appliquer pour le plus grand bien de vos malades.

◆◆

FAITS CLINIQUES

Septicémies streptococciques Importance des infections préexistantes Guérison de quatre cas par la sérothérapie de H. Vincent

Par Charles MASSIAS

La septicémie streptococcique, la plus fréquente des septicémies humaines, est toujours très redoutable. L'infection streptococcique fut observée par Pasteur et Doléris dans l'infection puerpérale. Depuis on a reconnu que le streptocoque pouvait donner naissance à des localisations dans tous les organes.

La septicémie a pour condition la présence constante ou passagère du germe dans le sang, circulant avec ou sans formation de foyers métastatiques. Il est périmé d'opposer septicémie et pyohémie.

Le plus souvent le foyer d'essaimage est connu, il est une réserve d'agents microbiens, les foyers secondaires le deviennent à leur tour. Le danger provient des apports nouveaux et réitérés du germe véhiculé par le sang.

Souvent le streptocoque n'est pas en grande quantité dans le sang. En 1924, Boëz n'a trouvé que 23 à 25 colonies par centimètre cube de sang ensemencé. Le foyer local infecté entretient des décharges bactériennes, par exemple dans l'endocardite maligne, dans l'infection puerpérale. Il se produit ce que N. Fiessinger a appelé une « traversée bactérienne ».

L'hémoculture, pivot du diagnostic, sera faite de préférence en milieu solide de Boëz ou bien en quatre ou cinq ballons de 50 c. c. à 100 c. c. de bouillon-sérum, chaque ballon recevra une faible quantité de sang. Le streptocoque peut pousser tardivement, dans ce cas les bouillons d'hémoculture seront réensemencés chaque jour (H. Vincent).

Le streptocoque ne sécrète que des toxines solubles, peu actives. Il a un caractère antigénique peu prononcé, il a une « propriété spéciale d'adaptation au milieu sanguin » et de formation de « souches séro-résistantes » (H. Vincent). D'après Schottmüller, on distingue le streptocoque hémolytique, le plus fréquent, le streptocoque viridans, rencontré surtout au cours de l'endocardite maligne lente, le streptocoque putridus, anaérobie, isolé surtout dans les infections puerpérales.

Le streptocoque saprophyte des muqueuses nasale, buccale, pharyngée du tégument cutané, peut devenir pathogène. On sait qu'il peut être contagieux ; avant l'ère aseptique, il était très redouté.

Les traumatismes accompagnés d'attrition musculaire, les épanchements sanguins, une atteinte antérieure de la muqueuse par un autre microbe comme dans la diphtérie, une infection hétérogène préexistante créent une exaltation de la virulence du streptocoque. Une anergie viscérale d'un organe antérieurement lésé, surtout du foie, du rein, une forte hémorragie comme après un avortement ou un accouchement, un traumatisme favorisent la septicémie.

OBSERVATION I. — *Septicémie streptococcique, chez une femme opérée de rupture de grossesse tubaire, atteinte de pyélonéphrite à colibacillaires. Décès.*

Cette femme eut, quatre jours après la laporotomie, une septicémie à streptocoque hémolytique, avec anémie grave à 1.010.000 hématies, des phlébites multiples, une arthrite suppurée du genou droit. La mort survint après vingt-trois jours. Une forte hémorragie, le choc opératoire, une colibacillurie avaient favorisé la streptococcémie.

OBSERVATION II. — *Septicémie streptococcique chez une femme présentant une large déchirure périnéo-rectale, endocardite aiguë, hémiplégie droite, phlébite des veines iliaques et de la cave inférieure. Décès.*

Chez une jeune femme primipare, une application de forceps prématurée causa une déchirure périnéo-rectale. Nous vîmes la malade pour les accidents consécutifs : infection, vagino-utérine, périmétrite, phlébite double des veines iliaques et de la cave inférieure, endocardite mitrale aiguë, embolie et hémiplégie droite, ce fut le dernier accident qui entraîna la mort en deux semaines. L'hémoculture avait décélé le streptocoque hémolytique.

OBSERVATION III. — *Cystite et cervicite gonococciques, endocardite aortique ancienne, anémie grave, albuminurie, septicémie streptococcique, endocardite mitrale aiguë.*

Une femme enceinte de huit mois, atteinte d'endocardite aortique rhumatismale ancienne, présente des accidents d'insuffisance ventriculaire gauche aiguë. Elle a une cystite et une cervicite à gonocoques, une forte albuminurie, anémie à 1.200.000 hématies. Une streptococcémie à streptocoque hémolytique s'installe, une endocardite mitrale aiguë se greffe sur le cœur déjà malade, un accouchement prématuré survient, l'anémie progresse au taux de 800.000 hématies, la malade meurt après deux mois d'endocardite subaiguë.

OBSERVATION IV. — *Pyélonéphrite suppurée à staphylocoques, anémie, paludisme ancien, béribéri cardiaque aigu chez une femme enceinte, streptococcémie post-partum.*

Une femme, 3e pare, a une pyélonéphrite à staphylocoques dorés, vérifiés par culture, de la fièvre à 38°, une anémie à 1.250.000 hématies, une splénomégalie palustre, des accidents suraigus de béribéri cardiaque, orthopnée, bruit de galop présystolique, souffle systolique apexien, œdème, aréflexie tendineuse. Avec le forceps on retire un enfant vivant de 3 kgr. ; l'accouchement a été dramatique et n'a pu être supporté que sous l'effet de l'ouabaïne. Après une accalmie de quatre jours, une fièvre oscillante s'installe, l'hémoculture décèle un streptocoque hémolytique, la malade meurt en dix jours.

OBSERVATION 5. — *Plaies par coups de couteau du poumon droit, de l'estomac, de la région deltoïdienne droite, phlegmon disséquant du membre supérieur droit, streptococcémie. Décès.*

Un homme de 33 ans a une perforation gastrique près du pylore et de la petite courbure. Cette perforation est suturée et enfouie. De plus il a une plaie pénétrante du thorax dans le cinquième espace intercostal droit, une plaie qui atteint le muscle deltoïde droit. Cette plaie est excisée, antiseptisée avec la tochlorine, mis à plat. En deux jours apparaît au membre supérieur droit un phlegmon disséquent, s'étendant à tous les muscles, espaces aponévrotiques jusqu'aux doigts. La culture du pus, l'hémoculture, décèlent un streptocoque hémolytique. La mort survient en quatre jours.

La nécropsie permet de constater que la suture gastrique a bien tenu, la plèvre droite contient une très faible quantité de sang, les reins et le foie présentent des lésions dégénératives aiguës.

OBSERVATION VI. — *Fracture directe ouverte de l'occipital, lymphangite serpigineuse au dix-huitième jour, abcès multiples et streptococcémie, évolution lente. Décès*

Une femme de 56 ans, très maigre, sénile précoce, est atteinte d'une fracture ouverte de l'os occipital par coup de bâton. Le foyer est nettoyé, une esquille est enlevée, la dure-mère mise à nu, l'encéphale sous-jacent ne sont pas atteints. Le dix-huitième jour survient une lymphangite érysipélatoïde du cuir chevelu qui, par extensions successives, va gagner le cou, la face, les membres supérieurs, le thorax, en partie l'abdomen, les membres inférieurs. Par endroits se forment des abcès sous-cutanés : région deltoïdienne droite, paupière inférieure gauche, poignet droit, flanc droit. Dans tous ces abcès et dans le sang, streptocoque hémolytique.

Après une évolution à fièvre oscillante en clochers, la mort survient le quarantième jour. L'examen nécropsique a permis de vérifier une hépatite infectieuse aiguë, une néphrite glomérulaire et tubulaire dégénératives.

BIBLIOGRAPHIE

Les petites règles de la chirurgie parfaite, par J. Okinczyc. Un volume de 60 pages, 12 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre expose les règles méthodiques auxquelles toute chirurgie est soumise pour être parfaite.

Dans tout acte chirurgical, les plus petites causes peuvent engendrer de grands et redoutables effets ; rien ne doit donc être négligé pour assurer, dans le complet usage de nos moyens actuels, la plus grande sécurité possible des suites et la perfection des résultats.

L'habileté manuelle ne dispense pas des disciplines nécessaires. Leur rappel permettra au chirurgien d'éviter des négligences de technique et d'innombrables petites fautes susceptibles de compromettre le succès d'une opération, même si elle a été par ailleurs habilement exécutée.

La rate en pathologie sanguine, par E. Houcke. Un volume de 158 pages avec 20 figures, 45 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le problème des splénomégalies est plus que jamais d'actualité et les procédés récents d'investigation de la rate remettent en valeur les altérations du parenchyme splénique, surtout lorsque celles-ci ont pour conséquence des modifications de la formule sanguine. C'est principalement à l'étude de ces grosses rates que l'auteur s'est attaché au cours de ce travail.

Après quelques détails de technique histologique, les différentes réactions de la rate sont successivement envisagées. La réaction myéloïde est l'objet d'une étude d'ensemble. Elle est ensuite analysée au cours des myéloses leucémiques et aleucémiques, des anémies myéloïdes, de la maladie de Vaquez, de la tuberculose de la rate et de l'hémogénie. La réaction lymphoïde est également étudiée, principalement dans ses formes atypiques.

La place de plus en plus importante que prennent les modifications du système réticulo-endothélial dans le développement des splénomégalies, a permis à l'auteur de consacrer un important chapitre aux altérations réticulo-endothéliales dans la leucémie à monocytes, l'agranulocytose, les lipoïdoses généralisées et la lymphogranulomatose.

Dans le livre III, les réactions hématopoïétiques sont passées en revue, en particulier dans leurs rapports avec l'anémie pernicieuse et l'ictère hémolytique. La dernière partie est consacrée à l'histologie des infarctus, si fréquents en pathologie splénique, ainsi qu'à la maladie de Banti et aux syndromes voisins.

Cet ensemble de constatations, faites sur des rates en bon état de conservation, montre les enseignements cliniques, histologiques et thérapeutiques qu'il est possible de tirer de l'examen d'une rate pathologique.

Jean Calvin. — **Institution de la religion chrétienne.** Texte établi et présenté par Jacques Pannier. Collection « Les Textes français » ; 4 vol. in-8º, ne se vendant pas séparément. Prix : brochés : 120 francs. Société d'Edition « Les Belles Lettres », 95, boulevard Raspail, Paris.

Nouvelle édition de l'œuvre capitale — aujourd'hui introuvable — de Calvin. Pour la première fois, ce texte est accompagné d'un apparat critique permettant de suivre Calvin dans l'élaboration de son œuvre. Le tome I vient de paraître ; l'ouvrage sera complet au plus tard le 31 décembre 1936.

Manuel d'anthropologie culturelle, par Robert H. Lowie. Traduction par E. Métraux. Un vol. in-8 de la Bibliothèque scientifique, avec deux cartes et 37 planches, 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Il est peu de livres dont la nécessité se fasse sentir de façon aussi pressante que ce Manuel d'anthropologie culturelle du Professeur Lowie. L'ethnologie connait une vogue sans cesse croissante. Divers facteurs l'expliquent, entre autres la « grande montée des peuples de couleur », l'importance des questions coloniales, la lassitude des formes de pensées traditionnelles et la naissance d'un art nouveau. Mais ce qui a surtout contribué à donner une importance primordiale à cette science, c'est notre incertitude en face de l'avenir de la civilisation. Civilisation, culture, autant de mots chargés aujourd'hui d'une grande puissance affective. Or, la seule discipline qui puisse nous renseigner sur l'essence de ce phénomène complexe qu'est la civilisation, c'est l'ethnologie qui, de même que la biologie étudie le phénomène de la vie dans les infiniment petits, cherche à découvrir dans les sociétés simples, les tendances qui régissent la destinée de l'humanité. Aucun livre, mieux que celui-ci, n'exprime cette unité des problèmes humains à travers le temps et l'espace.

Ajoutons qu'il est d'une lecture à la fois facile et agréable. L'auteur est non seulement un grand savant mais un véritable écrivain. Chacun des chapitres qui montrent l'homme primitif en lutte avec la nature en vue de la dominer et pour accroître son emprise sur elle, se lit comme un récit d'aventures. La table des matières indique à quel point le Professeur Lowie a étudié toutes les questions de l'anthropologie culturelle, depuis les plus simples, les plus concrètes jusqu'au développement des idées morales des valeurs esthétiques et éthiques :

Culture, race et progrès. — La chasse, la pêche et la cueillette. — L'agriculture. — Les animaux domestiques. — Le feu, la cuisine et les aliments. — Les vêtements et les ornements. — Les maisons et les villages. — Les industries. — Commerce et moyens de transport. — Jeux. — L'art. — La guerre. — Le mariage et la famille. — Le clan. — Rang, étiquette et propriété. — Le gouvernement et les lois. — La religion et la magie. — La science et les connaissances.

Ces quelques exemples mettent en valeur l'importance des maladies préexistantes : rupture de grossesse tubaire et colibacillurie, endocardite ancienne, anémie et grossesse, pyélonéphrite staphylococcique, paludisme chronique, anémie chez une béribérique enceinte en état d'insuffisance cardiaque aiguë. Les lésions traumatiques associées, perforations gastriques et pulmonaires, la fracture du crâne chez une sénile précoce sont d'une grande importance. Les fortes hémorragies chez les femmes enceintes, soit par rupture de grossesse tubaire, soit par avortement prématuré, ont été une cause de déficience organique. Tous ces malades avaient des lésions viscérales chroniques dues surtout au paludisme.

La septicémie streptococcique a trouvé les conditions favorables à son établissement : anergies et déficiences viscérales, mauvaise défense leucocytaire, émonctoires et cœur insuffisants.

Pour aucun de ces cas nous n'avons eu la possibilité de les traiter par la sérothérapie.

En revanche, chez quatre autres malades, la sérothérapie avec le sérum antistreptococcique de H. Vincent fut possible, elle nous permit quatre guérisons.

OBSERVATION VII. — *Septicémie post-partum de la plus haute gravité, guérison par sérothérapie* (déjà publiée dans *Bull. Acad. de médecine*, 25 juillet 1933).

Une femme primipare présenta une septicémie *post partum*, contrôlée par l'hémoculture, avec complications multiples : périmétrite, néphrite, myocardite, érythèmes serpigineux. La sérothérapie, pratiquée le vingtième jour de la septicémie à la dose totale de 80 c. c. vint à bout de toutes ces manifestations.

OBSERVATION VIII. — *Adénophlegmon cervical streptococcique chez un enfant. Etat général très grave guérison par sérothérapie* (déjà publié dans *Bull. Acad. de médecine*, 25 juillet 1933).

Un enfant, après une amygdalite aiguë, présenta un adénophlegmon cervical profond à streptocoques, de la plus haute gravité. La sérothérapie amena une guérison rapide.

OBSERVATION IX. — *Lymphangite du membre supérieur gauche, à poussées successives, sérothérapie, abcédation, guérison.*

Une lymphangite, consécutive à une piqûre insignifiante d'un doigt gauche, envahit de proche en proche tout le membre supérieur gauche, pendant trois semaines provoque un œdème dur, rouge, engainant avant-bras et bras, avec fièvre oscillante. En quatre jours le sérum antistreptococcique de H. Vincent (trois fois 60 c. c.) amène la disparition de l'œdème, de la douleur, de la fièvre, un abcès de la face interne du bras, dans le pus, streptocoques vérifiés par culture.

OBSERVATION X. — *Lymphangite du membre inférieur, état grave, fièvre oscillante, septicémie, sérothérapie, guérison.*

Un malade éthylique, insuffisant hépatique, à la suite d'une plaie traumatique de la jambe, fait une lymphangite du mollet et de la cuisse avec adénite inguinale, état général grave, fièvre oscillante, septicémie streptococcique, 130 c. c. de sérum amènent la cessation de la fièvre et de la lymphangite.

H. Vincent a réuni dernièrement 310 cas de septicémie et de méningite à streptocoques, avec les complications les plus graves : phlegmon de l'orbite, myocardite, péricardite suppurée, endocardite, néphrite, péritonite, pleurésie, abcès du cerveau, etc... Le nombre des guérisons a été de 252, 81, 30 % des malades, celui des décès de 58, 18,70 %.

La précocité de la sérothérapie est indispensable : 85, 55 % des septicémies d'origine otitique ou rhinopharyngée ont guéri, 64 % des méningites otitiques et traumatiques.

La sérothérapie de H. Vincent a considérablement amélioré le pronostic des septicémies streptococciques dont, avant elle, le traitement était extrêmement décevant.

Le traitement chirurgical lui sera associé pour atteindre le foyer initial, drainage large, exérèse, si elle est réalisable.

BIBLIOGRAPHIE

G. ANDRIEU. Les streptococcies, étude épidémiologique. *Rev. Médic. française*, oct. 1935.

ARLOING, DUFOURT, LANGERON. Rapport Congr. de médecine, 1927.

BURNET et WEISSENBACH. Classification des streptocoques. *Bulletin Institut Pasteur*. 1918, p. 657.

GASTINEL et REILLY. Rapport Congrès fr. médecine, 1927.

DE GENNES. Les septicémies streptococciques. *Progrès Médical*, 4 nov. 1933.

GERMAIN. De la thérapeutique de l'infection générale streptococcique. *Rev. de chirurgie*. LII, n° 6, juin 1933, pp. 423-458.

LAVERGNE (de). L'infection streptococcique. *Ann. d'Hyg*, 1923, p. 205.

A. LEMIERRE et N. DESCHAMPS. Septicémies streptococciques. *Journ. méd. français*, avril 1925, p. 122.

SÉDAILLAN. Streptocoques hémolytiques pathogènes pour l'homme. Thèse de Lyon, 1925.

H. VINCENT. C. R. Acad. Sciences, 27 mai 1929, Ac. Méd., 5 mai 1931, 22 mars 1932, 19 avril 1932, 22 mai 1934. Ac. Sciences, 21 octobre 1935.

(Pour la bibliographie relative à la sérothérapie).

ENDOCRINOLOGIE

A propos de l'examen des états thyroïdiens

L'endocrinologie est à la mode : dans les annuaires médicaux, on voit, après le nom de nombreux confrères, la mention *Endocr.* comme indiquant leur spécialisation ; d'autre part, les clients incriminent volontiers le mauvais fonctionnement de leurs « glandes ». Par ailleurs, à travers le monde entier, nous assistons à tout un magnifique essor de recherches physiologiques sur les glandes endocrines.

Est-ce à dire que nos connaissances cliniques et nos velléités thérapeutiques aient une précision imbattable ? En vérité, notre bagage clinique est mince et l'excellent livre de PARISOT et RICHARD paru en 1923 comporte des réserves qui restent à peu près entières. Quant aux recherches de laboratoire appliquées à la clinique, pour intéressantes qu'elles soient, elles ne donnent pas toujours satisfaction.

Il est, d'ailleurs, difficile de s'entendre sur la nature des maladies observées : suractivité ? insuffisance ? Ce sont des mots vite prononcés. Mais en faire la preuve est souvent malaisé.

Pour parler de suractivité, il faut constater un excès de sécrétion dans le sang ou dans les excrétions. A défaut de ce test absolu, il faut constater l'excès d'une réaction physiologique causée par la sécrétion interne de l'organe envisagé ; mais la valeur de cette méthode est moindre, car il y a souvent similitude d'action exercée par les glandes diverses.

Et puis, souvent, le tableau clinique du sujet envisagé résulte d'un mélange de suractivité et d'insuffisance, d'une réaction désordonnée du type *hyper* destiné à pallier à une *hypo*. Et, du fait de ce mélange, l'interprétation du cas devient délicate. D'autres suractivités semblent résulter de ce qu'une glande est « emballée ». D'autres, encore, proviennent de ce qu'une glande étant supprimée, les autres se mettent en quatre pour la suppléer : c'est l'histoire de la thyroïde, de la surrénale, etc., après que la ménopause a supprimé l'ovaire, — ainsi que je l'ai exposé dans ma *Physiologie gynécologique* et dans le *Traité de physiologie* de ROGER et BINET.

Ces réserves faites, il n'en est pas moins vrai que tout signe certain — et j'ajouterai tout signe de constatation facile — est infiniment précieux. Aussi faut-il beaucoup

louer ROGER LAMY (1) pour l'excellente mise au point qu'il vient de nous donner sur le test électrique de l'angle d'impédance, utilisant les travaux du Prof. STROHL, de LUEG, et ceux de Mrs BRAZIER, sans préjudice d'une importante contribution personnelle électrologique et clinique.

Au début du siècle, la clinique nous fit connaître deux états opposés : d'une part, les myxœdèmes classiques et les petites insuffisances thyroïdiennes génialement campées par LÉOPOLD-LÉVI (dont on peut commencer à reconnaître le mérite) et, d'autre part, l'hyperthyroïdisme dont le type est la maladie de Basedow, mais dont les formes mineures sont nombreuses.

Or, quand je suivais la conférence d'internat de CASTAIGNE, celui-ci, dans une de ces questions prestigieuses dont je garde le souvenir émerveillé, celui-ci, dis-je, dès la définition même, ajoutait aux quatre signes cardinaux de la maladie de Basedow et, sur le même plan que ces quatre signes, la diminution de la résistance électrique. Ces années dernières, est venu s'ajouter despotiquement la recherche du métabolisme basal. Aucun signe ne comptait que celui-ci. Et tel ou tel Français, tel ou tel Américain refusait de parler d'hyper ou d'hypothyroïdisme quand il n'y avait pas exagération ou abaissement du métabolisme basal.

On commence à en revenir. Il était forcé que l'on en revienne. Car l'hyperthyroïdisme est variable, sans doute suivant qu'il est primitif ou réactionnel et pour d'autres raisons peut-être.

Et voici que revient cette notion de *résistivité* dont je parlais tout à l'heure d'après mes souvenirs de candidat à l'internat et que VIGOUROUX présentait à la *Société de Biologie* dès 1878, puis dans notre *Progrès Médical*. Cette résurgence est due à une Anglaise, Mrs BRAZIER, qui, dans la *Lancet*, en 1933 et 1934, s'est appesantie sur la valeur de ce signe. Mais la résistance seule ne permet pas de fonder une méthode de diagnostic, car elle varie, d'un sujet à l'autre, dans des proportions importantes, et c'est le mérite de Mrs BRAZIER et de M. LAMY d'avoir fait intervenir la notion *d'impédance*.

Les électriciens nomment impédance la résistance apparente que rencontre un courant alternatif en passant dans un circuit complexe contenant self et capacité. L'impédance peut se déterminer en construisant un triangle rectangle dont un premier côté de l'angle droit est la résistance p. p. d. et l'autre côté est la réactance calculée en fonction de la self, de la capacité et de la fréquence : le troisième côté donne l'impédance.

Mrs BRAZIER a nommé *angle d'impédance* l'angle entre la réactance et l'impédance. Pour une plus grande commodité, on utilisera un chiffre nommé *coefficient d'impédance*. Nous renvoyons à l'excellent travail du Docteur LAMY pour la discussion physique de ce coefficient.

Ce coefficient d'impédance est constant d'une personne bien portante à une autre. Le chiffre normal, chez les hommes, est de 155 alors que, chez les femmes, il est plus bas à 128. L'enfant qui est en hyperthyroïdie physiologique a un chiffre élevé, comme l'est le chiffre de son métabolisme basal.

Le coefficient d'impédance ne varie pas avec les émotions, avec la menstruation, avec la digestion, avec les contractions musculaires. Il est inutile de faire jeûner ou d'imposer le repos avant l'examen.

L'hyperthyroïdie augmente le coefficient d'impédance de 20 à 60, *l'augmentation semblant en rapport direct avec l'importance de l'hyperthyroïdisme*. Le goitre simple ne le modifie pas. Le myxœdème le diminue de 30 à 40. La thyroxine l'augmente. La méthode diathermique de FERRIER le modifie dans le sens de l'augmentation chez les myxœdémateux et dans le sens de la diminution chez les hyperthyroïdiens.

(1) Roger LAMY. Le test électrique de l'angle d'impédance. Thèse de Paris, 1935, Blondel la Rougery, éd.

Il faut lire le beau travail de ROGER LAMY et il faut se familiariser avec l'emploi de sa méthode.

Est-ce à dire qu'elle résume toute la pathologie thyroïdienne ? Ceci est peut-être à discuter. VAN RAVENSWAAY, HERTY et THORN considèrent que l'angle d'impédance reste fixe alors que le métabolisme varie sous l'influence du traitement opothérapique (1). Mais est-ce un reproche ? Je n'en suis pas sûr. Angle d'impédance et métabolisme traduisent deux réactions différentes de l'organisme au fonctionnement thyroïdien et à ses anomalies. C'est à nous d'interpréter pourquoi ils divergent ou pourquoi ils s'accordent et quelle leçon il faut en tirer.

Je connais d'autres signes sur lesquels je serai forcé de m'expliquer un jour et qui me donnent des renseignements précieux sur le bilan physio-pathologique de mes patientes ; car j'observe souvent, au cours de maladies gynécologiques, des états thyroïdiens très divers (2). Et je ne suis pas seul à m'être créé de « petits signes ». Or c'est sur tous ces signes qu'il faut se fonder pour « individualiser » les cas soumis à notre observation. La maladie de Basedow est un schéma et chaque cas particulier y apporte des éléments divers qu'il nous faut dissocier, cette dissociation ayant un grand intérêt thérapeutique ; car tout le traitement des états thyroïdiens ne se borne pas à prescrire de l'hémato-éthyroïdine ou de l'iode dans les cas *hyper* et de l'extrait thyroïdien dans les cas *hypo*.

Au total, il n'est pas une méthode d'examen, il n'est pas un signe clinique, il n'est pas une réaction dont il faille faire fi dans l'examen d'un sujet atteint d'une affection endocrinienne. C'est par cette obstination dans la recherche des moyens d'investigation qu'on pourra édifier une meilleure clinique des glandes à sécrétion interne. En ce qui concerne le corps thyroïde, la méthode de BRAZIER-LAMY semble bien constituer une très intéressante acquisition.

Henri VIGNES.

REVUE DE PRESSE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE

Pharmacologie

Le camphosulfonate d'émétine est un nouveau sel qui remplace avantageusement le chlorhydrate pour les raisons suivantes :

1° Parce que l'action déprimante de la base se trouve partiellement neutralisée par l'action stimulante du radical.

2° Parce qu'il est, pour un tiers, moins toxique que le chlorhydrate.

3° Parce qu'il est mieux toléré par les malades et détermine une réaction locale moins intense.

(C.-A. Grau. Un nouveau sel d'émétine : le camphosulfonate d'émétine. *Bulletin des Sciences Pharmacologiques*, août-septembre 1935.)

La notion de café sans caféine revient à G. Bertrand, qui signala en 1902 que le *Coffea Humblotiana*, de la Grande Comore, ne contenait pas trace de caféine ; malheureusement les graines renferment une substance amère, la *cafamarine*, dont on ne peut les débarrasser entièrement par la torréfaction ; il en résulte que leur infusion possède une saveur assez désagréable.

(1) RAVENSWAAY, S. HERTY et G.-W. THORN. Clinical Evaluation of Impedance Angle, meeting annuel de *l'Association for the study of internal secretions*, 11 juin 1935.

(2) H. VIGNES. Nervosisme thyroïdien et troubles gynécologiques. *Physiologie gynécologique et Médecine des femmes*, 1929, p.

Le véritable inventeur du café décaféiné serait L. Roselius, qui fonda, à Brême, une société par actions pour le commerce et l'utilisation de ses brevets. Le procédé d'extraction s'adresse aux grains verts, dont la torréfaction est facilitée par l'emploi de la vapeur sous pression.

Le premier procédé industriel de fabrication du café décaféiné a été élaboré en 1907 par Wimmer et Meyer, de Brême

Le premier café décaféiné fut livré au public à Brême en 1912.

Voici un petit point d histoire fixé.

(A. Guillaume et Ch. Lefranc. Note sur l'origine du café décaféiné. *Bulletin des Sciences Pharmacologiques*, juin 1935.)

Au XVIIe siècle les apothicaireries des grandes villes et des couvents opulents faisaient l'admiration des étrangers ; elles servaient de lieux de réunion pour les savants et même de salons pour les élégantes.

Le monastère parisien des Feuillants avait une salle longue de 15 pieds et large de 9, entourée d'armoires dont l'entablement, chargé de beaux vases, reposait sur des Cariatides sculptées; il y avait des bas-reliefs représentant des guérisons miraculeuses et de riches tapisseries.

L'apothicairerie de Mathieu-François Geoffroy comportait plusieurs salles ouvrant sur la cour d'un bel hôtel de la rue Bourg-Thibourg ; de chaque côté de la porte cochère on avait creusé des niches contenant de grands vases de cuivre.

(Ox. L'officine au siècle de Louis XIV. *Annales coopératives pharmaceutiques*, octobre 1935.)

Voici en quoi consiste la « petite médecine de comptoir » que les médecins reprochent aux pharmaciens belges.

« C'est le client qui fait la consultation. Avec la conception puérile qu'il a de la maladie et de la thérapeutique, il demande un remède à sa façon. Vous pourrez essayer de le dissuader de se soigner lui-même, c'est tout au plus si vous ne devenez pas l'objet de sa commisération apitoyée, parce que vous n'acceptez pas ses théories insanes. Dame, il a chez lui un Larousse, ou il a lu la chronique médicale de son quotidien, ou le voisin lui a dit que c'est un remède souverain pour toutes les maladies du genre, ou un quelconque médicastre, qui a lu Raspail ou la brochure d'un spécialiste, lui a donné une recette infaillible.

« Pour faire la part du feu, pour éviter le pire, le pharmacien manœuvrera aux fins de rendre au moins anodine et sans danger la potion qui lui est demandée. Il sait parfaitement que c'est tout ce qu'il pourra en l'occurrence, sous peine de voir le client aller essayer d'imposer ailleurs ses exigences ridicules

« Ce n'est qu'après l'échec de sa formule souveraine qu'on parviendra à l'orienter vers le médecin. Rien de têtu et de stupidement buté comme l'analphabète en médecine qui se croit la science infuse. »

(J. Breugelmans. Médecin et pharmacien. *Journal de Pharmacie de Belgique* ; reproduit dans le *Scalpel* du 19 octobre 1935.)

La spécialisation gagne la pharmacie, puisqu'il est question de créer un certificat d'aptitude à la phytopharmacie.

Le phytopharmacien est le pharmacien, qui, par des études spéciales, est devenu capable d'identifier les parasites végétaux (mildiou, oïdium black-rot, etc.), les parasites animaux (anguillules, arachnides), les insectes ravageurs (altises, eudémis, cochylis, doryphore, anthonome).

Il est instruit des moyens de lutte préconisés contre les animaux déprédateurs et les champignons.

Il a à se préoccuper de la détention et de la conservation des produits insecticides et anticryptogamiques.

Il organise la lutte et fait la propagande nécessaire afin de décider les routiniers et les récalcitrants.

Pour atteindre un résul at effectif il s'occupera de rechercher le meilleur appareillage ; son intérêt sera de s'associer, dans les villages, avec un mécanicien.

« En somme, la phytopharmacie bien comprise doit devenir une nouvelle branche de l'activité du pharmacien de campagne, en lui procurant, avec un bénéfice très modeste, il est vrai, une considération personnelle non négligeable de ses clients.

« Comme jadis, il redeviendra l'homme de science modeste que l'on consultera fréquemment ; il grandira en considération et il aura la légitime fierté de concourir au progrès pour la plus grande satisfaction des hommes de terre assurés d'avoir auprès d'eux un conseiller éclairé et attentif à leurs besoins journaliers.

(Em. Perrot Comment organiser la phytopharmacie. *La Pharmacie française*, octobre 1935.)

Les substances dangereuses sont énumérées dans le tableau C.

S'il n'y a pas destination curative, leur vente est libre ; aucune formalité n'est imposée aux vendeurs. Il est simplement prescrit de les tenir séparés des produits anodins et de revêtir les récipients d'une bande verte portant le mot *dangereux*.

Ces règles ne sont pas observées rigoureusement dans le commerce de détail. Droguistes, épiciers, marchands de couleurs oublient de les appliquer, ce qui entraîne, surtout dans les milieux ruraux et ouvriers, des méprises lamentables, parfois mortelles,

De plus ces substances dangereuses ont des synonymes, ce qui vient encore compliquer les choses.

(J. Bosviel, E. Dufau et L.-G. Toraude. Du danger des synonymes employés dans le commerce des substances dangereuses. *Bulletin des Sciences pharmacologiques*, juillet 1915 et *Bulletin de l'Asssciation générale des Syndicats pharmaceutiques*, octobre 1935.)

Formulaire

1° Poudre pour insufflation dans l'oreille.

Iode	0 gr. 30
Acide borique	30 grammes

(*Practitioner*, 11/35.)

2° Sirop de gaïacol composé.

Sulfogaïacolate de potasse	10 grammes
Eau	50 grammes
Sirop d'orange	100 grammes
Teinture d'orange	5 grammes

C'est un *Ersalz* destiné à remplacer la préparation originale d'un prix trop élevé.

(*Wiener medizinische Woschenschrift*, n° 19, 1935.)

J. LAFONT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 février 1936

Atélectasie pulmonaire suraiguë par hémoptysie. — *MM. P. Carnot* et *Lafitte* rapportent un cas d'atélectasie pulmonaire suraiguë avec hémoptysie ayant entraîné une énorme rétraction thoracique avec dextrocardie. Les auteurs discutent le mécanisme de l'atélectasie dans ce cas d'obstruction brutale de la bronche par un caillot.

Du rôle de l'atélectasie pulmonaire dans la collapsothérapie des cavernes tuberculeuses. — *M. Navan* (Amélie-les-Bains).

Sur les formes cliniques de l'atélectasie pulmonaire. — *M. L. Saze* (Barcelone) montre comment les investigations cliniques et radiologiques aidées par l'exploration au lipiodol, la détermination de la pression intrapleurale, le pneumothorax, la bronchoscopie et la pleuroscopie lui ont permis d'observer les formes ci-dessous indiquées d'atélectasie pulmonaire :

1° Aiguë, après une injection de lipiodol, après une grande hémoptysie ou dans la période post-opératoire chez les opérés par voie abdominale, on observe l'atélectasie totale. Dans d'autres cas, l'atélectasie est lobaire avec signes cliniques de processus de type grippal ;

2° Chronique, irréductible, totale ou lobaire. Dans des poumons bronchiectasiques ou des poumons polikystiques, l'auteur a constaté l'obstruction de la bronche principale ou de la bronche souche du lobe inférieur pendant quatorze et dix ans, et dans un cas d'atélectasie totale après hémoptysie dans la tuberculose pulmonaire, pendant douze ans. Dans d'autres cas, ce syndrome est constaté après épisodes bronchitiques de moyenne intensité mais durables et l'atélectasie a été obser-

vée pendant cinq et sept ans. Cette forme s'observe aussi consécutivement au cancer endobronchique ou dans les cas de compression par tumeurs bénignes, anévrysmes, etc...

3° Chronique à évolution lente au cours de la primo-infection tuberculeuse de l'enfant ou du jeune adulte par compression des bronches par grosses adénopathies.

4° Récurrente ou migratrice par désobstruction temporaire des lobes atélectasiques, dans la bronchiectasie, dans des cas de tumeurs endobronchiques ;

5° Associée à la pneumonie, la pleurésie ;

6° Partielle ou mineure, formes observées après hémoptysie d'origine tuberculeuse ou traumatique avec signes parenchymateux très localisés ou non, mais sans adopter la forme d'ombre lobaire, avec élévation importante du diaphragme, déviation du médiastin et de la trachée qui peut persister après la disparition de l'image pulmonaire. Cette forme serait due à l'obstruction des petites bronches associée à un facteur réflexe ou spastique ;

7° Réflexe observé après une pleuroscopie, après avoir touché une adhérence sans la sectionner, après une émotion, chez un enfant avec crises d'asthme sans aucun élément infectieux associé, et chez qui l'on put observer l'apparition d'une atélectasie lobaire, etc...

L'atélectasie est un syndrome précoce dans les maladies broncho-pulmonaires. Plus le poumon est malade ou détruit, moins l'on observe le syndrome qui paraît résulter de la conservation du tonus musculaire et nerveux du poumon. L'atélectasie qui peut résulter de causes uniquement endo ou exobronchiques est très souvent d'origine associée. Le rôle des éléments nerveux dans l'atélectasie doit être précisé au cours de nouvelles recherches. L'importance de l'atélectasie est considérable pour le diagnostic et le traitement des maladies respiratoires.

Le diagnostic de l'atélectasie pulmonaire. — *MM. Emile Sergent, R. Kourilsky, H. Durand, M. Racine* et *Turiaf* montrent que la difficulté du diagnostic peut tenir à trois causes observées par ces auteurs :

1° Il existe des images radiologiques dues à la symphyse rétractile et simulant une atélectasie ;

2° On trouve parfois des images radiologiques simulant le rétrécissement hémithoracique par sclérose rétractile et lié à l'atélectasie ;

3° Dans certains cas enfin, on trouve associées chez un même malade sclérose rétractile et atélectasie.

L'atélectasie pulmonaire expérimentale. — *MM. Raoul Kourilsky* et *Pierre Anglade* ont cherché à préciser par expérimentation chez le chien les bases cliniques, radiologiques et évolutives de l'atélectasie pulmonaire. Celle-ci a été réalisée par obstruction bronchique avec des corps étrangers, par occlusion bronchique au moyen d'une ligature, enfin par mécanisme nerveux.

Ils ont établi les points suivants : 1° le premier symptôme de l'atélectasie est la perturbation mécanique médiastino-phréno-pariétale ; d'importance variable selon le degré de l'occlusion et corrélative de l'augmentation de la pression pleurale négative ; 2° ces troubles mécaniques devancent de plusieurs heures l'opacité radiologique à laquelle concourt, outre la résorption de l'air alvéolaire, une vaso-dilatation intense du parenchyme ; 3° l'atélectasie réalisée aseptiquement est un état inerte du poumon qui peut se reperméabiliser après des mois ou persister sans entraîner ni infection ni sclérose cicatricielle ; 4° l'occlusion des bronches de seconde division n'entraîne pas d'opacité radiologique nette ce qui fait qu'on ne peut considérer les images radiologiques fugaces observées en clinique comme des atélectasies pures localisées et exclusives ; 5° l'atélectasie par mécanisme nerveux est très difficile à réaliser ; les auteurs en citent un cas obtenu par hasard au cours d'une piqûre de la corticalité pulmonaire.

La conclusion s'impose donc en clinique que l'atélectasie n'est pas une lésion autonome mais a la valeur d'une complication associée à d'autres processus pathologiques pulmonaires mécaniques ou infectieux. Tout diagnostic d'atélectasie doit comporter sa contre-partie étiologique. Par elle-même, l'atélectasie n'est facteur ni d'infection ni de sclérose et n'influence qu'indirectement l'évolution des lésions pulmonaires.

L'atélectasie pulmonaire peut-elle résulter de la contraction du poumon ? *M. Cardis* (Leysin) envisage ce point particulier de la physio-pathologie de l'atélectasie pulmonaire et cherche à préciser le rôle de la contraction pulmonaire dans son mécanisme.

Séance du 21 février 1936

L'atélectasie pulmonaire chez l'enfant. — *MM. Robert Debré, Maurice Lamy, Julien Marie* et *Marcel Mignon* rappellent que chez le petit enfant l'atélectasie est une lésion banale, habituelle au cours des broncho-pneumonies et fréquemment retrouvée aux autopsies. Son rôle dans l'éclosion des complications pulmonaires chez les rachitiques a été aussi depuis longtemps envisagé.

Les auteurs ont limité leur étude aux cas dans lesquels l'atélectasie a une traduction clinique nette et constitue la lésion principale. Ils ont observé sept cas d'atélectasie pulmonaire relevant de causes diverses : compression bronchique par ganglions caséeux, inhalation de corps étranger, obstruction bronchique, anesthésie.

Ils insistent sur les caractères cliniques et sur les aspects radiologiques qui permettent de ne pas méconnaître les atélectasies de l'enfance. La notion d'une crise de suffocation soudaine, l'existence d'une dyspnée insolite, coupée de paroxysmes et de phases d'apnée, celle d'une toux singulière, le paradoxe — inconstant du reste — d'une apyrexie complète, tous ces éléments doivent être retenus à l'appui de diagnostic d'atélectasie. C'est la radiologie qui apporte une preuve décisive, en montrant l'obscurcissement progressif de zones pulmonaires de plus en plus étendues, la déformation des côtes, enfin et surtout la translation régulière du cœur et du médiastin vers le côté malade.

Une seule thérapeutique peut être opposée à cette atélectasie : la bronchoscopie suivie de l'extraction d'un corps étranger ou d'aspiration. Elle donne chez les grands enfants des succès décisifs. Il y a lieu d'envisager que les progrès réalisés dans l'ordre de la technique et de l'instrumentation permettront dans un prochain avenir d'appliquer la méthode à des enfants tout jeunes et de combattre efficacement une lésion qui, à cet âge, est particulièrement redoutable.

Deux cas d'atélectasie pulmonaire de cause pleurale probable. — *M. Jacob* et *Mlle Lherrer.*

Sur un cas d'atélectasie massive du poumon gauche par obstruction très vraisemblablement néoplasique de la bronche souche. — *MM. Pasteur Vallery-Radot* et *René Israël.*

Les difficultés d'interprétation dans le diagnostic radiologique des atélectasies pulmonaires et les fausses atélectasies. — *MM. R. Benda* et *H. Mollard* formulent diverses réserves sur la facilité, un peu trop grande à leur sens, avec laquelle on tend à porter à l'heure actuelle le diagnostic d'atélectasie pulmonaire.

Sans s'attarder au grand collapsus atélectasique, phénomène anatomique et mécanique qui ne saurait prêter à confusion, ils discutent les atélectasies partielles (lobaires et péricavitaires surtout) dont le diagnostic radiologique, pour être valable, aurait besoin d'être appuyé sur tout un ensemble de constatations cliniques ou manométriques qui, le plus souvent, font défaut.

Ils ramènent ainsi la discussion à celle des opacités pulmonaires passagères, et s'attachent à souligner que les ombres fugaces peuvent avoir bien d'autres causes que l'atélectasie, en particulier les inflammations périfocales.

Atélectasie massive post-hémoptoïque. — *M. Courcoux.*

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 7 février 1936

A propos du mécanisme de la formation des adhérences péritonéales. — *M. F. Masmonteil*, à la suite de la communication presentée par *M. Raymond Petit* sur ce sujet à la dernière séance de la Société, rapporte des observations qu'il a faites au sujet des différences de potentiel de l'intestin et de l'épiploon, d'une part, des muscles de l'os et de la graisse d'autre part. Ses observations diffèrent de celles de Raymond Petit, puisque l'intestin à une tension électromotrice supérieure à celle de la graisse. Quant à l'existence d'une électricité statique avec charge positive ou négative, cette notion appelle les plus grandes réserves.

A propos du cancer du col restant après hystérectomie subtotale. — *M. Thévenard* communique huit cas où il a dû réintervenir pour supprimer le col ; deux pour néoplasmes, six pour veilles métrites glandulaires persistant avec tous leurs inconvénients. L'auteur se déclare partisan de l'hystérectomie totale, particulièrement dans les vieilles infections utero-annexielles. Il rappelle la technique d'hystérectomie totale de Doyen qui lui semble la plus simple et la plus sûre.

Synovectomie pour genou rhumatismal avec gros corps étrangers. — *M. Raphaël Massart* fait un rapport sur une observation communiquée par *M. Vidal-Naquet* (de Paris). Celui-ci montre l'opportunité de cette intervention chez les rhumatisants même âgés qui, réduits à l'inaction du fait de leur infirmité, font des complications de leur état général auxquelles ils succombent. La synovectomie peut être faite avec un anesthésique de base : elle ne laisse pas de limitation des mouvements ; elle est, dans de pareils cas, très supérieure aux résections.

Appendicite tuberculeuse. — *M. L. Bonnet* communique une observation d'appendicite tuberculeuse subaiguë avec confirmation histologique de la nature tuberculeuse, et avec amélioration post-opératoire de l'état général. A la suite de cette observation, l'auteur reprend l'étude des formes cliniques de l'appendicite tuberculeuse.

Pathogénie de l'hypertrophie de la prostate. — *M. G. Luys.* — Les causes occasionnelles multiples qui ont été données de l'hypertrophie de la prostate ne semblent pas pouvoir jouer le rôle de cause déterminante. Ni l'âge, ni la sédentarité, ni le défaut d'hygiène sexuelle, ni la déficience hormonique de la prostate ne peuvent à eux seuls engendrer les lésions anatomo-pathologiques à évolution lente qui commandent les accidents urinaires dont sont victimes les prostatiques. Par contre, pour l'auteur, la cause déterminante de cette maladie est l'existence constante, chez tous les prostatiques, de l'inflammation primitive des vésicules séminales. Son opinion est basée non seulement sur les constatations urétroscopiques qu'il a faites sur plusieurs milliers de prostatiques, mais aussi sur les données anatomo-pathologiques qui lui ont montré que l'évolution des spermatocytes est exactement la même que celle de l'hypertrophie de la prostate. C'est donc l'inflammation primitive des vésicules séminales qui joue le plus grand rôle dans l'hypertrophie de la prostate. Il en résulte au point de vue de la prophylaxie de cette maladie qu'il convient tout d'abord d'éviter toute contamination des vésicules séminales qui se fait, soit par l'urètre, soit par l'intestin, soit par l'urine et, d'autre part, lorsque la spermatocystite existe de la soigner attentivement en lui appliquant le traitement spécial et local des spermatocystites.

Une peu banale complication à distance d'une gastro-entérostomie. — *M. G. Luquet* rapporte le cas d'une femme de 55 ans qui, opérée par gastro-entérostomie, d'une sténose consécutive à un ulcus duodénal, présenta, plus de dix-huit mois après, à la suite d'une crise aiguë, les signes d'une occlusion de l'estomac, accompagnée de vomissements de bile extrêmement abondants. A l'intervention, faite trois mois après cette crise, l'auteur trouva l'anastomose rétrécie et l'anse afférente extrêmement dilatée, *séparée de la bouche* et fermée en cul-de sac flottant librement dans l'abdomen. Il fit : 1° un agrandissement de la bouche ; 2° une implantation du cul-de-sac dans l'anse afférente. Il explique ces accidents par une torsion de l'anse afférente au niveau de la bouche, torsion ayant entraîné un sphacèle et une section de l'intestin, section assez lente pour que les deux extrémités aient eu le temps de se cicatriser et de se fermer.

A propos de deux observations de corps étrangers des voies digestives supérieures chez des enfants de moins de un an. — *M. Brétégnier* communique ces deux observations. La première concerne un enfant de 8 mois qui avait avalé une épingle, broche ouverte, décelée à la radio une heure après dans l'estomac et passée trois heures après dans le duodénum. C'est là que l'auteur a pu la retirer avec quelques difficultés par duodénotomie. Suites opératoires normales. Guérison. La seconde concerne un enfant de 11 mois qui avait avalé une épingle droite assez volumineuse. On crut devoir temporiser, mais des symptômes de péritonite apparurent, le quatrième jour, mort le cinquième jour. L'auteur souligne les difficultés de la décision opératoire dans des cas semblables. Tout en tenant compte des dangers et des difficultés de l'intervention chez des nourrissons ou de enfants très jeunes, il conclut à l'intervention aussi précoce que possible lorsque le corps étranger est localisé dans l'estomac et qu'en raison de sa forme et de son volume on a des raisons de penser que sa migration dans les voies digestives ne se fera pas et qu'il risquera de perforer les parois du tube digestif.

M. Charles Buizard rappelle que la question des corps étrangers du tube digestif a été étudiée fréquemment à la Société des Chirurgiens de Paris, et, en particulier, à la séance du 7 janvier 1927, en ce qui concerne les épingles de bavoir avalées par les nourrissons. Les conclusions qu'il a présentées à ce moment lui paraissent toujours justes. La très grande majorité des corps étrangers s'élimine spontanément ; d'autre part, toute laparotomie chez un nourrisson est extrêmement grave. Pour les épingles fermées, l'élimination spontanée est la règle : il suffit d'attendre. Les épingles ouvertes s'élimineront spontanément aussi le plus souvent, mais il faut surveiller la progression dans le tube digestif par des radiographies très répétées. Si l'épingle reste fixée en un point eu tube digestif, en particulier dans le duodénum, il sera nécessaire d'opérer. Cette intervention devra être très rapide et être pratiquée directement sur une table radio-opératoire, sous le contrôle de la radioscopie qui permettra d'aller droit au corps étranger.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 19 février 1936

Ostéosynthèse temporaire au moyen de la broche de Kirschner. — *M. Godard* a utilisé pour maintenir les fragments d'une fracture de cuisse après réduction, le fil de la broche de Kirschner qui traverse les deux fragments et est englobé dans le plâtre.

Infarctus génitaux. — *M. Huet* fait un rapport sur des communications de *M. Serge Huard* (de Paris) et de *M. Pellé* (Rennes). La première concerne un infarctus tubo-ovarien bilatéral secondaire à une injection intra-utérine abortive d'eau de savon. Dans le deuxième cas qui concerne aussi une tentative d'avortement mais sans injection consécutive, l'intervention montra l'existence d'un infarctus utérin. A l'examen anatomo-pathologique il s'agissait bien d'un infarctus vrai sans lésions inflammatoires. Le rapporteur insiste sur la fréquence relative des cas d'infarctus génitaux depuis qu'on pense à les rechercher systématiquement.

Il fait remarquer que chez ces deux malades, il y avait des lésions d'hépatonéphrite, fréquemment associée aux infarctus. La pathogénie de ces accidents semble relever d'un processus de nécrose alcaline secondaire à l'injection d'eau de savon.

Arthrodèse simplifiée pour fracture du calcanéum. — *MM. Dieulafé* et *Baudet* (Toulouse) ayant observé chez un malade un double tassement du calcanéum datant de cinq mois, se proposèrent, suivant les opinions actuellement admises, de faire une arthrodèse tout en relevant l'astragale pour la replacer suivant son inclinaison normale. Ils ont ainsi réalisé en bourrant de greffons l'articulation sous-astragalienne postérieure, à la fois l'arthrodèse et le relèvement de l'astragale.

Il semble cependant au rapporteur (*M. Raoul-Charles Monod*) que la double arthrodèse, sous-astragalienne et médiotarsienne demeure préférable, car elle assure un pied plus solide.

Hermaphrodite avec séminome tordu. — *M. Oberthür* a observé un hermaphrodite considéré comme de sexe féminin. Il présentait une stature d'homme. L'examen des organes génitaux externes n'était pas probant : présence d'un vagin et d'une verge.

Une laparotomie montra une saillie pelvienne médiane qui était un séminome tordu très volumineux. Il n'existait pas d'annexes, mais des vestiges embryonnaires (époophore). Il était en outre impossible même par l'examen histologique de faire un diagnostic de sexe, puisque le séminome ne contenait plus aucun vestige d'une glande normale, ovaire ou testicule.

M. Sorrel, rapporteur, insiste sur le fait que des cas semblables bien qu'exceptionnels, sont connus. Dans le cas présent il lui semble qu'on peut au point de vue pratique, faire modifier l'état civil, étant donné l'habitus et les goûts du

sujet. Il y a lieu avant de lui compléter ses organes génitaux externes d'attendre l'évolution. On sait en effet la gravité des séminomes, même si l'intervention a eu lieu à temps.

Urétéro-pyélographie rétrograde. — *M. Chevassu*, à propos de sa cinq millième observation d'urétéro-pyelographie rétrograde, insiste sur les avantages et sur la précision de la méthode.

En particulier dans la tuberculose génitale de l'homme, l'urétéro-pyélographie rétrograde permet de retrouver le plus souvent, même chez des sujets à urines claires, l'existence d'une tuberculose rénale préexistante, soit en évolution, soit cicatrisée, soit exclue. Les lésions de l'uretère sont également d'un diagnostic plus facile grâce à ce procédé qui montre les corps étrangers, les diverticules, etc., et les lésions de l'uretère secondaires à une intervention pelvienne. Celles-ci peuvent demeurer latentes, mais sont assez fréquentes.

M. Brocq a vu aussi un cas de fistule urétéro-colique post-opératoire, révélé par l'urétéro-pyélographie rétrograde.

M. Gosset pense que l'on risque de léser beaucoup plus l'uretère au détroit supérieur, lors du surjet péritonéal terminal de l'hystérectomie, qu'au fond même du pelvis.

Scaphoïdite tarsienne à évolution anormale. — *M. Lance*, frappé par l'évolution anormale d'une scaphoïdite, posa le diagnostic d'ostéite tuberculeuse.

L'évolution ultérieure, qui montra en cinq ans l'atteinte successive de l'astragale et du calcanéum par des foyers secondaires sans abcès ni fistules, infirma le diagnostic. Il s'est agi probablement d'une ostéomyélite chronique d'emblée.

Séance du 26 février 1936

M. le Président prononce l'éloge funèbre de *M. Reverchon*, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille.

Pseudarthrose de l'humérus. — *M. Cunéo* rapporte deux observations de *M. Tailhefer*. Deux fractures de la diaphyse humérale, traitées par l'ostéosynthèse avec plaques de Shermann, furent suivies de pseudarthrose. Une intervention ultérieure faite avec des agrafes de Cunéo permit dans les deux cas une excellente consolidation. Le rapporteur insiste sur l'inconvénient de trop serrer les vis de la plaque de Shermann, danger qui se retrouve dans l'emploi des lames de Parham.

M. Métivet appuie sur le danger de la mobilisation trop précoce des fractures, facteur de pseudarthrose.

Paraplégie pottique traitée par laminectomie. — *M. Petit-Dutaillis* fait un rapport sur une observation de *M. Jung* concernant une paraplégie spasmodique brutale secondaire à un effondrement vertébral très marqué. Les radiographies semblaient bien montrer une cause osseuse à la paraplégie. Une laminectomie amena la sédation des spasmes et de la contracture et la cicatrisation des escharres, alors que l'immobilisation n'avait donné aucun résultat.

M. Sorrel a fait aussi une laminectomie pour une paraplégie qu'il croyait de cause mécanique. Il put ainsi évacuer quelques centimètres cubes de pus d'un abcès intrarachidien, sans aucun résultat. Plus tard la paraplégie guérit après avoir achevé son évolution normale. Il estime donc qu'on ne peut parler d'amélioration après une laminectomie que si les résultats en sont rapides.

M. Petit-Dutaillis pense qu'il faut attendre trois mois environ, après toute intervention pour compression médullaire, avant d'avoir un résultat réel.

Infiltration novocaïnique du ganglion stellaire. — *M. Goinard* a recherché une voie d'abord du ganglion stellaire plus simple que la voie antérieure. Il emploie la voie d'abord externe préconisée par *M. Cadenat* avec de très bons résultats.

Novocaïnisation de la chaine sympathique. — *M. Petit-Dutaillis* rapporte une série d'observations de *M. Goinard* concernant des infiltrations novocaïniques de la chaîne sympathique à divers niveaux. La méthode est essayée dans des algies avec des résultats divers. Dans des cas d'arthrites chroniques elle fut partiellement efficace. Des œdèmes chroniques furent améliorés nettement pour quelque temps. Cette méthode serait surtout utile pour prévoir si une sympathectomie ultérieurement tentée, pourra être efficace.

Eventration diaphragmatique. — *M. Stoïanovitch* (rapport de *M. J. Quénu*) a observé chez un enfant présentant des signes d'hydropneumothorax gauche, un syndrome d'occlusion intestinale.

Une radiographie extemporanée montre une image intrathoracique qu'on étiquette hernie diaphragmatique étranglée.

A l'intervention, on trouve que le côlon transverse, l'estomac et l'épiploon s'invaginent dans un orifice diaphragmatique à bords scléreux. On peut les réduire et suturer les bords de l'orifice.

L'autopsie révéla la présence d'une éventration diaphragmatique, doublée d'une diverticule dans lequel étaient étranglés les viscères abdominaux.

Deux autres malformations existaient : un poumon gauche trilobé et un diverticule œsophagien.

Le rapporteur insiste encore sur la fréquence des tuberculoses pulmonaires associées avec des hernies diaphragmatiques, ce qui était le cas dans l'observation de Stoïanovitch.

Tumeurs bénignes du côlon pelvien. — *M. Okinczyc* a observé trois cas de tumeur bénigne du côlon pelvien ayant réalisé un syndrome occlusif des plus nets, cliniquement et radiologiquement.

Le premier cas, qui s'accompagnait de diverticules coliques visibles à la radiographie, était une tumeur inflammatoire diverticulaire.

L'intervention (résection partielle) fut suivie de guérison.

Le deuxième cas concernait une jeune femme qui fit des crises de subocclusion, puis une crise occlusive nette. L'intervention montra dans la portion terminale du côlon pelvien une tumeur à aspect néoplasique.

Une résection du sigmoïde fut faite. A l'ouverture de la pièce on trouva une muqueuse normale refoulée par une tumeur fibreuse organisée autour d'un diverticule intra-mésocolique.

Ultérieurement fut faite une iléo-coloplastie. Les suites furent excellentes.

La troisième observation a trait à une subocclusion intestinale prononcée, survenue chez une jeune femme. Les examens font penser à une striction néoplasique. En intervenant l'auteur pose le diagnostic de néoplasme et pratique une extériorisation. La pièce montra qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne développée dans le mésocôlon pelvien.

Il s'agit donc, dans ces trois cas, de tumeurs bénignes qui adoptèrent exactement l'aspect de néoplasies. Il est regrettable de n'avoir pu éviter des opérations mutilantes chez ces malades. L'auteur insiste sur l'intérêt de l'iléo-coloplastie comme acte de chirurgie réparatrice.

Réfection d'un sphincter anal. — *M. André Richard* après avoir pratiqué l'ablation d'un néoplasme anorectal, a cherché à réaliser la réfection du sphincter anal. Il a utilisé un lambeau du faisceau inférieur du grand adducteur ramené au devant de l'anus, séparé en deux bandelettes droite et gauche et réunies derrière l'anus. Le résultat semble actuellement excellent, la défécation étant volontaire depuis quatre mois.

M. Chevassu a utilisé un procédé analogue dans la réfection du sphincter uréthral de la femme, mais sans résultat durable.

Moyens de diagnostic des tumeurs des os. — *M. Huet* a recherché les malades qui avaient fait l'objet de sa thèse sur les tumeurs osseuses. Tous étaient morts de généralisation pleuro-pulmonaire (soit quatorze cas) sauf une qui survit au bout de onze ans.

S'agit-il d'une erreur de diagnostic ? La pièce anatomo-pathologique montrait des éléments nets de malignité (mitoses, etc.). L'auteur relève que, seule de ces quinze cas, la malade qui demeure guérie n'a pas subi de biopsie avant l'exérèse.

La biopsie dans l'état actuel des connaissances est peut-être nécessaire mais grève le pronostic vital.

M. Moulonguet insiste du point de vue de l'anatomo-pathologiste sur l'extrême difficulté du diagnostic qui requiert l'association de la radiographie, de la clinique et de l'histologie. Ces trois méthodes, employées concurremment, laissent peu de places à l'erreur. A l'anatomie pathologique revient le rôle prépondérant surtout au début de l'évolution. L'auteur fait défiler plusieurs radiographies où il est presque impossible de distinguer s'il s'agit d'une tumeur bénigne ou maligne. Il insiste particulièrement sur les tumeurs à myéloplaxes comme source d'erreurs de diagnostic.

J. Calvet.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, où à vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

L'évolution de la médecine. Il faut lire la belle conférence que mon illustre ami, le Professeur NICOLA PENDE, sénateur du royaume italien, vient de consacrer à l'évolution de la médecine — comme introduction au cours de pathologie médicale spéciale qui été donné à l'Université de Rome (1).

La médecine lui apparaît comme étant à un tournant ; elle doit changer de direction et abandonner les ornières suivies depuis près de trois siècles. Après la Renaissance, sous l'influence de Galilée ou de Descartes, la tendance a été de s'éloigner de l'enseignement antique ; c'est ainsi que progressivement, on est arrivé à l'état critique actuel, que beaucoup déplorent plus ou moins implicitement. Pour en sortir, PENDE estime qu'il faut remonter à l'ancienne tradition italienne et qu'il faut rejeter l'influence nordique, si peu appropriée à la mentalité latine. Le médecin de demain doit s'inspirer de la médecine la plus ancienne, par un retour aux doctrines des vieux sages italiques et des vieux thérapeutes qui, sous les oliviers de la Grande Grèce, avaient fondé l'école fameuse de Crotone. C'est Pythagore, c'est Alcméon, dont se réclame PENDE pour éclairer un monde intoxiqué par le matérialisme scientifique et pratique, égoïste et mécanistique des races du Nord, Pythagore, Alcméon dont a procédé Hippocrate, fils d'Héraclite et de Phénarète.

PENDE voudrait que la médecine soit « corrélationniste » synthétique, unitaire, parce que la cellule, l'organe contribuent à la formation de l'organisme vivant, et il compare ces organites à ce qu'est le simple citoyen, la famille dans un état bien organisé. Rien dans la vie matérielle ou spirituelle ne peut se passer du consentement de l'ensemble, rien ne peut se soustraire à l'obéissance envers les lois altruistes de corrélation, qui lient toutes les parties de la constitution cellulaire.

Le principe corrélationniste est opposé aux principes des localisations, aux principes des analyses trop poussées, aux principes des classifications étroites en médecine comme en politique sociale.

La médecine a été, jusqu'à aujourd'hui, trop localisatrice, trop anatomique ; elle a été trop « communiste », c'est-à-dire qu'elle a trop considéré les individus atteints d'un même processus morbide comme elle aurait considéré des machines faites en série, sujettes aux mêmes dérangements et, partant, aux mêmes réparations. Les manuels d'enseignement sont tous analystes et anatomistes ; ils détaillent le corps humain en une série de processus morbides locaux, d'affections d'organes, parfois même d'affections de lobes ou de lobules. Le diagnostic anatomique, le diagnostic de la localisation reste le pain quotidien du modeste praticien et le pain quotidien du pontife. L'un comme l'autre se bornent à établir, à grand luxe d'analyses techniques, la partie du corps qui est cliniquement le siège objectif de la maladie et appliquent, ensuite, à cette partie toutes les ressources de leur thérapie. Cette habitude mentale, à laquelle est imputable la crise actuelle de la médecine, est née d'un excès de la méthode analytique en pathologie et à l'importance exagérée donnée, dans les trente dernières années, aux incessants progrès de la technique et de l'instrumentation, d'où l'affaiblissement progressif du pouvoir synthétique du médecin.

(1) Nicola PENDE. — *Medicina Italica, correlazionistica de unitaris*, La Nuovissima, éd. Naples.

Que d'erreurs dues à la croyance qu'à l'aide d'un examen de laboratoire, il est possible d'interpréter la machine vivante et souffrante. C'est manquer de synthèse, c'est ne pas pénétrer le corps et l'âme du patient et, surtout, c'est méconnaître les lois de corrélation fonctionnelle et morbide des organes entre eux : il n'y a jamais un organe à être seul lésé ; tous ceux avec lesquels il est en corrélation souffrent simultanément plus ou moins.

En dehors des besoins didactiques, l'organisme n'est divisible ni en l'état de santé, ni en celui de maladie.

Il est vrai que tout organe ou système possède une certaine indépendance fonctionnelle, réactionnelle et morbide. Cette autonomie relative est due aux lois de l'hérédité biologique et elle explique la prédilection de certains agents morbides pour un même tissu ou un même organe, en un mot explique les prédispositions individuelles et familiales.

Une grosse source d'erreur dans l'interprétation exacte des maladies est que, jusqu'à hier, on ne tenait point compte du milieu intérieur, de ces liquides qui baignent cellules et organes et, pas beaucoup plus, des actions nerveuses qui régissent toute la vie des cellules et les réunissent dans des souffrances communes. Or, chaque jour apporte de nouvelles découvertes sur les corrélations hormonales et nerveuses des organes.

L'observation des principes antilocalisateurs et corrélationnistes atténuera le nombre des maladies, qui va croissant dans le monde et que l'hygiène, tout en ayant prolongé la durée moyenne de la vie, n'a pas diminué.

***

Presque médecin, plus que médecin, Gaëtan Bernoville vient de consacrer un beau livre à la mémoire de Paul Bourget (1). Sa plume alerte fait revivre, excellemment, le grand penseur qui vient de s'éteindre. J'ai lu cette biographie avec avidité et je la rangerai sur les rayons à côté du numéro que la *Revue Hebdomadaire* a publié en 1923 lors du jubilé littéraire de Bourget et auquel ont collaboré notre Barrès et pas mal d'autres lettrés. Ces pages intéresseront, sûrement, les médecins ; car Paul Bourget était un maître pour ceux qui pensent en médecins, un maître pour ceux qui pensent en médecins français.

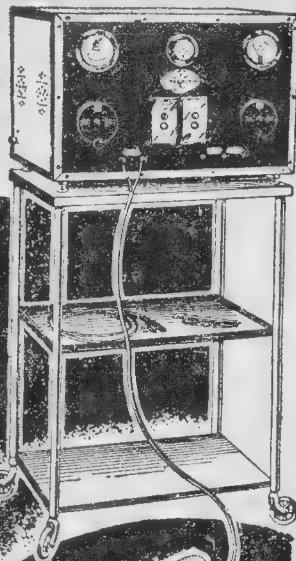
Etant jeune étudiant ès lettres, il fréquentait les hôpitaux ; il eut, pendant toute sa longue vie, la marotte des choses de la santé : manie de questionner sur la santé, de donner des conseils d'hygiène, voire même de thérapeutique. On sait qu'il eut de nombreuses amitiés médicales : l'éloquent Dieulafoy, le lucide Dupré, Ch. Fiessinger, Logre et il les considérait comme des amitiés de choix ; il présida le *Congrès de Chirurgie* et il faillit, malgré qu'il ne fût ni médecin ni biologiste, être nommé membre de l'Académie de médecine. Mais tout ceci n'est qu'anecdote.

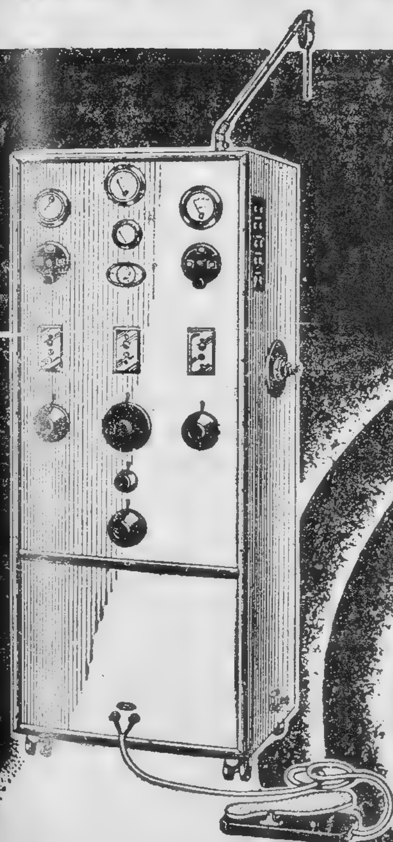
Ce qui importe, ce qui durera, c'est qu'il regarda, à l'occasion de ses romans, les phénomènes psychologiques et sociaux avec la même méthode que le médecin regarde la maladie ; c'est que, comme un médecin, il eut le souci de prendre de bonnes histoires cliniques. Il ne s'est pas borné, d'ailleurs, à cela, comme l'ont fait certains de l'école naturaliste. Il chercha à dégager les lois morales et sociales qui s'en déduisent automatiquement et, partant de là, il conclut à l'hygiène qui s'impose pour l'homme et la société.

On lira avec émotion, dans le livre de Gaëtan Bernoville, le conflit poignant qui, à propos du *Disciple*, l'oppose à son maître Taine, qui l'aimait bien et qu'il vénérait. (Mais « tout homme tue ce qu'il aime », disait O. W.). Dans le *Disciple*, Paul Bourget commençait sa réaction pour la volonté (et, par conséquent, pour la morale et, plus particulièrement, pour une certaine morale) contre le déterminisme. « Pardonnez-moi mon opposition, lui écrivait Taine, elle vient de ce que votre livre m'a touché dans ce que j'ai de plus intime ».

L'iconographie de ce livre est abondante et agréable. On

(1) Gaëtan Bernoville. — *Paul Bourget*, une brochure de 44 pages, éditions Denoël et Steele, Paris. 1936.





y verra Bourget, influencé par le dandysme de Barbey d'Aurevilly, coiffé du huit-reflets de 1890. Bourget sanglé dans d'impeccables vestons, Bourget à cheval au Bois. Il ne faut pas trop sourire de ces préoccupations mondaines. Elles firent partie d'une certaine tenue et la tenue influe sur le tonus moral. Hippocrate a écrit un *Traité sur la Bienséance* et s'élevait contre le débraillé. C'est, encore, agir en médecin que d'avoir le souci d'une certaine recherche.

Je regrette que, pour situer l'importance de Bourget, M. Bernoville n'ait pas rappelé une histoire cocasse qui me fut contée. Il s'agit d'un autre romancier célèbre, plus doué, peut-être, que Bourget par la Fée des Arts et parfaitement opposé à Bourget par les idées. Cet écrivain illustre entreprit, pour ironiser, un roman qui devait être un pastiche de Bourget : or, il se trouve que cette œuvre fut son maître succès et reste le plus lisible de ses écrits.

Henri Vignes.

L'unanimité contre l'ancien ministre de la Santé publique. — Aux Ecoutes (29 février 1936).

M. Lafont, communiste repenti et ancien collaborateur de M. Laval, a opéré ce miracle : il a fait contre lui l'unanimité de la Chambre. Grand donneur de leçons et professeur de morale, il n'a pas hésité à entrer dans un cabinet modéré. Il serait entré dans n'importe quelle combinaison pour détenir un portefeuille. Mal en point dans sa circonscription, il tente une opération fructueuse en réclamant des indemnités pour ses électeurs plus ou moins sinistrés.

L'assemblée refuse de l'entendre. Les pupitres claquent. M. Lafont s'entête. Le président Bouisson l'exécute d'un mot terrible :

— J'en arriverais presque à souhaiter que vous soyez encore ministre.

Et pourtant son passage au département de l'Hygiène et de la Santé publique aura laissé dans l'esprit de ses administrés un souvenir durable par tout le mal qu'il a tenté de commettre.

— Que serait-il arrivé, a déclaré un haut fonctionnaire du ministère, si nous ne nous étions mis en travers de ses folies ?

En lutte avec le Corps médical dès son arrivée rue de Tilsitt, il a poursuivi ses bêtes noires de sa rancune tenace après son éviction du gouvernement.

Il a déposé vingt amendements au projet de loi qui prévoit la création d'un Ordre des médecins. Un de ces amendements n'entraînerait rien de moins que la dissolution des syndicats médicaux.

Un peu comme un ministre de la Guerre qui demanderait la dissolution de l'armée. Et tout cela pour un seul motif : M. Ernest Lafont craint d'être battu par un médecin qui refusera la direction de l'asile qui lui eût fait une retraite dorée, mais aurait débarrassé le ministre d'un concurrent redouté.

« S'il me fallait, comme malade, choisir entre les innombrables chirurgiens qui sollicitent ma confiance, je préférerais l'exécuteur moyen, peut-être même médiocre, d'une indication bien posée, à l'exécutant prestigieux d'une indication mal posée. » (J. Okinczyc. — Réponse à une enquête de *Pallas* sur le tempérament chirurgical. *Pallas*, 15 janvier 1936.)

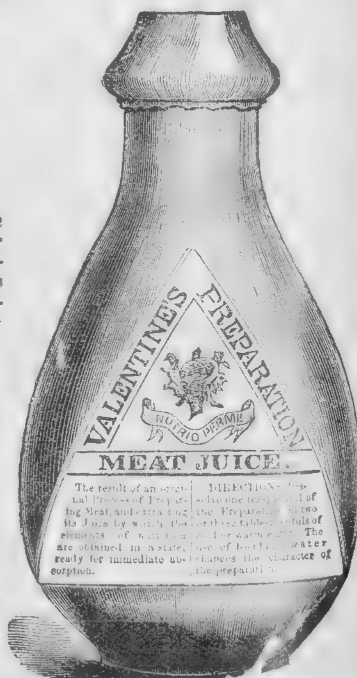
BIBLIOGRAPHIE

Contes Milésiens, par André Berry. Tirés d'Apulée et mis en vers français avec 70 dessins de Joseph Hémard. Trois éditions : 1° une édition courante avec dessins en noir : 18 francs ; 2° une édition sur papier chatelio, tirée à 500 (dessins en noir) : 30 francs ; une édition de luxe sur Rives, tirée à 300 (dessins en couleurs), 90 francs. Editions de la Tournelle, 7, rue des Grands-Degrès, Paris.

Ce livre, de la plus haute qualité littéraire, plaira aux médecins.

Satires politiques et médicales, par le Docteur Jean Marvaud. Un volume (22 × 17), 56 pages, 20 francs. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

Ces satires en vers, d'inspiration politique ou médicale, sont nées pour la plupart de l'observation de la vie contemporaine, que l'auteur juge avec une sévérité que son ironie vient atténuer.



Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 11 LE NUMÉRO : 50 Centimes 14 MARS 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS-Ve
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies .... 40 fr.
Etudiants .... 30 fr.
Belgique .... 45 fr.
Etranger 1re zone .... 70 fr.
Etranger 2e zone .... 90 fr.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

Travaux originaux

G. FAROY et J. FERROIR : Les réactions duodénales des cholécystites. 425

Clinique infantile

S.-B. BRISKAS : L'alimentation dans la première enfance 433

Pratique médicale

Le diagnostic et pronostic des tumeurs épithéliales du gros intestin, par J. CHATAIN 443

Hygiène

L'hygiéniste et le médecin, par G. ICHOK 444

Revue de Presse parisienne 447

Sociétés savantes

Académie de Médecine 451
Société Médicale des Hôpitaux 452
Société de Médecine de Paris 455
Académie de Chirurgie 455
Société des Chirurgiens de Paris 456

Nouvelles 419

Échos et Glanures 459

Bibliographie 440

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 10 mars. — M. Fradin. Néphrite aiguë saturnine.

11 mars. — M. Mairesse. Contribution à la thérapeutique médicale de la cholécystite non calculeuse chronique. — M. Le Guern. La lutte contre le charlatanisme. — M. Marian. Traitement des paludéens rapatriés, par les eaux de La Bourboule. — M. Raffray. Etude de la septicémie méningococcique à forme pseudo-palustre par l'endoprotéine.

3 mars. — M. Aboulker. Les adénites aiguës appendiculaires et l'adénolymphie mésentérique aiguë. — M. Calvet. Les arthrodèses dans la tumeur blanche du genou de l'enfant et de l'adolescent. — M. Breitel. Etude des dermatoses professionnelles et de leur législation. — M. Leroux. Les plasmocytomes des voies aériennes supérieures.

4 mars. — M. Aristizobal. Les rapports du foie et de la colopathie muco-membraneuse. — Mme Petresco. Valeur pratique, au cours de la gestation, des nouvelles réactions d'hémolyse.

5 mars. — Mlle Petit-Labauve. Septicémies à diploccus-crassus.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'externat.* — Liste alphabétique des candidats reçus au concours de l'externat :

M. Abramowicz, 47 ; Mlle Alam, 52 ; MM. Alhomme, 50,5 ; Allain, 47,5 ; Amado, 51,5 ; Ancelin, 53 ; Mlle Antoine, 60 ; MM. Ariztia, 53,5 ; Arnaud, 60.

Baillet Hubert, 51,5 ; Bally, 56 ; Barbery, 59 ; Bardon, 55,5, Bastian, 47 ; Batteur, 46 ; Baulon, 45,5 ; Beau, 50 ; Mlles Bérenger, 52,5 ; Ber, 54 ; Berlinska, 50,5 ; MM. Bernheim 47,5 ; Berthet (G.), 52,5 ; Berthon (P.) et Bertier, 55,5 ; Bertrand (Charles), 47 ; Bertrand (Victor), 49,5 ; Berveiller, 58 ; Biaggi, 56 ; Bibring (Arthur), 48 ; Bignotti, 53 ; Bigou (Alphonse) 54 ; Bijoux (Robert), 45,5 ; Bilski, 58 ; Blanc (Guy), 49 ; Bloch (Jacques), 45,5 ; Blondé (André), 53,5 ; Boddaert, 46,5 ; Boeswilwald, 46,5 ; Boismoreau, 53,5 ; Mlles Bonastre et Bonnard, 46 ; Bonnet, 50,5 ; MM. Borja (Victor), 45,5 ; Mlle Boudeville, 53,5 ; MM. Bourdon (René), 47 ; Bourgeaud, 46 ; Bourguet, 52 ; Mlle Bournisien, 56 ; MM. Bouvaits (Jacques), 48 ; Bouygues, 48,5 ; Bouyssi (François), 46 ; Brenier, 52 ; Mlle Brisac, 57 ; MM. Brochard, 45,5 ; Brunat, 46,5 ; Bui-Kien-Tin, 49 ; Bureau (Goerges), 61 ; Burgaud, 45,5.

Cachin, 51,5 ; Cahn, 48 ; Caillods, 58,5 ; Caldier, 52,5 ; Calmanovici, 46 ; Mlle Camilleri, 54 ; MM. Camus (Pierre), 45,5 ; Capelle, 55,5 ; Carlo, 59,5 ; Caron, 54,5 ; Mlle Carré, 48,5 ; MM. Carton, 46 ; Casalta, 55 ; Mlle Chaberlat, 48 ; MM. Chabert (Louis), 51,5 ; Chabert (Raymond), 45,5 ; Chambon, Chantemargue, 45,5 ; Charbonneau, 51 ; Chardack, 54,5 ; Charlet, 46,5 ;

Chauvin (Jacques), 51,5 ; Chavarot, 47,5 ; Chenille, 50 ; Chevillot
Chauvin (Jacques), 51,5 ; Chavarot, 47,5 ; Chenille, 50 ; Chevillotte, 60 ; Ciaudo, 60,5 ; Ciechanowicz, 48,5 ; Cœueilliez, 52,5 ; Cohen (Jean), 61,5 ; Colboc, 46,5 ; Mme Comte, née Lecointe, 46 ; MM. Connat et Couder, 48,5 ; Courtenay-Mayers, 46 ; Coury, 63,5 ; Crohas, 53,5.

Daguet, 50,5 ; Dana (René), 50 ; Daskalakis, 46 ; Daumet, 53 ; Dautel, 45,5 ; David (Daniel), 48,5 ; Decouflé, 53,5 ; Deguel (Edmond), 50,5 ; Delavelle, 56,5 ; Delerba, 46,5 ; Demangre, 45,5 ; Démétriadès, 47,5 ; Denis (Jean-Charles), 46 ; Dépinay, 48,5 ; Mlle Depitre, 48 ; MM. Derooz, 48 ; Descamps (Louis), 47,5 ; Mlle Descroix, 56 ; MM. Devaux (Maurice), 57,5 ; Devieux, 52,5 ; Dicescu (Thomas), 50 ; Mlle Dicky, 53 ; MM. Dogué, 50,5 ; Door, 51 ; Douay, 46 ; Doumic, 58 ; Doville, 51,5 ; Dreyfus (Albert), 48,5 ; Dreyfus (Jean), 67,5 ; Mlle Dubois, 59,5 ; MM. Duchêne (Henri), 46,5 ; Duchêne (Jean), 55,5 ; Dufour (Maurice), 49,5 ; Dumas (Michel), 57 ; Dumay (Jean), 52,5 ; Dupas, 51 ; Mlle Dupont, 46 ; MM. Dupuy (Michel), 47,5 ; Durand (Victor), 59.

Erlich (Jean), 47 ; Mlle Esquerré, 54,5.

Ferhrenbach, 47,5 ; Mlle Fillon, 45,5 Flaisler (Albert), 49,5 ; Flouquet, 53 ; Mlles Fommarty, 52 ; Fossier (Jeanne), 47 ; MM. Frankfurt, 46,5 ; Frinault, 56,5.

Galey, 52,5 ; Mlle Gaon, 49,5 ; MM. Garcia y Bengachea, 46 ; Gauchon, 50 ; Gautier (Robert), 46,5 ; Gay (Pierre), 55 ; Gerain (André), 58,5 ; Gérard (Jean), 60,5 ; Gerber, 48,5 ; Girault (Albert-André), 58 ; Girauld (Jean-Marie-Pierre), et Goldberg, 55,5 ; Gonzalez-Ruiz, 52 ; Gorce, 53 ; Gorin, 60,5 ; Gorny, 47 ; Gosselin, 45,5 ; Govaerts, 47 ; Graillon, 52,5 ; Mlles Gravelat, 47 ; Grégory, 58,5 ; MM. Grigné, 49 ; Gropper, 48 ; Guéraud (Louis), 46,5 ; Guéroult, 54,5 ; Guichard, 47.

Habib, 48,5 ; Hagège, 51,5 ; Mlles Hahn, 58,5 ; Haitovitz, 54 ; MM. Halfon, 53 ; Hamon (Yves), 50 ; Hébert, 58 ; Henry (Jacques), 50,5 ; Hérard, 47,5 ; Hervet, 46 ; Hiverlet, 45,5 ; Horvilleur, 48,5 ; Houssin, 46,5 ; Mlle Huguenard, 51 ; MM. Huignard, 48 ; Huret (Lucien), 46.

Isak, 55 ; Isal (Pierre), 49,5.

Jacir, 46 ; Jaupitre, 54 ; Jomier, 55,5 ; Jourdain, 48,5 ; Jourde, 46.

Mlle Kahn, 65,5 ; MM. Keiser, 50,5 ; Komarower, 48,5 ; Koskas, 56,5 ; Mlle Kowalska, 46,5 ; MM. Kuczynski, 53,5.

Labourie, 50,5 ; Lacaze, 52,5 ; Lacour (Albert), 55 ; Lacour (Armand), 48,5 ; Mlle Lafourcade, 46,5 ; MM. Lamy (Robert), 49 ; Lapeyre, 60,5 ; Lardy, 46 ; Mlle Lassadrie-Duchêne, 49 ; MM. Laurent (Jules), 62,5 ; Lebas, 47 ; Lebel, 54 ; Lebiedinsky, 49 ; Le Bihan, 57,5 ; Lebreton, 52 ; Le Brun, 49,5 ; Lefebvre (Guy), 52,5 ; Leibowitch, 45,5 ; Leiser, 47,5 ; Lemoine (André), 48,5 ; Lévi (André), 52 ; Lévy (Emile), 49,5 ; Lévy (Michel-Marc), 53 ; Mlle Lévy (Yvette), 47,5 ; MM. Lewinson, 47 ; Lhermet, 52 ; Mlles Lipmann, 60,5 ; Llech, 49 ; Loiseau, 53 ; MM. Lux, 45,5.

Magnoux, 52,5 ; Malange, 50 ; Marachi, 53,5 ; Marchal (Louis), 49,5 ; Marrero, 48 ; Mlle Marx, 52,5 ; M. Marzet, 57,5 ; Mlle Maschkouzan, 52,5 ; MM. Masmonteil, 46 ; Mathias, 57 ; Maury, 48,5 ; Mehs, 47,5 ; Mlle Mendras, 56 ; MM. Mertens, 48,5 ; Meu-

nier (Jean-Eugène), 50 ; Mlle Mirabail, 48 ; M. Mogharéi, 51 ; Mlle Moreau (J.), 57 ; MM. Moreau (Michel), 50 ; Morilière, 49,5 ; Mlle Morin (J.), 54,5 ; MM. Mory, 49,5 ; Moure, 46.

Nanty, 46,5 ; Nataf (François-J.), 50 ; Neveux, 51,5 ; Nguyen-Thé-Dai, 49 ; Niego, 60 ; Nomdedeu, 54.

Oelnitz (d'), 49,5 ; Orfali, 47 ; Mlle Orsoni, 51,5 ; MM. Ossanlou, 50 ; Oudot (Jacques), 45,5 ; Ourceyre, 49,5 ; Owsianik, 49.

Palmer, 60,5 ; Parhami, 48,5 ; Parienté, 58 ; Patin, 49,5 ; Patron, 59,5 ; Payenneville, 48 ; Pêcheux, 51,5 ; Peilet, 46,5 ; Péraly, 45,5 ; Pérel, 46 ; Périllo, 50,5 ; Petit (Jean), et Piana, 46,5 ; Piard, 51,5 ; Picot (Lucien), 49 ; Piérart, 46,5 ; Pinasseau, 50 ; Pistre, 54 ; Pley (Julien), 49 ; Pluvinage (Roger), 55 ; Polliot, 46 ; Pomès, 52 ; Pouzols, 47,5 ; Pramayon 45,5 ; Praslon, 50,5 ; Pribat, 46,5 ; Mlle Prost, 47,5 ; MM. Pujol, 45,5.

Quichon, 48 ; Quintescu, 53,5.

Rahmani, 47 ; Rathery (Michel), 56,5 ; Renard (Pierre), 51 ; Ressnick, 46 ; Reverdiau, 52,5 ; Rivière, 47 ; Mlle de Robert (Jane), 51,5 ; MM. Robert (Jean-Marie-Joseph), 47,5 ; Roblin, 54,5 ; Roby, 50 ; Rosenberg (Samuel), 46 ; Mlles Rosenkovitch, 55,5 ; Rosenstock, 47,5 ; MM. Rosey, 45,5 ; Rouff, 53,5 ; Roulin, 46,5 ; Rousselin, 53 ; Mlle Rousset, 49 ; M. Routier, 55 ; Mlle Rouvier, 51,5 ; MM. Roux (Jean), 56,5 ; Roux (Michel), 55 ; Rozencweig, 49,5.

Sablon, 48,5 ; Salmen, 46,5 ; Mlle Samuel, 46 ; MM. Sapet (Maurice), 56 ; Sarfati (Abraham), 50,5 ; Sauzède, 50 ; Scebat, 64,5 ; Schneider (Maurice), 46,5 ; Mlle Schweisguth, 64,5 ; MM. Sclafer (Jean-Pierre), 51,5 ; Sébag (Abraham-Albert), 53,5 ; Sebban, 50 ; Sebillotte, 46,5 ; Seillier, 49,5 ; Sicard (Jacques), 49,5 ; Simon (Georges), 51,5 ; Sinaud, 47,5 ; Mlle Sokolski, 56 ; M. Soula, 52 ; Mlle Spach, 55 ; MM. Staub, 52,5 ; Szpidbaum, 48 ; Szryro, 49,5.

Taïeb (Marcel), 46,5 ; Talpin, 54,5 ; Tardif, 50,5 ; Thévenin, 53 ; Thiebot, 52 ; Tola, 53,5 ; Tostivint, 52,5 ; Toupet, 49 ; Tran-Huu-Tüoc, 47,5 ; Tronc, 48 ; Tubiana, 56 ;

Valadou, 48 ; Venator, 52 ; Mlles Verron, 49,5 ; Vésigot-Wahl, 54 ; MM. Villain, 53 ; Vossoughi, 47 ; Mlle Vuillet, 46,

M. Weil (R.), 59,5 ; Mlle Weinberg, 54,5 ; M. Woimant (W.), 48 ; Mlle Woog, 50,

MM. Xanbeu, 53,

Zirah, 55.

Lyon. — Le concours ouvert pour la nomination d'un chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la désignation de M. le Docteur René Peycelon.

Confédération des Syndicats médicaux français. — La Confédération adresse aux doyens des Facultés et directeurs d'Ecoles, aux présidents d'Associations scientifiques médicales la lettre ouverte suivante :

Le Conseil de la Confédération des Syndicats médicaux français a été saisi de vives et nombreuses protestations à la suite de la parution répétée, dans des journaux de vulgarisation médicale destinés au grand public, d'articles scientifiques ou d'allure scientifique, mais paraissant pour nombre d'entre eux constituer une réclame personnelle sévèrement jugée par le Corps médical.

Si les collaborateurs de ces périodiques largement illustrés se contentaient de donner les conseils toujours utiles de prophylaxie ou d'hygiène, nul ne songerait à y trouver à redire.

Mais les études portant sur une maladie, avec indication de traitement, publication des courbes de température, etc., destinées à un public avide certes des choses médicales mais incapable de faire les discriminations qui simposent en pareil cas, sont de nature à troubler gravement les rapports de malade à médecin, laissant supposer au premier que les soins donnés n'ont pas été normaux si la méthode thérapeutique ou vaccinale décrite dans son journal n'a pas été employée pour son cas.

De plus, nous nous permettons que toute la déférence et le respect que nous portons à nos maîtres, de signaler qu'une prudence très grande doit s'imposer pour une collaboration de cet ordre lorsqu'on a l'honneur de présider à la formation scientifique et morale des étudiants et d'être, en maintes circonstances, les conseils écoutés des médecins praticiens.

Il est à peine besoin d'indiquer en effet que si la défense de la dignité attachée à certaines situations élevées appartient d'abord aux titulaires mêmes de ces situations, le Corps médical tout entier à un intérêt certain, lui aussi, à ce que cette dignité reste toujours inattaquable, en France aussi bien qu'à l'étranger.

Et c'est pourquoi le Conseil de la Confédération des Syndicats médicaux français, justement ému des faits qui lui ont été apportés, demande respectueusement à tous les maîtres de nos Facultés et des hôpitaux, de vouloir bien s'employer à ce que pareilles publications ne puissent s'autoriser de la collaboration de ceux qui sont chargés de former les générations médicales.

Le Secrétaire général : Dr P. Cibrie — *Le Président* Pr Chalier

Chaire d'hygiène et clinique de la première enfance. (Hospice des Enfants-assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, Paris.) — *Cours de vacances de Pâques* 1936. — Un cours de perfectionnement aura lieu du jeudi 2 avril au vendredi 10 avril, sous la direction de M. le Professeur Lereboullet, avec le concours de MM. Cathala, Lelong, Pichon, Baize, Benoist, Bohn, Bosquet, Detrois, Gournay, Garnier, Gavois, Joseph, Odinet, Saint-Girons, Roudinesco et Aimé.

Programme du cours. — Notions nouvelles en diététique du premier âge. Régime des nourrissons débiles et prématurés. Les avitaminoses. Le scorbut des nourrissons. Les anorexies du premier âge. L'aérophagie du nourrisson. Les hémorragies gastro-intestinales. Les érythroblastoses infantiles et les ictères graves du nourrisson. Les œdèmes. Les anémies. L'eczéma et l'allergie du nourrisson. La maladie de Leiner-Moussus. La grippe. La pneumonie dans la première enfance. Le traitement des broncho-pneumonies du nourrisson. L'abcès du poumon. La tuberculose du premier âge et ses images radiologiques. La méningite tuberculeuse du nourrisson. La syphilis osseuse congénitale. L'hypertrophie cardiaque congénitale. Les convulsions du premier âge. Les encéphalopathies du nourrisson. L'acrodynie. La prophylaxie des infections du nourrisson. La diphtérie, sa prophylaxie et son traitement. Le traitement des états toxiques et de déshydratation du nourrisson.

L'inscription à ce cours doit être annoncée à M. le chef de Laboratoire des Enfants-Assistés, avant le 25 mars, le cours ne devant avoir lieu que s'il y a un nombre d'élèves suffisant.

Le prix d'inscription à verser à la Faculté à l'ouverture du cours est de 150 francs.

Cours de perfectionnement de la tuberculose. (Lyon. Clinique de la tuberculose : Professeur P. Courmont.) — Ce cours de un mois a eu lieu en janvier-février 1936.

Les résultats ont été les suivants :

Ont obtenu le certificat de perfectionnement : M. le Docteur M. Berger, Mlles les Docteurs Butavand et S. Delaye, MM. les Docteurs Elazer, Le-Van-Ngon, Nicolleau.

Un cours semblable sera organisé au début de l'année scolaire, en octobre 1936.

Cours de laryngo-phoniatrie. — Dix leçons seront données du lundi 11 mai au samedi 16 mai à l'hôpital Bellan, 7, rue du Texel, Paris (XIVe), par le Docteur Jean Tarneaud, avec le concours de M. R. Husson et Mme Borel-Maisonny ; elles auront lieu à 9 heures et à 17 h. 30.

1) Physiologie de la phonation. — 2) Examen clinique. Stroboscopie. Radiologie. — 3) Acoutisque normale et pathologique. — 4) Les aphonies et les dyskinésies ; leur traitement. — 5) La mue et ses troubles. — 6) Les logopathies et leur traitement. — 7) Les affections de la voix chantée. — 8) Le nodule de la corde vocale. — 9) Traitement phoniatrique des paralysies récurrentielles et des laryngectomies. — 10) Chirurgie phoniatrique.

Droit d'inscription : 200 francs. Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser au Docteur Tarneaud, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Bellan et du Conservatoire national de musique, 27, avenue de la Grande-Armée, Paris (XVIe).

Association générale des médecins de France — Vente aux enchères publiques, au bénéfice de la Caisse des veuves et orphelins, de tableaux anciens et objets d'art provenant de la collection du Docteur D..., bienfaiteur de l'Association, le lundi 23 mars 1936, à l'Hôtel Drouot.

Tableaux des Ecoles flamandes, française, hollandaise et italienne, de l'école ou à la manière de Jordaëns, Bassan, Philippe de Champaigne, Brauwer, Lancret, Maratti, etc...

Porcelaine, faïence, argenterie, bronzes, bibelots anciens.

Commissaire-priseur : Me Audap, 44, rue Laffitte.

Une exposition aura lieu le dimanche 22 mars à la Salle des ventes.

Congrès de la goutte et de l'acide urique. — Le compte rendu des travaux du Congrès de la goutte et de l'acide urique, qui s'est tenu les 14, 15 et 16 septembre 1935, vient de paraître en un luxueux volume de plus de 650 pages.

Les travaux de ce Congrès présentent un intérêt particulier, du fait de la qualité et du nombre des rapports et communications.

Ce compte rendu sera envoyé gracieusement à tous les médecins qui en feront la demande à la Société générale des Eaux minérales à Vittel (Vosges).

IIIe Session des « Journées médicales de Paris » du 26 au 30 juin 1937. — Elles seront présidées par le Professeur Carnot ; secrétaire général : M. le Docteur Henri Godlewski.

Les matinées seront consacrées, suivant la tradition, aux démonstrations pratiques, organisées dans les hôpitaux civils et militaires, ainsi que dans les Ecoles et Instituts de biologie, et grouperont toutes les branches de l'activité médicale.

Les séances de l'après-midi seront réservées à l'étude pratique du sujet suivant : « Hormones et thérapeutique endocrinienne ».

Première journée : l'hypophyse. Deuxième journée : les glandes génitales. Troisième journée : les thyroïdes, parathyroïdes et surrénales. Quatrième journée : le foie, le pancréas et le thymus.

Ces séances de l'après-midi auront lieu dans l'enceinte de l'Exposition internationale, à proximité des stands réservés aux exposants des Journées médicales.

Il est prévu un programme de fêtes aussi brillantes que pour les Journées de 1926 et 1928. Ce programme sera publié ultérieurement.

Tous ceux, étudiants, médecins, pharmaciens, vétérinaires et biologistes, désireux de s'intéresser aux Journées médicales de Paris, 1937 sont priés de s'adresser au Service des Journées médicales : *Revue médicale française*, 18, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Cotisations, 50 francs ; 30 francs pour les membres de la famille du congressiste et les étudiants.

Congrès international de l'insuffisance hépatique. — Le Congrès international de l'insuffisance hépatique aura lieu à Vichy, du 16 au 18 septembre 1937. Président : Professeur Maurice Loeper, de Paris ; secrétaire général : Docteur J. Aimard.

Les travaux du Congrès seront répartis en deux sections : Section de médecine et de biologie présidée par le Professeur Noël Fiessinger, professeur de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de Paris ; Section de thérapeutique présidée par le Professeur Mauriac, doyen de la Faculté de Bordeaux.

Nous rappelons que le Congrès de l'insuffisance hépatique

sera précédé du Congrès international de gastro-entérologie, qui se tiendra à Paris les 13, 14 et 15 septembre 1937.

Médaille du Docteur Georges Labey. — Les amis et les élèves du Docteur Georges Labey ont l'intention, à l'occasion de son départ des hôpitaux, et en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance, de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au maître Ch. Pillet.

Une souscription est ouverte à cet effet. Tout souscripteur de 100 francs aura droit à un exemplaire de la médaille. Professeurs J.-L. Faure, P. Duval, A. Clerc, M. Chevassu, P. Mulon, Docteurs A. Jousset, E. Lesné, V. Veau, P. Fredet, R. Toupet, L. Bazy, G. Rouhier, A. Richard, R. Soupault, S. Blondin.

Prière d'adresser les souscriptions au trésorier, M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (VIe). (Compte chèques postaux, Paris 599.)

La Caisse mutuelle de retraite des Journalistes médicaux français a ainsi constitué son Bureau pour 1936 : président : M. J. Minet (de Lille) ; vice-président : M. Molinéry (de Luchon) ; secrétaire : M. P. Labignette ; secrétaire adjoint : M. Robert Lehmann (de Paris) ; trésorier : M. Albert Garrigues ; administrateurs : M. M. Paul-Manceau, Bouland et Crouzat.

« Tous les jours éclate à mes yeux le point faible de la médecine française : la stérilisation de la jeunesse par la préparation au concours. Nous avons de bons médecins, nous avons, je crois, les meilleurs médecins ; mais nous n'avons pas les plus grands savants, du moins en biologie ». (Professeur Pierre MAURIAC. — Les Progrès et l'Avenir de la médecine. *Savez-vous,* 22 février 1936.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Les réactions duodénales des cholécystites

Par MM. G. FAROY et J. FERROIR

L'existence de troubles duodénaux n'est pas rare au cours des cholécystites. Van Rhode et Pierre Duval ont insisté sur leur fréquence dans les cholécystites lithiasiques ; on les observe aussi communément dans les cholécystites non-lithiasiques.

Il importe de les connaître pour des raisons à la fois cliniques et thérapeutiques et, en particulier, parce qu'ils peuvent simuler l'ulcère duodénal ; que de fois, nous avons constaté l'existence de syndromes douloureux tardifs, calmés par l'alimentation, présentant une certaine périodicité, s'accompagnant parfois d'augmentation de l'acidité gastrique et de signes radiologiques duodénaux ne permettant pas de conclusions formelles ; que de fois des examens minutieux, répétés et l'épreuve thérapeutique nous ont montré que ces syndromes étaient dus à des cholécystites avec complications duodénales.

Etiologie et pathogénie. — Les réactions duodénales des cholécystites ont deux étiologies classiques.

La compression du duodénum par une vésicule hypertrophiée porte le plus souvent sur le bulbe et plus exactement sur la grande courbure de celui-ci ; mais elle peut s'exercer aussi sur son sommet, sur sa petite courbure et même sur la région pylorique ou la deuxième portion du duodénum.

La périduodénite due à l'inflammation du péritoine périvésiculaire et périduodénal est bien connue et a été souvent étudiée depuis les travaux de Morris, Harris, Oppel, Fœrster et Opitz.

Il faut aujourd'hui considérer une troisième étiologie très fréquente, *la duodénite*. Elle est favorisée, au cours des cholécystites, par trois facteurs : l'écoulement dans la deuxième portion du duodénum de bile infectée, la diminution de la sécrétion biliaire qui, normalement, joue un rôle très considérable dans la désinfection intestinale, l'accolement fréquent d'une vésicule infectée et du duodénum.

Il semble bien que les réactions duodénales des cholécystites peuvent aussi être *purement fonctionnelles* et dues à l'exagération du synchronisme physiologique duodéno-vésiculaire, à une action réflexe sur le duodénum d'une excitation partie de la vésicule malade (Cade et Barbier), analogue à celle, mieux connue, qui s'exerce sur l'estomac et, en particulier sur le pylore et sur l'antre prépylorique.

Anatomie pathologique. — Nous n'insisterons pas sur la *compression du duodénum par la vésicule*. Elle n'est, en somme que l'effet excessif du contact, normalement très fréquent, de la vésicule avec le bulbe ou la deuxième portion du duodénum. Elle est favorisée par la situation basse de la vésicule dans un certain nombre de cas, et par son hypertrophie.

Nous en avons dit le siège habituel sur la grande courbure du bulbe ou sur la partie haute de la deuxième portion du duodénum. Nous ajouterons que cette compression peut donner naissance à de la duodénite par la stase bulbaire et gastrique qu'elle peut déterminer et par la transmission d'infection par contiguïté.

En outre, elle facilite incontestablement la périduodénite et est souvent le stade préliminaire de la survenue ultérieure mais assez rare d'une perforation vésiculo-duodénale, cause possible de l'iléus biliaire.

La périduodénite d'origine vésiculaire est aujourd'hui bien connue. Au début, elle détermine des formations inflammatoires, des néo-membranes molles et très vascularisées ; celles-ci partent de la vésicule qu'elles engainent pour aller se perdre sur les deux premières portions du duodénum dans leur segment sus-mésocolique, les déformant, réalisant parfois des sténoses plus ou moins serrées, perturbant le fonctionnement de l'organe.

Plus tard, ces néo-membranes se résorbent partiellement et il peut subsister des brides fibreuses qui étranglent le duodénum ou plus souvent des adhérences qui le tiraillent, le déforment et attirent le bulbe et le pylore près du lit vésiculaire.

Fréquemment, cette péritonite plastique n'est pas limitée aux abords de la vésicule et du duodénum et peut s'étendre à l'estomac ou au côlon.

A côté de la péricholécystite banale, on a décrit une péricholécystite vélamenteuse avec larges membranes reliant la vésicule aux organes voisins et gênant assez peu leurs fonctions (Chiray et Pavel).

La *duodénite* a été étudiée, anatomiquement, par Félix Ramond et Darquier, Bouchut et Ravault. Nous en résumons la description en quelques mots.

Les lésions prédominent en règle dans la région bulbaire surtout à la face postérieure du bulbe au voisinage du pylore ; elles sont congestives et inflammatoires.

L'épithélium de revêtement est le siège de lésions d'atrophie et de dégénérescence ; les lésions interstitielles sont inflammatoires banales.

Les cellules des glandes de Lieberkuhn sont peu altérées, celles des glandes de Brunner sont souvent normales.

Parmi les complications graves des réactions duodénales des vésiculaires, nous retiendrons la sténose duodénale et la fistule vésiculo-duodénale.

La sténose duodénale a été bien étudiée par Tuffier et Marchais. Sans être fréquente, elle n'est pas exceptionnelle. Kehr a rencontré vingt-deux exemples de sténose organique sur mille opérés.

Elle a d'ordinaire la périduodénite pour origine ; plus rarement, elle est le fait de la compression du duodénum par une vésicule très volumineuse, exceptionnellement celui d'une obstruction duodénale par calcul biliaire comme dans le cas récent de Wertheimer et Milhaud.

Enfin, d'après Papin, il faut encore tenir compte de deux facteurs : 1° l'épaississement et l'induration de la paroi duodénale (surtout après séjour prolongé de calculs volumineux), créant de véritables rétrécissements ; 2° l'épaississement de la tête du pancréas, s'il y a pancréatite chronique.

La sténose peut être pyloro-bulbaire, déterminant une dilatation gastrique avec stase, ou bien siéger sur la deuxième portion du duodénum et déterminer des signes cliniques, différents suivant qu'elle est sus ou sous-vatérienne.

Les *fistules vésiculo-duodénales* qui ne s'observent que dans les cholécystites lithiasiques, sont la cause presque constante des iléus biliaires. Leurs dimensions sont de l'ordre de un demi à un centimètre dans la plupart des protocoles opératoires.

Leur situation est variable. Le plus souvent, d'après Bonnecaze et Lachaux, elles réunissent la face inférieure de la vésicule et la face antérieure de la deuxième portion du duodénum ; dans un cas d'Enriquez et Gosset, la fistule siégeait au bord supérieur du bulbe, très près du pylore.

Etude clinique. — Nous n'étudierons ici que la compression du duodénum par la vésicule, la périduodénite et la duodénite.

I. — *Compression du duodénum par la vésicule.* — Elle est le plus souvent latente et n'est qu'une découverte radiologique ; d'autres fois, elle est associée à la périduodénite ; enfin, elle peut avoir une symptomatologie qui lui est propre.

Dans certains cas, il s'agit de dyspepsie sensitivo-motrice avec pesanteur post-prandiale, ballonnement de l'épigastre, éructations, malaises, poussées congestives, et douleurs diffuses de la région duodéno-vésiculaire.

Dans d'autres, elle donne un syndrome de sténose duodénale qui ne se différencie en rien de celui de la sténose pylorique et évolue comme lui en deux phases, de lutte, puis d'atonie.

II. *Périduodénite.* — Elle peut également être latente et n'avoir qu'une expression radiologique. Ailleurs, elle donne un tableau clinique de périviscérite.

Les douleurs sont alors peu précises : mais ce qui les caractérise, c'est leur constance. Il existe des périodes de mieux et de pire, mais il n'y a jamais ou presque jamais d'indolence prolongée. Le caractère permanent des douleurs a une grosse valeur diagnostique.

De plus, elles ne sont calmées ni par les alcalins ni par le bismuth ou le kaolin, mais elles cèdent au repos, aux compresses chaudes et dans certaines positions.

Elles ont des irradiations variées ; celles-ci peuvent se faire en ceinture, dans le dos, à l'épigastre, à l'épaule droite.

Les douleurs sont exacerbées par certains mouvements, par l'élévation du bras droit, l'hyperextension du tronc.

Un syndrome psychopathique et nerveux est d'ailleurs en règle surajouté aux signes organiques.

Cette symptomatologie ne permet pas par elle-même de préciser l'étiologie vésiculaire de la périviscérite ; celle-ci ne peut être reconnue que par les signes associés, les examens complémentaires.

Dans d'autres cas, une périduodénite très localisée donne un tableau de sténose sus ou sous-vatérienne.

III. *Duodénite.* — Bien étudiée cliniquement par Bouchut et P. Ravault, elle détermine le plus souvent un syndrome clinique ayant tous les caractères de celui de l'ulcus duodénal ; en effet les douleurs évoluent nettement par périodes et sont semi-tardives ou tardives ; elles siègent à droite de la ligne médiane, elles irradient dans le dos, elles sont calmées par les alcalins et l'alimentation, elles peuvent même s'accompagner d'*hémorragies intestinales*, soit occultes, minimes (Wodon-Dufranc), soit abondantes.

Ces dernières se font en nappe habituellement, sans présence d'ulcération.

Il semble bien qu'elles puissent être observées au cours des cholécystites, en l'absence de duodénite ; mais il est permis de penser que celle-ci, souvent latente, en est la cause la plus habituelle, associée à la fragilité vasculaire qui accompagne si fréquemment les affections hépatiques.

En fait, nous avons constaté dans les cas qui nous intéressent ici, qu'il y a souvent une véritable intrication de périodes douloureuses à type duodénal et de périodes où les douleurs revêtent le type vésiculaire et s'accompagnent de nausées et de troubles gastro-intestinaux d'origine biliaire.

Quelquefois, et plus souvent qu'il n'est communément admis, les crises douloureuses sont séparées, malgré la présence de la cholécystite, par des périodes de calme complet. C'est alors que le diagnostic devient extrêmement difficile avec l'ulcus duodénal.

Quand, au contraire, la duodénite s'accompagne de la symptomatologie d'une dyspepsie banale, elle passe souvent inaperçue et le diagnostic avec l'ulcus n'est plus à discuter.

En résumé, quelle que soit leur modalité, les réactions duodénales d'origine vésiculaire donnent un tableau complexe de diagnostic toujours peu aisé, aussi convient-il de s'aider dans tous les cas de la recherche des signes cliniques de cholécystite, du tubage gastrique et duodénal, d'examens radiologiques vésiculaires et duodénaux.

A. *Recherche des signes cliniques de cholécystite.* — Nous n'insisterons pas sur les accès paroxystiques hautement caractéristiques et entraînant aisément la conviction de l'origine vésiculaire du syndrome clinique, qu'il s'agisse de colique hépatique typique ou de crises vésiculaires à douleurs moins vives et plus prolongées. Ces accidents ne sont généralement pas séparés par des périodes de calme complet comme il est presque de règle dans l'ulcus. Ils sont d'apparition assez rapprochée et il persiste souvent, entre les périodes de crise, un endolorissement de la région hépato-vésiculaire. Entre les grands paroxysmes surviennent des crises douloureuses de durée courte (quelques minutes ou quelques heures), d'intensité très variable, d'horaire fréquemment tardif, enfin d'apparition très irrégulière.

Ce sont là des faits bien connus actuellement, sur lesquels Gutmann a eu raison de revenir et d'insister.

Mais la symptomatologie vésiculaire n'est pas toujours aussi classique et dans un certain nombre de cas, les grandes crises paroxystiques, nettement vésiculaires cliniquement, durent huit et dix jours, sont espacées de plusieurs semaines ou plusieurs mois, pendant lesquels toute sensation douloureuse spontanée disparaît ou se traduit par des symptômes dyspeptiques banaux ; il faut souvent un examen très soigneux pour déceler et réveiller une sensibilité vésiculaire très atténuée.

Le diagnostic avec l'ulcus duodénal devient alors très difficile : d'autant plus que ce dernier peut, à certaines périodes de son évolution et parfois dès le début de celle-ci, présenter dans ses manifestations, une variabilité très grande ou une permanence anormale.

On s'aidera des caractéristiques habituelles des douleurs d'origine vésiculaire. Celles-ci sont généralement plus marquées la nuit et surtout *au début de la deuxième partie de la nuit.*

Leurs exacerbations sous l'influence des aliments gras ou riches en cholestérine, tels que les œufs, la crème, les abats et le cholocat, et sous l'influence des règles, est également très caractéristique.

Il en est de même de certaines irradiations, telle celles à l'épaule droite ou la douleur scapulo-vertébrale.

La coexistence avec les troubles duodénaux de *nausées*, surtout matutinales, ou post-prandiales, de nausées des secousses ou des véhicules fermés, devra toujours aussi faire penser à la possibilité d'une affection cholécystique.

Un autre symptôme de valeur est la *diarrhée bilieuse matutinale ou post-prandiale* ; il peut apparaître aussi certaines diarrhées d'origine haute, que nous attribuerions volontiers, avec Parturier, à l'irritation d'un duodénum atteint de duodénite. Les affections duodénales primitives déterminent au contraire en règle de la constipation.

Enfin, l'existence de *migraines* a une importance très grande sur laquelle l'un de nous a récemment insisté.

A l'examen, il faut rechercher surtout un *point douloureux vésiculaire.* Comme l'un de nous l'a signalé déjà à plusieurs reprises, le point cystique classique sous-costal (signe de Murphy) ne correspond pas le plus souvent à la vésicule, mais à son pédicule.

Le point vésiculaire vrai est fréquemment plus bas situé et descend encore en position verticale (Parturier, Faroy, Deron et Carlotti).

D'ailleurs, il ne répond pas toujours à la vésicule seule, mais au confluent vésiculo-duodéno-colique et Cade et Milhaud l'ont signalé récemment dans des ulcères pyroriques ou duodénaux.

Accessoirement on recherche les points douloureux à distance, scapulo-vertébraux et phréniques et le syndrome respiratoire de la base droite de F. Ramond.

Il est fréquent, dans les faits que nous étudions, d'observer au-dessous et en dedans du point vésiculaire, un point douloureux pyloro-duodénal distinct, le premier mis en évidence en remontant vers le rebord costal les doigts qui palpent, le second en les ramenant vers le bas (Enriquez).

B. *Tubage gastrique et duodénal.* — *Le tubage gastrique* montre le plus souvent l'absence de la forte acidité et de l'hyperchlorhydrie que l'on rencontre habituellement dans l'ulcus duodénal. Il peut mettre en évidence tantôt de l'hypochlorhydrie, cas le plus fréquent, tantôt une chlorhydrie normale, quelquefois de l'hyperchlorhydrie plus ou moins accusée ; dans ce dernier cas le diagnostic n'est guère facilité et il nous semble que *cette hyperchlorhydrie doit être un signe de gastro-duodénite associée.*

Tubage duodénal. — Nous n'insisterons pas sur l'épreuve de Meltzer-Lyon, dont l'utilité ne peut être contestée, mais qui ne donne que des renseignements d'ordre vésiculaire. Ce n'est pas le lieu de s'y attarder ici ; qu'il suffise de dire qu'elle

devra être complétée par un examen chimique, cytologique et bactériologique de la bile.

C. *Etude radiologique.* — Elle doit obligatoirement comporter : un examen radiologique gastrique et un examen radiologique vésiculo-duodénal.

L'examen gastrique a surtout pour but de rechercher des signes indirects de cholécystite et nous y insisterons peu. La constatation d'un estomac de situation élevée, en écharpe, dirigé obliquement à droite, la région pyloro-bulbaire venant se fixer sous le foie, est en effet très en faveur d'une affection vésiculaire.

Que ce signe existe ou non, la présence d'une hyperkinésie provoquée par la palpation de la région vésiculaire, est aussi un excellent symptôme diagnostique (Loeper, Félix Ramond).

De même, nous avons constaté quelquefois, comme Félix Ramond et Dany, des incisions probablement spasmodiques de l'antre prépylorique, siégeant principalement sur la grande courbure, uniques ou multiples (souvent doubles) et indépendante des contractions péristaltiques.

Le spasme pylorique n'est pas rare au cours des cholécystites et l'on peut trouver un point douloureux pylorique à côté du point douloureux nettement vésiculaire. On a signalé parfois un spasme médiogastrique, et même un spasme généralisé, diminuant le volume de l'estomac, avec petite poche à air.

L'examen radiologique vésiculaire, sans préparation et après tétraiode, permet de constater les signes de cholécystite si bien étudiés depuis quelque temps (Nemours-Auguste), mais sur lesquels nous croyons superflu d'insister ici, car ils sortent du cadre de cet article. Ils peuvent du reste manquer et le diagnostic étiologique doit être uniquement basé sur la clinique, ce qui suffit dans la majorité des cas.

Notons cependant qu'on constate assez souvent, quand elles sont bien teintées, des vésicules de formes irrégulières ; la péricholécystite nous paraît être la cause principale de ces déformations portant habituellement sur l'ensemble de l'organe (Nemours-Auguste).

Cet aspect, il faut le signaler, peut être dû aussi à une cholécystite simple avec rétraction cicatricielle de la paroi et parfois à la pression sur le duodénum.

Enfin, la persistance de l'image vésiculaire au niveau du même repère vertébral en position horizontale et verticale est un signe de grosse valeur en faveur de la péricholécystite, une vésicule normale remontant, dans le décubitus, de la hauteur d'une vertèbre environ. Quand la vésicule est adhérente au duodénum, elle ne regagne pas la fossette cystique en décubitus dorsal et reste parallèle à la colonne vertébrale (Nemours-Auguste).

Dans les cas qui nous occupent ici, la méthode radiologique de choix est incontestablement la prise de *radiographies combinées vésiculaires et duodénales en série*, après opacification de la vésicule et absorption de baryte.

S'il y a *compression par une grosse vésicule*, on constate une dépression arrondie du bulbe portant en règle sur sa grande courbure. Le bulbe est alors refoulé vers la gauche et redressé.

Plus rarement, la dépression se marque sur son sommet ou sa petite courbure. En tout cas, la radiographie vésiculaire associée permet de contrôler que la déformation est bien due au refoulement par la vésicule.

Elle est parfois provoquée par la pression contre le bord inférieur du foie.

L'existence d'une empreinte vésiculaire n'a d'ailleurs de valeur pathologique que si elle écrase véritablement le duodénum, gênant par conséquent considérablement le passage de la baryte et du chyme gastrique, entraînant un retard de vidange du bulbe.

D'autres fois, la compression porte sur la deuxième portion du duodénum ; mais là encore elle n'est pathologique que si elle entraîne une stase duodénale, un arrêt plus ou moins important du transit, l'existence d'un antipéristaltisme très net, énergique et répété, car on sait qu'il existe un antipéristaltisme physiologique sur le duodénum.

En l'absence de toute périduodénite et de duodénite, l'examen radiologique peut montrer quelques troubles de motilité, analogues à ceux que l'on constate sur l'estomac, en particulier des spasmes qui segmentent le bulbe et peuvent donner le change avec des spasmes d'origine ulcéreuse. Ils ne sont pas constants, à des examens successifs.

En cas de périduodéno-cholécystite, on peut observer des modifications permanentes morphologiques et topographiques importantes du bulbe et de la deuxième portion du duodénum.

L'examen à l'écran radioscopique, ou sur les radiographies en série de la région pyloro-bulbaire, décèle, en raison de l'attraction et de la fixation du segment pyloro-bulbaire sous le foie, l'existence d'une rétro-position du bulbe et de D^2, visibles seulement en oblique antérieure droite, d'une évacuation antéro-postérieure gastro-duodénale, d'un bulbe quelquefois atrésié et d'aspect plus ou moins anormal, bilobé par exemple. L'interprétation de ces images est parfois fort difficile.

Le bulbe s'injecte mal ; sa partie inférieure se dilate, sans qu'on aperçoive nettement le *genu superius*. Il faut toutefois se méfier des remplissages incomplets et au besoin recourir à la manœuvre préconisée par Chabrol qui consiste à n'injecter que le duodénum avec la sonde duodénale.

D'autres fois, le bulbe se vide mal et reste anormalement visible.

Le *genu superius* est souvent haut situé, attiré vers le haut (Nemours-Auguste).

Sur la deuxième portion du duodénum, la périduodéno-cholécystite détermine très souvent des angulations plus ou moins accentuées ouvertes en dedans (Enriquez et Carrié). L'antipéristaltisme y est fréquent. L'aspect concave en dehors, par coalescence avec la vésicule, est exceptionnel (Nemours-Auguste). La périduodénite peut en certains cas, tout comme la compression duodénale, donner naissance à des signes de sténose avec arrêt baryté, dilatation duodénale sus-jacente et mouvements antipéristaltiques.

La *duodénite* est caractérisée essentiellement par l'absence de toute image ulcéreuse typique.

Le bulbe présente souvent des bords plus ou moins flous et irréguliers, frangés, avec des incisures fines et variables sur des clichés pris à de courts intervalles, suivant le degré de remplissage. Ce dernier manque d'homogénéité.

Nous pensons que ces signes sont dus bien plus souvent à la duodénite, qu'à une périduodénite souvent illusoire et non retrouvée au cours des interventions chirurgicales, contrairement à ce qui est encore trop communément admis.

Les aspects variés que nous venons de passer en revue sont tantôt isolés, tantôt et le plus souvent, associés les uns aux autres d'une façon plus ou moins complète.

D'autres images radiologiques peuvent se rencontrer exceptionnellement, sur lesquelles nous n'insisterons pas ; disons seulement que Delherm, Dalsace, Thoyer-Rozat et Codet ont publié le cas très rare d'une fistule duodéno-vésiculaire, où l'ingestion de bouillie barytée entraînait la visibilité de la vésicule et de tout l'arbre biliaire.

Coexistence de la cholécystite et de l'ulcus duodénal. — Il ne faut pas méconnaître l'association possible de cholécystite et d'ulcus duodénal. Haas en a rapporté un cas, Œttinger deux cas, Mix deux cas, Archibald Maclaren cinq cas, Bruce sept cas ; Cade dit l'avoir rencontrée deux fois ; enfin Galassi, Kelling, Schaly, Ochoner en ont cité des exemples.

N'existe-t-il pas entre les deux maladies un rapport étiologique ? Œttinger incriminait, comme origine de certaines cholécystites, la gêne mécanique apportée au cours de la bile par les adhérences créées par un ulcus, et, comme cause de certains ulcus, la stase duodénale due à la périduodénite vésiculaire, ou à la compression par une grosse vésicule.

En somme, cet auteur n'envisageait que des facteurs mécaniques ; cette étiologie est en effet possible ; mais outre cette action mécanique, un facteur infectieux joue vraisemblablement un rôle.

L'infection de l'ulcus, par voie ascendante ou autre, peut sans doute déterminer des cholécystites puisqu'il est admis qu'elle peut donner des ictères par hépatite.

D'autre part, l'infection vésiculaire, en se compliquant comme on l'a vu de duodénite, prédispose à la formation d'ulcus.

***

Les deux organes sont donc appelés à réagir l'un sur l'autre, non seulement cliniquement et anatomiquement, mais étiologiquement par l'infection et par la gêne mécanique qu'ils entraînent. Il n'est cependant pas toujours aisé de déterminer quel est l'organe primitivement atteint.

Le tableau d'ensemble, que nous venons de tenter de tracer, nous paraît démontrer qu'il y a un double intérêt à ne pas ignorer ces réactions vésiculo-duodénales.

Tout d'abord, il faut les connaître pour les rechercher et pour les traiter.

Ensuite, elles soulèvent le problème souvent difficile du diagnostic de l'ulcus duodénal sur lequel Cade et Barbier, Jacquelin et Chêne ont insisté récemment.

Nous avons dit que la cholécystite peut parfois simuler le syndrome ulcéreux ; il nous semble qu'elle le peut en trois circonstances.

1° Quand elle est pure et que son tableau clinique, avec ou sans hyperchlorhydrie, simule celui de l'ulcus duodénal ;

2° Quand elle se complique de duodénite ou de gastro-duodénite et que la symptomatologie vésiculaire est fruste ou revêt principalement le type gastro-duodénal ;

3° Plus rarement, quand elle se complique de périduodénite, avec ce même tableau clinique trompeur.

Sans doute, on nous dira, avec Gutmann et non sans raison, que la radiologie est là pour trancher la question ; cela est vrai dans un grand nombre de cas, quand l'image radiographique de la niche ulcéreuse est nette et sans discussion.

Mais il faut avouer qu'il n'en est pas toujours ainsi ; nous connaissons tous ces images imprécises de niches, dont l'interprétation est difficile même pour un œil averti et traduit souvent plus une tendance de l'esprit que la réalité. Nous connaissons tous ces irrégularités ou ces aspects flous des bords du bulbe, longtemps et trop souvent encore attribués à la périduodénite, alors qu'il s'agit plutôt de duodénite ou de mauvais remplissage du bulbe ; nous avons décrit ces mauvais remplissages et ces spasmes du bulbe que la duodénite donne aussi souvent que l'ulcus.

Que de fois l'on constate à l'intervention l'absence de l'ulcération que ces images radiologiques avaient fait diagnostiquer, le plus souvent après de longues hésitations!

Nous croyons que très fréquemment il s'agit de péricholécystite, de duodénite ou de troubles fonctionnels du bulbe d'origine vésiculaire.

Un grand nombre des malades que nous avons examinés et qui rentrent dans le cadre de cette étude, nous ont été adressés, non sans raison et sans un semblant de vérité, avec le diagnostic d'ulcus duodénal ; certains d'entre eux avaient été traités pendant des mois, et sans résultat, par des pansements gastriques, la belladone et autres thérapeutiques de l'ulcère ; certains avaient même reçu le conseil de se faire opérer.

Le diagnostic de cholécystite n'a pu, dans tous ces cas, être établi par nous, uniquement par la clinique et la radiologie ; mais assez souvent après de longues hésitations, après une étude minutieuse de l'histoire clinique, après une exploration approfondie et renouvelée de la région vésiculaire, après un examen radiologique combiné de la vésicule et du duodénum plusieurs fois répété, nous avons pu rejeter le diagnostic d'ulcus et poser celui de cholécystite.

Dans les cas restés douteux, et ce ne sont pas les moins fréquents, nous avons eu recours à l'épreuve thérapeutique ; nous avons appliqué à ces malades le traitement habituel des cholécystites et les troubles, qui avaient résisté jusqu'alors, se sont amendés malgré l'absorption de médicaments comme le salicylate de soude, l'huile de Haarlem, etc., habituellement mal tolérés par les ulcéreux.

C'est dire qu'actuellement, l'attention étant attirée sur l'ulcus duodénal par les travaux récents, le diagnostic en est souvent posé trop facilement après des examens cliniques insuffisants et après des examens radiologiques interprétés trop hâtivement et que la cholécystite nous paraît une cause fréquente de ces erreurs. Il n'en reste pas moins que parfois le diagnostic est fort difficile à préciser.

L'augmentation de fréquence des cholécystites depuis quelques années, leur association à la duodénite et à la péricholécystite doivent les faire rechercher avec soin ; on évitera ainsi des erreurs de diagnostic et des erreurs de traitement médical ou, fait plus grave, chirurgical.

BIBLIOGRAPHIE

BOUCHUT et Pierre P. RAVAULT. — La pyloroduodénite. *Arch. des mal. de l'app. digestif*, février 1927.

BRUCE. — Association de cholécystite et d'ulcus duodénal. *Ann. of Surgery*, septembre 1926.

CADE et BARBIER. — Les difficultés du diagnostic de la cholécystite lithiasique chronique et de l'ulcus duodénal. *Lyon Médical*, 11 mai 1924.

CADE et MILHAUD. — Une cause d'erreur dans le diagnostic des ulcères pyloriques et duodénaux : la localisation sous-hépatique de la douleur provoquée. *Journ. méd. de Lyon*, 1930.

CARNOT, BLAMOUTIER et FRUDEL. — Les périsviscérites digestives. Baillière, 1926.

CHIRAY et PAVEL. — La vésicule biliaire, Masson, 1927.

CHIRAY, PAVEL (Georges). — La péricholécystite plastique. *Annales de médecine*, janvier 1927, n° 1.

ENRIQUEZ et CARRIÉ. — *Journal médical français*, janvier 1923.

G. FAROY. — Comment reconnaître qu'une dyspepsie est d'origine hépatique. *Journal de diététique*, 15 décembre 1928, n° 28.

G. FAROY. — Le rôle du foie dans la migraine. *Progrès Médical*, 4 août 1934.

G. FAROY, DERON et CARLOTTI. — Les vésicules biliaires en situation basse. *Presse Médicale*, 26 octobre 1935.

GALASSI. — Observation clinique d'un syndrome d'association d'ulcère, de cholécystite et d'appendicite. *Ann. ital. di chir.*, 3 décembre 1929.

GATELLIER, MOUTIER, PORCHER. — Radiologie clinique du tube digestif. Masson, 1930.

GUTMANN, GARCIA CALDERON, JAHIEL. — Les périduodénites. *Bulletin Médical*, 27 novembre 1926.

KELLING. — Die bizienhungen zwischen cholelithiasis und ulcus duodeni. *Archiv. f. Verdaungster*, 1921, vol. XXIII.

LEDOUX-LEBARD et GARCIA CALDERON. — Radio-diagnostic de la cholécystite non-lithiasique et de la péricholécystite. *Congrès de la lith. bil.*, Vichy, 1931, Doin, t. II, p. 484.

DE LARREN et ŒRLING. — Coexistence de cholécystite et d'ulcus duodénal. *Sang, gyn. et obst.*, Chicago, 1924, n° 38.

LOEPER. — Les petits signes gastriques de la lithiase biliaire. *Monde Médical*, 5 juillet 1914.

MIX. — Ulcère duodénal combiné avec une cholécystite. *Medical Clinics of North America*, 1923, vol. VII, p. 337.

NEMOURS-AUGUSTE. — Radiologie de la vésicule biliaire, Masson, 1934.

ŒTTINGER. — Ulcère du duodénum et cholélithiase. *Soc. méd. des hôp.*, 1913.

P. PAPIN. — Péricholécystites. Thèse de Paris, 1913-1914.

PARTURIER. — Séméiologie biliaire. Doin, éditeur, 1926.

F. RAMOND et DANY. — Les déformations radiologiques de l'antre pylorique au cours des cholécystites. *Cahiers de gastro-entérologie*, mars 1934.

F. RAMOND et DARQUIER. — Les duodénites considérées aux points de vue étiologique et anatomo-pathologique. *Soc. méd. des hôp.*, 1925, n° 28.

F. RAMOND et JACQUELIN. — Radiologie de l'estomac et du duodénum, Paris, Maloine, 1930.

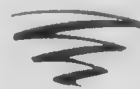
SCHALY. — Cas d'ulcère duodénal avec cholécystite. *Nederl. Tydschr. V. Ge. eesk.*, 1, 733, 11 février 1928.

TRÉMOLIÈRE et OLIVIER. — Les périviscérites digestives adhésives. *Journ. méd. fr.*, février 1926, n° 2.

TRÉMOLIÈRE et SALMON. — Diagnostic du syndrome douloureux clinique du carrefour supérieur de l'abdomen. *Journ. méd. fr.*, août 1928, n° 6.

WEDON-DUFRANO. — Les réactions pyloro-duodénales des cholyscétites. *Soc. belge de gastro-entérologie*, 16 décembre 1928.

WARTHEIMER et MILHAUD. — Obstruction duodénale par calcul biliaire. *Journ. méd. de Lyon*, 1932, n° 303.



CLINIQUE INFANTILE

L'alimentation dans la première enfance [1]

Par M. le Docteur S.-B. BRISKAS
Assistant étranger à la Clinique médicale des Enfants

Je désire vous communiquer aujourd'hui quelques notions sur l'alimentation dans la petite enfance.

C'est une question de toute première importance en pédiatrie.

Il y a encore quelque dix ans, cette question n'étant pas bien étudiée, il en résultait une mortalité infantile bien supérieure à celle de nos jours.

Dans d'autres pays, comme aux Etats-Unis, où la surveillance des enfants est bien supérieure à celle qui existe en Europe la mortalité infantile est plus basse.

L'aliment normal, l'aliment naturel devant être donné à l'enfant c'est, *sans conteste, le lait de sa mère* ; c'est un aliment complet, équilibré, bien adapté à la nutrition du nourrisson, car il renferme tous les éléments nutritifs assurant la croissance normale.

Pour vous préciser la teneur du lait de femme en divers éléments, comparons-le aux laits de la vache, de la chèvre et de l'ânesse. Voyons aussi la *valeur énergitique* de ces différents laits, en chiffres ronds.

	Lait de femme	de vache	de chèvre	d'anesses
Protéines	18 ‰	32 ‰	36 ‰	17 ‰
Graisses	35 ‰	34 ‰	40 ‰	13 ‰
Hydr. carbone..	61 ‰	48 ‰	43 ‰	60 ‰
Sels............	2 ‰	6 ‰	6 ‰	2 ‰
Calories.........	660	700	140	460

Suivant l'espèce animale considérée, les matières albuminoïdes du lait offrent des particularités diverses.

Le lait de femme contient une quantité relativement petite de caséine, le lait de vache une quantité plus forte.

Les graisses, il en existe à peu près la même quantité dans le lait de femme et dans le lait de vache, tandis que le lait d'ânesse renferme moins. On trouve dans le lait de femme jusqu'à 50 % de trioléides mais très peu de triglycérides et d'acides gras volatiles.

Dans le lait de vache il n'y a que 30 % de trioléides, mais par contre ce lait est riche en triglycérides et en acides gras.

Dans le lait de la femme on trouve encore de la lécithine et de la cholestérine, des nucléones, corps azotés riches en phosphore. Il y en a 1,24 p. 1.000 dans le lait de femme et seulement 0,56 p. 1 000 dans le lait de vache.

D'autre part, il y a aussi dans le lait des acides aminés, comme le tryptrophane, facteur de croissance indispensable à la vie, qui existe dans le lait de femme à la dose de 2 gr. 33 pour 100 et dans les albumines et globulines à la dose de 2 gr. 80 % alors que le lait de vache en renferme 1 gr. 60 % et les albumines et globulines 1 gr. 73 ; le lait de chèvre contient des chiffres analogues au lait de vache, de l'urée, de la creatine, de la dextrine, une faible quantité de fer, environ un milligramme p. 1.000 dans le lait de vache et de chèvre et un peu moins élevé dans le lait d'ânesse (Zizie), et, d'après nos recherches personnelles, on trouve 2 milligrammes par litre de cuivre dans le lait de la femme seulement 0 milligr. 60 à 0 milligr. 80 dans le lait de la vache et 0 milligr. 50 dans le lait d'ânesse.

Le phosphore, le calcium et le fer existent surtout sous forme de combinaisons organiques, dans le lait de femme, sous forme de lécithines, et nucléines.

Dans le lait de vache on les trouve sous forme de combinaisons de phosphates inorganiques, particulièrement du phosphate tribasique de chaux.

Le lait de femme apporte à l'enfant les vitamines A, B et C et des diastases non altérées, il contient en outre une amylase qui exerce sur l'amidon une action saccharifiante, ce qui permet aux enfants au sein de digérer les bouillies plutôt que ne le peuvent les enfants élevés au biberon.

La lipase de lait de femme, ou monobutyrinase de Marfan et Gillet, capable de décomposer la monobutyrique en acide butyrique et glycérine, est plus active que celle du lait de vache.

D'après ce rapide exposé, vous voyez nettement que l'aliment maternel a des qualités telles qu'aucune autre alimentation du jeune nourrisson ne peut remplacer.

On ne connaît, pour ainsi dire, pas de contre-indications à l'emploi du lait de femme. Il faut cependant dire que lorsque la femme nourrice est atteinte d'une suppuration mammaire lorsqu'elle est *tuberculeuse*, lorsqu'elle est atteinte d'une *infection aiguë*, grave ou prolongée, de la fièvre typhoïde, d'une septicémie puerpérale, d'une coqueluche, d'une méningococcie, d'une pneumonie, etc. ou bien lorsque la femme nourrice a une maladie *chronique* telle que l'anémie grave, la néphrite chronique, ou une affection du cœur décompensée, ou encore une affection mentale ou nerveuse et en particulier l'épilepsie, si elle est atteinte d'une toxicomanie (alcoolisme) dans tous ces cas l'allaitement au lait de femme est contre-indiqué.

On se trouve actuellement souvent en présence de l'impossibilité de la mère d'allaiter son enfant pour des raisons *sociales* et *économiques*, la femme étant obligée de travailler se trouve dans une position pécuniaire insuffisante, ne lui permettant pas de se donner complètement à son enfant.

Au dernier Congrès d'hygiène (octobre 1935) Lesage et Cruveillier ont montré qu'à la campagne l'allaitement maternel ne se prolongeait jamais ou seulement exceptionnellement au delà de deux ou trois mois.

Je ne m'arrête pas aujourd'hui sur tous les détails de l'allaitement au sein, cela nous entraînerait trop loin.

Je dirai seulement que c'est l'allaitement au sein qui donne le plus de sécurité, et ceci est facile à comprendre, car les règles pour l'allaitement au sein sont des plus simples. Il ne faut pas s'inquiéter de la quantité de lait absorbé par le nourrisson à chaque tétée. La courbe de poids bihebdomadaire ou hebdomadaire ainsi que l'aspect de l'enfant témoignent de l'excès ou de l'insuffisance de l'allaitement.

Si un enfant est *suralimenté* (fait rare) on voit apparaître de petites régurgitations, des vomissements et des selles 3 à 4 par jour, selles mal digérées ; le poids augmente.

Au contraire, si le bébé est *sous-alimenté* à la fin de chaque tétée il pousse des cris, il a de la constipation et il maigrit. L'*athrepsie* par *sous-alimentation* est *exceptionnelle* chez les enfants nourris au sein, elle est bien plus fréquente chez ceux nourris artificiellement.

Voici, très brièvement, quelques indications sur le nombre des tétées à donner, calcul basé sur le poids de l'enfant.

Pendant le premier mois, pour un bébé pesant 3 kgr. on donne huit tétées par jour. Si le bébé est bien constitué on ne lui donne que sept tétées, à un enfant gros c'est six tétées qu'on prescrit, jusqu'à 6 ou 8 mois.

Passons maintenant à l'étude *de l'allaitement artificiel*. On emploie pour ce mode d'allaitement ou bien du lait de vache ou bien des préparations variées lactées ou non.

Ainsi, on emploie par exemple le lait *acidifié* ou bien le « lait calcique ».

Le lait acidifié de Marriott fut préconisé en 1923 pour l'alimentation artificielle du nourrisson bien portant, ce lait a une influence favorable sur la digestion : 1° il agit sur le pouvoir tampon du lait de vache, le diminuant ; 2° il influe à la coagu-

(1) Leçon de la Clinique médicale des Enfants. Hôpital des Enfants-Malades, service du Professeur Nobécourt, du 17 décembre 1935.

lation en flocons de la caséine ; 3° il agit aussi de façon antiseptique sur le colibacille.

Ce qui est plus important c'est que l'acidité gastrique mesurée en pH montre que la teneur du lait de femme en est de 3,75, pour le lait entièrement acidifié de 3,71, tandis que le lait de vache donne le chiffre de 5,5.

La préparation du lait acidifié est la suivante : On ajoute 2 % de crème de riz ou de maïs, 5 % de sucre. On fait cuire à feu doux pendant 5 minutes en remuant. On refroidit jusqu'à 37° et on ajoute alors, goutte à goutte 0,5 à 0,7 % d'acide lactique de la pharmacopée.

Ce lait a un goût agréable et sa valeur nutritive est de 940 calories par litre.

Des essais de ce lait ont été faits en Amérique, en Allemagne, en Suisse, surtout par Benheim-Karrer en 1929, par Reber en 1932, par Feer en 1934 et par Exchaquet en 1935.

Personnellement, nous n'avons pas d'opinion précise sur l'emploi de ce lait, nous l'expérimentons actuellement.

Un autre lait, aussi intéressant est le « lait calcique ». Ce lait a été préconisé par Moll en 1922 sous le nom lait au calcia et son emploi fut modifié par M. Lesné et Mlle Dreyfus-Sée en 1933 autant pour l'alimentation des enfants sains que pour celle des enfants malades.

La préparation de ce lait est des plus faciles : dans un litre de lait demi-écrémé ou bien écrémé au quart, en ébullition on ajoute 2 gr. 50 de lactate de chaux, on retire du feu, on laisse en contact durant 30 secondes et on passe rapidement au tamis fin. Le petit lait ainsi obtenu est administré à l'enfant non coupé et sucré comme d'habitude.

Ce lait présente plusieurs avantages : 1° précipitation de la moitié de la caséine 15 à 18 ‰ ; 2° le lactate de chaux dans l'estomac du nourrisson se dédouble en acide lactique qui est important par son action antiputrécible, il agit comme un vrai antiseptique et antidiarrhéique.

La *valeur calorique* varie, suivant la teneur en beurre, de 550 à 650 calories par litre.

Dans le service de M. Lesné, nous avons pu constater plusieurs fois que des enfants dont le poids restait stationnaire, présentaient après l'emploi du « lait calcique » une augmentation nette de leur poids. Il constitue aussi, un excellent régime de transition entre le lait de femme et les laits habituels de commerce. Souvent il peut être utilisé avec avantage pour réadapter au régime lacté un enfant soumis à la diète hydrique.

Chez les débiles et les hypotrophiques, petits vomisseurs, diarrhéiques, eczémateux, c'est un fait remarquable.

Ce lait, ainsi que le lait acidifié, se donne entier, non coupé.

Voici quelques indications de base pour *l'allaitement artificiel* (lait de vache) un enfant de 3 kgr. aura 7 biberons par jour ; un enfant pesant plus de 4 kgr. recevra 6 biberons par jour. On donnera à la fin du premier mois 90 gr. de lait, puis on ajoutera 10 gr. par mois et par biberon.

Le coupage sera le suivant : pour les bébés de moins d'un mois, on coupe le lait par moitié ; au 2e mois on coupe par 1/3 ; au 3e mois au 1/4, vers le 4-5e mois au 1/5, au 6e mois on donne le lait pur.

Le coupage sera fait avec de l'eau bouilie ou bien avec une décoction d'orge ou de riz, fraîchement préparée et sucrée à 5 % (Comby).

En somme, dans les premiers mois de la vie le lait c'est l'aliment qui convient aux besoins du nourisson. Tâchez toujours de procurer à l'enfant du lait de femme, qui contient tous les éléments indispensables à la croissance normale, en se basant sur la formule d'Apert.

A défaut du lait de femme, on peut préconiser les laits acidifiés ou de lait calcique.

L'étude de ces préparations est à l'ordre du jour, les avantages présentés par le lait acidifié et le lait « calcique » sont nombreux et il convient de ne point négliger ces deux préparations.

***

Passons maintenant à l'étude de la période *de sevrage*. Cette période est des plus délicates, car des transformations assez profondes vont se faire chez l'enfant. C'est à cette période que l'enfant a ses premières dents, qu'il commence à marcher, c'est à ce moment aussi qu'il remue, qu'il s'agite bien plus qu'avant, sa vie se modifie et elle nécessite une alimentation plus calorigène, plus constituante que le lait.

Si, comme nous venons de l'expliquer, l'enfant est nourri avec le lait artificiel, il se trouve en carence de plusieurs éléments nutritifs qui sont indispensables pour la croissance normale.

Ces faits ont été démontrés par nombre de pédiatres, un enfant nourri exclusivement avec du lait, et soumis à ce régime d'une façon trop prolongée, tout en augmentant de poids, peut au bout d'un certain temps présenter de l'anémie, de l'anorexie, de la constpation. Ces enfants présentent souvent des troubles de la croissance, un retard de la dentition et de la marche.

Ceci s'explique du fait que l'allaitement artificiel est pauvre en cuivre, en fer, en sels assimilables, en ferments diastasiques et en vitamines (ces dernières étant détruites par la stérilisation).

Pour compléter ce régime insuffisant, il faut donner à l'enfant d'autres aliments, certes, avec prudence et de façon progressive, pour que l'organisme puisse s'y adapter peu à peu.

C'est dans ce but qu'on coupe le lait dès le 3e mois avec de l'eau d'orge, de riz, qu'on ajoute de la dextrine ou de la maltose ; après 6 mois on arrive à la dose totale de lait de vache entre 500 et 600 gr. par jour. Telle est l'opinion de M. Finkelstein, de M. Feer, de M. Czerny, de Keller et en France de MM. Nobécourt, Lesné et Ribadeau-Dumas.

Voyons la ration calorique. L'enfant exige une ration calorique supérieure à celle de l'adulte, surtout entre le 6e et le 15e mois, ou moment où il se transforme foncièrement.

Charles Richet a démontré que la perte de chaleur était proportionnelle à l'étendue de la surface cutanée, ou la surface spécifique (celle qui correspond à un kgr. de poids corporel) est beaucoup plus considérable chez les nourrissons que chez les grands enfants ou les adultes.

On considère que vers le 6e mois l'enfant nécessite de 70 à 100 calories par kilogramme de poids et par jour ; 20 à 30 % des calories sont utilisés pour les processus d'accroissement 80 à 70 % sont nécessaires à l'entretien et à la thermo-régulation. Donc, l'organisme du jeune enfant brûle environ 50 %, tandis que l'organisme d'un enfant plus âgé ne brûle que 19 % de plus, des substances alimentaires que celui de l'adulte.

Nous arrivons donc au moment où l'enfant exige un régime plus complet, plus varié et non carencé. C'est à ce moment qu'on introduit le régime omnivore, en rapport avec le développement des sécrétions digestives et l'apparition des dents (Lesné).

Les lois de l'isodynamie ne jouent pas chez l'enfant le même rôle que chez l'adulte. On ne peut pas remplacer certains aliments par d'autres car alors on verrait apparaître des perturbations assez sévères.

Il faut donner une ration calorigène équilibrée, composée d'hydrates de carbone, de graisses, de substances albuminoïdes qui constituerait la base énergétique et l'entretien des tissus ainsi que des sels, de l'eau, des vitamines éléments indispensables qui compléteront la ration journalière.

Les hydrates de carbone, élément énergétique par excellence, constituent la plus grande partie de la ration journalière à la dose de 7 gr. à 12 gr. par kilogramme et par jour. Rappelez-vous qu'un gramme d'hydrate de carbone dégage 4,1 calories. La moitié des hydrates de carbone est donnée sous forme de sucre et la moitié sous forme d'amidon.

Ils constituent de 60 à 70 % de la ration chez l'enfant, l'adulte n'a besoin que de 25 %.

Les hydrates de carbone favorisent le métabolisme des graisses. Si la ration contient des quantités trop faibles d'hydrates de carbone, la combustion des graisses est imparfaite et on risque de voir apparaître des phénomène d'acidose.

Les hydrates de carbone favorisent aussi le métabolisme

des protides ; contribuent à une meilleure utilisation de l'azote (Terroine et Mahler-Mendler).

Cependant, il ne faut pas que la quantité des hydrates de carbone soit 4 à 5 fois supérieure à celle des protides, car dans ce cas on voit survenir des troubles intestinaux suivis d'atrophie.

Les hydrates de carbone exercent une influence certaine sur le métabolisme de l'eau. Ils favorisent sa fixation sur les tissus. On peut souvent observer des hypotrophiques augmentant de poids sous l'influence d'un régime riche en sucre. Il ne faut pas s'y méprendre. Cet accroissement de poids est dû à la rétention d'eau, à la formation d'un œdème tissulaire.

A la suite d'une infection minime ces sujets hydrolabiles d'après l'expression de Finkelstein, se déshydratent rapidement et leur poids tombe brutalement.

La vitamine B influerait, suivant des recherches de Mme Randoin, Simonet et Lecoq, le métabolisme des hydrates de carbone. En l'absence de la vitamine B les hydrates de carbone ne sont pas utilement employés.

Cependant, Ribadeau-Dumas soulignait en clinique la nécessité de la vitamine B pour l'assimilation des légumes, des farines et des sucres :

Voyons maintenant à quel âge on peut donner des farines. Les opinions se partagent. Certains auteurs étrangers, Liebig (1866), Heubner (1895), Feer et Franchso donnent des farines de céréales de bonne heure, à la proportion de 5 gr. par jour. Cette opinion n'est pas admise en France par tous les pédiatres. M. Marfan fixe la première bouillie vers 6 mois M. Nobécourt et Lereboullet partagent son opinion.

M. Lesné donne dès le premier mois de la vie un lait coupé avec de l'eau de riz ou d'orge et y ajoute une faible quantité de farine maltosée soluble, vers le 6e mois il donne une quantité plus considérable avec de très bons résultats.

Cependant, M. Ribadeau-Dumas estime que le nourrisson très jeune peut digérer des farines faiblement maltosées, ou même des amidons non maltés, à la dose de 1 à 2 % de la ration totale. M. Cathala et Lévesque donnent dans certains cas des farines en quantité appréciable dès le premier mois de la vie.

M. Rohmer estime que renoncer aux farines c'est priver l'enfant d'un adjuvant puissant qui améliore la croissance du nourrisson soumis à l'allaitement artificiel.

Dernièrement, M. Baise a obtenu de bons résultats chez 11 enfants soumis au régime des farines à la dose de 1 à 2 %.

Pourquoi ces différentes opinions ?

Comme vous le savez, pour la digestion de l'amidon il faut la présence d'un ferment amylatique sécrété par les glandes salivaires (ptyaline) et le pancréas : accessoirement aussi par la muqueuse intestinale. Le ferment amylatique transforme l'amidon en dextrine, puis en maltose. Ce dernier sucre se dédouble sous l'influence de la maltase pancréatique et intestinale en deux molécules de glucose, sucre simple, réducteur qui ne se dédouble plus en hydrolyse.

Il y a quelques années, Ritter, Bidderet, Schmidt, et plus récemment Finizio et Allaria ont montré que la salive était dépourvue avant le 4e mois de la vie de pytaline. Ces constatations sont modifiées aujourd'hui. Combe (de Lausanne), Zweifel, Heubner et Ibrahim et plus récemment Hymanson et Davidson et Cocchi ont montré que la salive contenait de la ptyaline dès les premiers jours qui suivent la naissance, et qu'elle possède un pouvoir amylolytique faible, sans doute, mais certain.

On observa la même évolution de l'opinion sur la *sécrétion pancréatique*. D'après les anciennes recherches de Korovine, Zweifel, Krueger, on avait conclu à l'absence de l'amylase pancréatique durant les 24 premiers jours de la vie et à sa présence simplement à l'état de traces avant le 4e mois.

Les auteurs modernes : Moro, Ibrahim, Wegscheider, Jacoubovitch, Marriotto, Stroé, Mme Stroé, Théodarini trouvent dès les premiers jours le pouvoir amylolytique du suc pancréatique, faible avant le 3e mois, s'établissant solidement à partir du 4e et surtout du 6e mois. Enfin, la muqueuse intestinale paraît contenir chez certains enfants une maltase (Pautz et Vogel) mais ceci de façon inconstante et tardive.

Après cet exposé on voit nettement que l'ancienne opinion est délaissée, il est bien certain qu'avant six mois *l'appareil diastasique* du nourrisson fonctionne et permet malgré son imperfection relative la digestion de petites quantités d'amidon.

On remarque souvent que le poids du bébé augmente avec la prise de quantités même faibles de farines, ces quantités suffisent à favoriser la rétention de l'azote et en plus elles renferment du fer, des acides aminés, de la vitamine B.

Pour que l'amidon soit digéré, il faut le soumettre à une cuisson prolongée d'environ 20 minutes, au minimum, car l'action de l'amylase sur l'amidon cru est nulle.

Quant à nous personnellement, nous pensons que lorsqu'il s'agit d'un enfant bien portant dont le poids augmente régulièrement, il faut le laisser bien tranquille jusqu'à 6 mois, c'est alors qu'il faudra lui donner des farines.

Mais, si un enfant maigrit, malgré l'état de bonne santé, si son poids reste stationnaire, il sera utile d'introduire dans son régime une petite quantité de farine (2 % environ) car, comme le pense M. Rhomer, une petite quantité de farine est déjà suffisante pour exciter les glandes salivaires et la muqueuse intestinale.

Quelles sont les farines à conseiller ?

Toutes les farines n'ont pas la même valeur alimentaire, c'est pourquoi il est préférable de choisir celles qui sont les plus riches en hydrates de carbone.

Ainsi, l'arrow-rout contient jusqu'à 85 % d'hydrates de carbone, le tapioca en est aussi riche, la crème de riz renferme 75 % d'hydrates de carbone (elle est pauvre en graisses et riche en albumines 7,4).

Ces farines conviennent surtout aux jeunes enfants.

On donnera plus tardivement la farine de blé, peu blutée, riche en vitamine B, la farine d'orge, de maïs, qui sont pauvres en albumines et en graisses ; la farine d'avoine, riche en graisses, donc à donner après toutes les autres.

Dernièrement, M. Lesné et R. Clément ont démontré expérimentalement sur des rats, des faits très intéressants en ce qui concerne la valeur alimentaire des diverses farines. D'après ces auteurs, les farines renferment très peu d'acides aminés, donc pour assurer une bonne croissance, il faut ajouter du lait au régime des farines.

Les farines de tournesol, de soleuronne, de soja sont peu digestives, elles assurent une moins bonne croissance ; elles sont riches en azote. Il est utile de leur adjoindre une quantité double de farine de riz. Les auteurs cités concluent que ce sont des farines carencées. Leur emploi ne peut être que transitoire, on les utilise lors des diarrhées de fermentation.

Les protéines ne sont que peu énergétiques, ce sont des éléments plastiques d'entretien et de néoformation des tissus. On en donne de 2 gr. 50 à 3 gr. par kilogramme de poids et par jour. D'après M. Lesné, il faut donner la moitié de protéines animales et la moitié de protéines végétales.

Les protéines constituent de 13 à 15 % de la ration totale.

Voici, par exemple, en passant, la teneur en albumines de quelques aliments essentiels :

100 gr. viande maigre crue	20 gr.	d'albumine.
100 gr. farine...........	8 gr.	—
100 gr. fromage.........	20 à 25 gr.	—
100 gr. légumineuses.....	20 à 25 gr.	—

Notons d'autre part le pourcentage de l'utilisation par l'organisme des diverses albumines.

Albumine de la viande rôtie...............	97 %
Albumine du lait.........................	93 %
Albumine du pain........................	80 %

La valeur alimentaire des protéines dépend de la quantité des acides aminés (Osborne et Mendel, Wilcock et Hopkins, Laurbling.)

On distingue deux variétés : les protéines complètes et les protéines incomplètes.

Dans les premières on trouve les acides aminés (le lait en est le type), dans les secondes les acides aminés font défaut.

Certains acides aminés, tels que le glycocolle, l'alanine, peuvent être élaborés par l'organisme, d'autres ne sont pas synthésés, tels que la lysine, la cystine, le tryptophane, l'arginine, l'histidine proline.

C'est ce qui explique la valeur pour la croissance de la caséine, de l'ovalbumine (Osborne et Mendel, 1912) des peptones (Ploez et Gyergi, Adam Kiewicz, 1877).

Le peu de valeur pour la croissance de la gélatine et du gluten (Voit 1872, Osborne et Mendel, 1912).

Une notion pratique peut être affirmée, c'est que les albumines animales sont supérieures aux albumines végétales (Terroine), car les premières renferment de la lysine et de la tryptophane.

Lesné et R. Clément firent des expériences sur les rats et arrivèrent aux résultats suivants : « chez le jeune rat, les albumines végétales ne sont pas suffisantes pour assurer la croissance, mais peuvent suffire comme ration d'entretien aux animaux adultes ».

Les protéines des pommes de terre, des carottes, des navets ne peuvent à elles seules assurer la croissance et d'autre part leur digestion est difficile.

Les protéines des céréales sont supérieures à celles des légumineuses, mais il ne faut pas les donner en exclusivité, car elles sont pauvres en acides aminés, on y ajoute une certaine quantité de lait, pour corriger cette déficience ».

Les farines de soja sont riches en protéines 35 %, alors que la viande de bœuf n'en contient que 20 % et la farine de blé de 8 à 10 %. Les farines de soja n'ont qu'une faible teneur en acides aminés, c'est pourquoi elles ne peuvent assurer la croissance, et il faut, si on les emploie, leur ajouter du lait ou de la viande. Il en est de même pour les aleurones de tournesol, il faut leur adjoindre des farines de céréales (de riz), qui apportent un complément nécessaire d'hydrates de carbone, de lactalbumine, de levure de bière, d'extrait de Malte, riches en acides aminés et en vitamines B.

Du point de vue pratique, que faut-il conclure ?

Il faut donner des albumines végétales à partir de 6 mois en tant que ration d'entretien, mais pour la croissance il faut y ajouter un peu de lait.

Vers le 10e ou 12e mois on peut donner tous les deux jours un œuf, dont la valeur calorique est de 80 à 95.

Le jaune d'œuf est un aliment complet, il contient de la lécithine, de la cholestérine, de vitelline, des nucléoprotéides (2 gr. 5), du fer et du cuivre.

On donne l'œuf *très cuit*, on le cuit environ 5 minutes. On le mélange à une purée.

La viande ne sera donnée qu'à partir de 15 ou 18 mois. On donne alors 20 à 25 gr. de pulpe de viande par jour, du jambon maigre, du poulet, une côtelette d'agneau, etc...

On a intérêt à donner déjà vers le 8e ou 10e mois du bouillon et du jus de viande.

Les légumes sont digérés dès le 4e ou 5e mois de la vie, ils renferment des vitamines, des sels minéraux, de la cellulose, d'autre part, ils sont utiles car ils excitent l'appétit, qui souvent est déficient lorsque le régime lacté exclusif est trop prolongé.

Durant le *deuxième semestre*, lorsqu'on donne des légumes, pour qu'ils soient acceptés et digérés, il faut parallèlement *diminuer la quantité de lait*.

C'est habituellement des légumes cuits qu'on donne aux bébés.

On donne une à deux cuillerées à café de purée de carottes (qui contiennent des vitamines A, B et C) ou du bouillon de légumes, épaissi avec des carottes, des navets, des pommes de terre, des légumes verts.

La cuisson demande du soin, la meilleur méthode c'est de cuire les légumes pendant 3 heures dans une marmite à double fond, ce procédé permet de conserver aux légumes un goût agréable, et toute la quantité de sels minéraux et les vitamines.

Tobler de Berne a préconisé l'emploi de légumes crus, desséchés à froid dans le vide et broyés à la meule ; on trouve cette préparation dans le commerce. Soit un mélange de carottes, de dextrine, de maltose ou un mélange de carottes, d'épinards, de tomates. On donne ces mélanges de la façon suivante :

Une à trois cuillerées à café de mélange dilué à froid sont cuites quelques minutes, jamais longtemps. Ces préparations conviennent aux enfants normaux dès le 5e mois ou bien à ceux qui présentent de la dyspepsie du lait.

Quant aux légumineuses (haricots, pois, fèves, châtaignes) il faut les éviter dans l'alimentation des jeunes enfants, elles sont l'origine de bien des fermentations. Il faut éviter les légumes décortiqués et les farines de légumineuses, il faut surtout donner des légumes frais.

Voyons ce que nous pouvons dire au sujet DES GRAISSES. Elles constituent un potentiel énergétique de premier ordre, elles servent aux combustions et aux réserves.

On donne les graisses à la dose de 2 gr. 50 à 3gr. par kilogramme et par jour : un gramme de graisse délibère 9 calories environ. Les graisses constituent 15 à 20 % de la ration totale.

Il faut donner une moitié de graisses animales et l'autre moitié de graisses végétales.

Les graisses favorisent l'assimilation des hydrates de carbone, d'autre part, les graisses apportent à l'organisme le facteur A. Les graisses animales en sont riches, les végétales sont dépourvues du facteur A (Lesné et R. Clément).

Le facteur A est un facteur de croissance. La carence prolongée conduit à la xérophtalmie, mais l'excès amène l'intoxication cétonémique.

L'EAU. Le nourrisson absorbe 150 gr. d'eau par kilogramme de poids et par jour (Hess). Cette quantité doit être augmentée en cas de fièvre ou de sécheresse excessive de l'atmosphère. L'eau est éliminée par les reins, le tube digestif, par la peau, les poumons.

Il faut se rappeler qu'un régime trop concentré détermine fréquemment la fièvre alimentaire et que le régime trop riche en liquides est aussi mal toléré, il entraîne la distension de l'estomac, l'apparition de l'érythème fessier.

LES SELS MINÉRAUX ainsi que l'ont montré Max Lévy et Fleury, jouent un rôle essentiel dans les échanges cellulaires. Les perturbations du métabolisme du chlore dans les dyspepsies entraînent des déductions thérapeutiques utiles.

Le calcium, le phosphore sont indispensables à la croissance. Lorsque le rapport calcium-phosphore dépasse ou est inférieur à 1,5 on constate des perturbations de l'ossification et de la calcification (c'est l'un des éléments du régime du rachitisme expérimental).

L'enfant a besoin pour le développement normal de son squelette de 0,47 de chaux par jour (Gautier). La carence d'absorption ou d'assimilation du calcium conduit non seulement à l'insuffisance du développement osseux, mais encore elle entraîne des troubles du métabolisme phosphoré, des troubles de la fonction parathyroïdienne, des troubles nerveux, elle modifie aussi la perméabilité élective des cellules vivantes.

Le calcium existe dans le lait, les légumes, les fruits. Le phosphore et le Na sont renfermés dans le lait, la viande, le jaune d'œuf, les céréales, les légumineuses, dans le tournesol, sous forme de phytine et de lécithine. Dans les légumes frais et les fruits on trouve du fer et du cuivre.

Je désire encore vous dire quelques mots au sujet des VITAMINES. Autrefois on les considérait comme de mystérieux principes et en conséquence dédaignés à la fois par la plupart des biologistes et par le public, les vitamines triomphent depuis quelques années de toutes ces résistances ; elles prennent en physiologie, en biochimie et surtout en médecine une place de plus en plus importante en tant que facteur essentiel de la nutrition.

Voyons les différentes vitamines et leur rôle.

Les vitamines sont des principes que l'organisme animal est incapable d'élaborer lui-même et qui à des doses infinitésimales (de l'ordre du millionième, voire du dix-millionième du poids



AGOMENSINE

Extrait hydrosoluble hyperhémiant
Active et sollicite les fonctions menstruelles

Aménorrhée, Règles rares, trop espacées peu abondantes

SISTOMENSINE

Extrait liposoluble équilibrant
Modère et régularise les fonctions menstruelles

Règles profuses, trop fréquentes, trop prolongées
Dysménorrhées non lésionnelles

ANDROSTINE

Extrait complémentaire

Troubles nerveux et psychiques d'origine génitale
Puberté et ménopause
Anxiété et nervosisme de la carence sexuelle



Laboratoires **CIBA. O. ROLLAND**, Ph^cien, 109-113, Bd de la Part-Dieu, **LYON**

BIBLIOGRAPHIE

Le traitement chirurgical du goitre exophtalmique et des goitres avec hyperthyroïdie, par Louis Courty et M. Ansel. Un vol. in-8º de 312 pages avec 36 figures et 31 courbes, 60 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe).

Le livre que vient de publier le Professeur L. Courty (de Lille) avec la collaboration de M. Ansel, vient très opportunément attirer l'attention du public médical français sur la chirurgie du Basedowisme ; il comble aussi une lacune, car il n'existait aucun travail d'ensemble où le chirurgien désirant approfondir cette question difficile, puisse se renseigner utilement.

Avant de décrire les techniques opératoires, les auteurs ont jugé nécessaire de rappeler quelques notions indispensables de pathologie thyroïdienne. C'est ainsi qu'ils étudient en quelques chapitres les hyperthyroïdies au point de vue clinique, les syndromes para-basedowiens, les variations de l'hyperthyroïdie, les poussées aiguës du basedowisme.

La façon d'interpréter le métabolisme basal, pour conduire le traitement chirurgical des goitres hyperthyroïdiens, est l'objet d'une étude approfondie et très originale.

Mais la partie la plus importante de l'ouvrage est consacrée au traitement chirurgical.

Un chapitre spécial est consacré aux soins préopératoires, qui, dans cette chirurgie, conditionnent absolument le succès.

Les auteurs montrent la nécessité de préparer les malades à l'opération d'une façon particulière et soulignent l'importance du traitement iodé préalable.

Ils conseillent l'anesthésie locale qui permet d'effectuer toutes les interventions sur le corps thyroïde.

Puis ils étudient les principes directeurs de l'intervention : prudence dans l'indication opératoire ; choix du moment favorable à l'intervention, en dehors des poussées évolutives d'hyperthyroïdie ; principe des interventions fractionnées.

Les ligatures des artères thyroïdiennes que les auteurs préfèrent appeler section des pédicules thyroïdiens sont longuement étudiées au point de vue physiologique et thérapeutique ; ils les conseillent dans les cas graves comme premier temps opératoire, pouvant amener une baisse sensible du métabolisme basal, et permettent de tâter la susceptibilité du malade à la chirurgie.

Mais le traitement rationnel reste *la thyroïdectomie subtotale*, en un ou en plusieurs temps suivant la gravité de l'hyperthyroïdie.

Ce livre et appelé à un légitime succès.

Ulcères de l'estomac et du duodénum. *Diagnostics positifs, diagnostics négatifs, traitements*, par Maurice Delort. Un vol. in-8º de 100 pages avec figures dans le texte, 20 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe).

La nouveauté la plus importante de cette étude consiste dans l'étude du *diagnostic négatif*. Le malade demande à être renseigné avec certitude et c'est pour permettre au médecin d'être moins vague qu'ils ne l'est en général que l'auteur consacre à l'étude du diagnostic négatif quelques pages qui sont parmi les plus originales de son livre.

Une autre des caractéristiques de cet ouvrage est l'effort pour délimiter le certain du probable, du possible et du douteux. La *classification par ordre de valeur* des signes et des tests de toutes sortes est faite avec soin et précision.

Les traitements occupent de nombreuses pages, ils sont minutieusemens complètement et pratiquement exposés. Il en est dégagé les *principes généraux* qui permettent de se tirer de tel cas non calqué sur les exemples donnés.

Plats du jour, par Paul Reboux. (Trois cents recettes nouvelles et un répertoire de neuf cents recettes inédites ou singulières.) Un volume in-16 jésus. Prix : 12 francs. Ernest Flammarion, éditeur, Paris.

Paul Reboux est un connaisseur en gastronomie et un amphitryon de grand style. Ses livres de cuisine précédemment parus ont connu le succès. Le présent livre contient, lui aussi, des recettes osées, des recettes pour mystification et de bonnes et solides recettes bien traditionnelles, éprouvées par des générations de cuisiniers et cuisinières. Les médecins gourmands trouveront plaisir à parcourir ce recueil, et ceux qui ne le sont pas y trouveront des renseignements sur une diététique bien libérale. Tous les lecteurs seront intéressés par certaines pages sur les vins et, en particulier, sur les vins d'Algérie.

Le livre est préfacé par un technicien Félix Pallaut, vice-président de la Confédération des cuisiniers et chef de cuisine au Splendid-Hotel de Breuil-les-Bains (Hautes-Pyrénées). Félix Pallaut n'est pas tendre pour certaines fantaisies culinaires de Paul Reboux. Il dit son fait « à ce parasite de l'art culinaire... qui a trouvé des badauds assez crédules pour essayer ses recettes d'humoriste à froid ». Et, là encore, les médecins constateront que la littérature culinaire s'apparente à la littérature médicale ; ils se rappelleront certaines préfaces où des bons maîtres assènent des vérités aigres-douces à leurs élèves qui, leur ayant demandé l'appui d'une préface, ont été bien forcés de faire imprimer cette prose sans indulgence.

Henri Vignes.

P. S. — J'ai cherché Breuil-les-Bains (Hautes-Pyrénées) dans l'annuaire des stations thermales, dans le Rosenwald, dans le Dujardin-Beaumetz sans rien trouver. Cette station serait, donc, apocryphe et la préface ne serait qu'un « à la manière de ».

de la ration quotidienne) sont indispensables au développement, à l'entretien, aux fonctionnement de l'organisme et dont l'absence détermine des troubles et des lésions caractéristiques (Mme Randoin et Simonnet, 1925).

En 1913, fut découverte la vitamine A, par Osborne, et Mendel, Mac Collum et Devis.

La *vitamine* A est la vitamine liposoluble, c'est la vitamine de la croissance ou vitamine anti-xérophtalmique.

On distingue deux grands groupes de vitamines, les vitamines *hydrosolubles* et les vitamines *liposolubles*.

L'absence de l'une des vitamines liposolubles détermine de la dénutrition en même temps qu'une affection spéciale des yeux, la xérophtalmie.

La vitamine A se trouve dans les graisses animales, dans l'huile de foie de morue, dans le beurre, le jaune d'œuf, dans les carottes, les épinards, les tomates, le chou, les germes de blé. Voici quelques chiffres :

1 litre de lait en été contient.........	6.000	unités de vit. A
1 litre de lait en hiver contient.......	1.500	—
Un jaune d'œuf	200	—
Une cuillerée à soupe d'huile de fois de morue................................	7.500	

La vitamine B. L'absence dans le régime de cette vitamine provoque des symptômes nerveux caractéristiques, avec crises dites de polynévrite, et aussi des troubles de la nutrition. On distingue la vitamine B-1 antinévritique, la vitamine B-2 d'utilité nutritive, la vitamine B-3 et B-4 qui suivant certains auteurs auraient une action antipellagreuse.

La vitamine B existe dans la levure de bière, les germes de céréales, les légumes, dans certaines légumineuses, dans les fruits, dans l'extrait de Malt, dans le jaune d'œuf, la viande, dans le son, dans le blé.

La vitamine C. La carence de cette vitamine détermine une tuméfaction douloureuse des articulations, des lésions osseuses, des hémorragies, à formes frustes.

La vitamine C, vitamine antiscorbutique, est soluble dans l'eau. Elle est excessivement sensible à l'action des agents oxydants et à l'action de la chaleur, surtout lorsqu'elle se trouve en milieu alcalin, en milieu acide elle serait plus résistante.

La nature chimique de la vitamine C a été découverte par le hongrois A. Szent-Györgyi en 1927 et en 1933 il la désigna sous le nom d'acide ascorbique.

On la trouve dans certaines variétés de Paprika (piment ou poivre, dans les citrons, les oranges, les tomates, etc... 100 c. c. de jus d'orange, de citron, de groseilles renferment 60 milligrammes *d'acide ascorbutique*.

La dose nécessaire protectrice (d'après Szent-Györgyi) de la vitamine C pour l'enfant serait de 25 milligrammes et pour l'adulte de 50 milligrammes.

La vitamine D, trouvée dans l'huile de foie de morue, dans le jaune d'œuf, le lait (Lesné et Vagliano), le beurre d'été, guérit le rachitisme et préserve l'enfant de cette atteinte.

Sa carence ne conduit pas au rachitisme expérimental qui exige pour sa réalisation la carence solaire et le déséquilibre phospho-calcique.

Voyons maintenant les étapes de l'alimentation des enfants au moment du sevrage.

M. Lesné dit que les étapes du sevrage doivent être basées sur l'évolution dentaire, celle-ci étant un véritable miroir des besoins alimentaires, car elle est contemporaine des modifications de la sécrétion salivaire, gastrique, pancréatique et intestinale.

La *première étape* correspond à l'évolution des incisives donc à l'âge de 6 à 7 mois. L'enfant recevra alors six repas. Un biberon ou une tétée seront remplacés par un bouillon de légumes épaissis d'une farine très cuite ou de tapiocal, peu à peu on arrive aux légumes passés.

A 8 mois on donne cinq repas. Un second biberon sera remplacé par une bouillie au lait (au besoin malté.)

A 10 mois et jusqu'à 12 mois, le bouillon de légumes se transforme progressivement en purée de légumes. On donne des fruits crus. Des bananes, mais notez bien que c'est la banane à peau noire et non la banane verte qu'il faut choisir pour l'enfant. La banane mûre ne contient que 1 % d'amidon et la verte en contient jusqu'à 21 %. Dans la banane noire l'amidon se transforme en grande partie en sucre.

Deuxième étape : De 12 à 15 mois, c'est le moment de l'évolution des molaires.

On donne à l'enfant quatre repas. On donne deux légumes ou un bouillon de viande épaissi et deux repas de lait, dont une bouillie. On peut donner du beurre frais. Des légumes variés, des pâtes, du fromage frais, des compotes, de l'œuf bien cuit tous les deux jours, du jus de viande.

Troisième étape : de 16 à 24 mois, moment de l'évolution des canines. On ajoute pour alterner avec l'œuf, tous les deux jours de la viande, du poulet, du jambon, du poisson maigre au choix, à la dose de 20 à 40 gr. En hiver on peut donner des viscères. Comme boisson on donne de l'eau, du jus de fruits crus ; jamais de lait comme boisson aux repas, pas de vin, pas de goissons fermentées, pas de café.

Quatrième étape : du 24e au 30e mois, on donne le même régime, mais en quantité plus abondante suivant l'appétit de l'enfant.

Telles sont les bases générales de l'alimentation des nourrissons après le 6e mois.

Ces bases ne sont qu'un schéma, il faudra savoir l'adapter à chaque cas particulier.

Les saisons, l'activité de l'enfant, son état de santé sont autant de facteurs exigeant des variations.

Il ne faut donc pas s'enfermer dans un programme étroit, pouvant anihiler l'individualisme. On donnera progressivement une alimentation complète, variée, équilibrée, en éliminant les régimes carencés.

La qualité du régime sera appréciée non comme on a tendance à le faire par l'état de la courbe de poids et par l'aspect des selles, mais on l'évaluera d'après la couleur des téguments, la bonne humeur de l'enfant, la tonicité musculaire, la forme des os, l'état des dents et des phanères, l'éveil de l'intelligence, la qualité du sommeil et la résistance aux infections.

L'hygiène générale sera surveillée, car l'hygiène générale et le régime se complètent mutuellement.

PRATIQUE MÉDICALE

Le diagnostic et pronostic des tumeurs épithéliales du gros intestin

La question du diagnostic et du pronostic des tumeurs épithéliales du gros intestin est souvent difficile et cependant d'un intérêt capital puisqu'en cas de lésion bénigne, une simple intervention limitée amène la guérison. Walter A. Fausler leur a consacré une étude toute récente (1).

S'agit-il d'une lésion ulcérée? le diagnostic est à faire avec toutes les néoformations qui, ayant rompu la muqueuse intestinale font irruption dans la lumière intestinale. Carninome de la prostate, nodules métastatiques du cul-de-sac de Douglas, cancers vésicorectaux, certains lipomes ou myxomes, tumeurs dermoïdes pré-sacrées, méningocèles. Ou encore avec une lésion inflammatoire ulcérée: dysenterie amibienne, ulcération colique tuberculeuse, syphilis, actinomycose, lymphogranulomatose inguinale. Dans ces cas, l'examen physique et les examens de laboratoire feront le diagnostic. L'auteur passe également d'une façon très rapide sur les tumeurs déjà volumineuses du gros intestin se traduisent par des signes cliniques nets : émission de sang

(1) Walter A. Fausler. — On the diagnosis and prognossis of epithelial tumor of the large bowel. *Journal of the American Ass.*, 20 juillet 1935, vol. 105, n° 3, p. 167.

ou de mucosité, diarrhée ou constipation, amaigrissement important.

Le pronostic de tous ces cas est sérieux, dépend de l'étendue, la propagation de la tumeur, de l'état général, 50 % seulement sont aptes à subir une opération radicale avec iléo-sigmoïdostomie suivie de colectomie.

* * *

Les petites tumeurs, elles, se traduisent par un minimum de symptômes : petites émissions de sang ou de mucosité, symptômes souvent même négligés par le malade, et elles sont découvertes seulement au cours d'examens systématiques au rectoscope, faits pour des symptômes en apparence locaux. Cet examen permet d'explorer les derniers 25 centimètres de l'intestin.

Un élément de pronostic : *la pédiculisation*.

La majorité des tumeurs pédiculées sont bénignes : ce sont des adénomes appelés parfois polypes bénins. C'est là une mauvaise appellation, car elle s'applique à tout ce qui est pédiculé. Il s'agit le plus souvent d'adénomes qui, à la suite d'une infection superficielle, d'un manque d'apport sanguin par torsion ou atrophie du pédicule, est devenu fibreux, la plus grande partie de la structure glandulaire étant détruite. Il vaudrait mieux appeler ces petites tumeurs, des adénomes fibreux. Lorsqu'elles sont vues à ce stade, on peut être à peu près certain que tout risque de transformation maligne est écarté. Avant ce stade par contre, il est impossible de dire si la transformation maligne se produira ou non ou même si elle n'existe pas déjà.

Le type du pédicule a son importance : un pédicule large, fixé de près à la paroi de l'intestin, a un réel potentiel de malignité ; on doit considérer de telles tumeurs comme précancéreuses et les enlever. Si l'examen microscopique ne décèle pas de malignité : aucun souci pour l'avenir. Sinon il faudra réserver le pronostic. Ces tumeurs seront enlevées par coagulation ou par fulguration. Certes, la possibilité de mutations doit toujours être prise en considération : mais, outre qu'elles sont peu vraisemblables, il vaut mieux courir cette chance que de courir le risque de la mortalité opératoire d'une opération plus compliquée.

Les tumeurs villeuses sont caractérisées par un aspect presque gélatineux et arborescent. Souvent elles sont multiples, les petites entourent une plus importante.

Ces tumeurs peuvent dégénérer. Les récidives locales sont fréquentes et il faut les détruire plusieurs fois avant qu'elles ne soient complètement détruites. En général elles ne donnent pas des métastases à distance, une simple exérèse locale suffit.

A rapprocher des tumeurs silleuses : les condylomes.

La tumeur plate pose un problème tout différent. Un adénome bénin au début se traduit par une légère surélévation de la muqueuse, puis grossit et se pédiculise. Aussi toutes les lésions aplaties d'un diamètre inférieur à 0 cm.5 peut être le début d'un adénome pédiculé. Mais il faut savoir que le carcinome débute de la même façon et l'auteur a vu deux petites tumeurs de 0 cm. 32 de diamètre qui se sont révélées être à l'examen des adéno-carcinomes.

Par contre lorsque la tumeur aplatie a un diamètre supérieur à 0 cm. 5, c'est presque à coup sûr un carcinome sans quoi il y aurait au moins amorce de pédiculisation.

A côté du volume des tumeurs du gros intestin, il faut considérer leur propagation à la sous-muqueuse et à la musculeuse. Dans ce dernier cas, les métastases sont presque certaines ; aussi une telle tumeur demande-t-elle une chirurgie radicale. La propagation est rare lorsque la tumeur est d'un diamètre inférieur à 0 cm. 5 : aussi la majorité des tumeurs de ce volume peuvent-elles être enlevées localement par coagulation ou fulguration.

D'un autre côté, les tumeurs de 1 cm. et plus sont habituellement fixées et réclament un traitement radical.

* * *

Reste le problème des tumeurs plus haut situées. Lorsque les tumeurs siègent au-dessus de la limite de visibilité du champ du rectoscope, un diagnostic précoce est encore plus difficile. Aucun symptôme ne vient les révéler : à peine un peu de sang, quelques mucosités, un vague endolorissement abdominal, un côlon irritable, une diarrhée inexplicable. Il faudra faire un examen radiologique après lavement baryté et répéter les examens jusqu'à la certitude qu'il n'y a rien. Si une tumeur haut située est démontrée être un polype avec un pédicule bien défini et saignant peu, il est permis d'adopter une politique de vigilante attente. Mais, au moindre doute, il faut faire une laparatomie exploratrice : son risque est moins grand que celui de laisser évoluer une tumeur ; étant donné que le diagnostic de ces tumeurs est trop souvent tardif, contrairement aux petites tumeurs bas situées, leur pronostic est fatalement moins bon.

Jean CHATAIN.

HYGIÈNE

L'hygiéniste et le médecin

M. Briau, membre du Conseil supérieur d'hygiène, dont les petits articles, véritables chefs-d'œuvre d'un esprit étincelant et original, font la joie de tous les lecteurs du « Mouvement Sanitaire », consacre un de ses derniers papiers mensuels à la « Paresse Médicale » (1). La question abordée est d'une importance générale ; elle ne doit pas rester l'apanage d'un cercle restreint de spécialistes, mais mérite de retenir l'attention de toute l'armée de ceux qui, à bon escient ou sans s'en douter, se consacrent à la protection de la Santé publique. Avec celle-là, c'est comme avec la fameuse prose, beaucoup en font sans s'en apercevoir. Tant mieux !

M. Briau commence par rappeler la tâche, délicate, ingrate et peu connue, des Instituts d'hygiène, qui consiste à inculquer, aux futurs hygiénistes, les notions indispensables, pratiques et théoriques. De même que l'abeille butine des centaines de fleurs pour amasser la petite goutte de miel qui va transformer la larve en insecte parfait, de même les Instituts d'hygiène instillent, à leurs élèves, en quelques mois, la doctrine amassée pendant de longues années par des pionniers de l'hygiène appliquée.

L'image, empruntée à Virgile, et qui permet de comparer les professeurs aux apiculteurs, et leurs élèves aux insectes, ne doit pas être prise, bien entendu, dans le sens direct du mot. Chassons surtout de nos souvenirs les rencontres cuisantes avec des abeilles dont le dard est loin de provoquer toutes les sympathies. Et puisque l'hygiène publique et la police sanitaire choquent diverses âmes sensibles, par trop fières de leur indépendance et farouchement opposées à toute controverse, si salutaire et si minime soit-elle, pensons seulement à l'abeille en tant que travailleuse patiente et infatigable.

L'hygiéniste, plus que toute autre personne, doit continuer son œuvre de perfectionnement, et, si l'on peut dire ainsi, d'auto-polissage. Dans ce travail d'éducation et d'instruction, l'hygiéniste n'oubliera pas qu'il doit être médecin, comme le conseille, à juste raison, M. Briau. A son avis, l'exercice de la pratique médicale, pendant quelques années, serait un complément utile des études spécialisées de l'hygiéniste. M. Briau, hélas, n'ose pas espérer avoir convaincu beaucoup de jeunes, impatients de débuter. Toutefois, — félicitons-le de cette attitude courageuse, — sa conviction reste entière, parce qu'il estime, avant tout, qu'on ne peut faire de l'hygiène publique

(1) M. BRIAU. — La paresse médicale. Le *Mouvement Sanitaire*. T. XII, n° 134, 1935, p. 370-371.

si l'on n'est pas familier avec la médecine individuelle. Pour cette raison, l'hygiéniste se gardera de la paresse de tout connaître, qui atteint trop souvent les gens occupés et confinés dans leur compartiment.

Comme le précise, avec insistance, M. Briau, en médecine, tout connaître, dans la période actuelle, donne des satisfactions inestimables. Il ne faudra donc jamais laisser passer un journal médical sans en extraire la moelle. De plus, l'hygiéniste le plus absorbé par ses fonctions restera apte, le cas échéant, à remplir le rôle d'un médecin dans un cas d'urgence.

***

L'opinion autorisée de M. Briau sera, souhaitons-le ardemment, entendue de tous les hygiénistes. Bien plus, l'idée, émise par le distingué et brillant collaborateur du *Mouvement Sanitaire* aura peut-être pour conséquence, à titre de réciprocité, il faut également le dire, d'intéresser le Corps médical aux questions d'hygiène. A l'heure actuelle, on est souvent frappé du manque de compréhension ou de la neutralité et de l'indifférence, pour nous servir de termes qui ne veulent pas être injurieux, du praticien pour l'hygiène. A titre de contribution amusante, nous voudrions citer des entretiens avec des médecins, âgés et fatigués, désireux de se retirer, et qui briguent un poste d'hygiène, considéré comme un domaine où il ne faut ni savoir, ni faire grand'chose.

Le premier point, l'essentiel, le primordial, c'est la curiosité à cultiver, chez les praticiens, pour le travail de l'hygiéniste, de ce fonctionnaire, tantôt considéré avec mépris, tantôt regardé avec pitié. Souvent, on ne sait même pas exactement quelle est l'attitude à adopter envers ce confrère, devenu étrange et étranger. Faut-il le blâmer ou l'aider ? Eh bien, on commence par rester dans l'expectative, et après on oublie, ce qui est encore une façon de combattre.

La lecture d'une revue d'hygiène, notamment du *Mouvement Sanitaire*, dirigé avec tant d'autorité par M. Dequidt, ferait un bien inestimable pour dissiper les malentendus entre les frères ennemis. Il faut beaucoup de temps pour parcourir une périodique mensuel, mais combien grand en sera le profit, surtout à notre époque d'action médico-sociale, où l'hygiène provoque la création de services d'assistance sociale, de dispensaires, de consultations spécialisées, et de tant d'autres institutions où la collaboration éclairée du praticien est décisive.

On a fait courir le bruit stupide, la calomnie invraisemblable, que le praticien était contre la médecine préventive, susceptible de faire tarir, en fin de compte, la clientèle. Chaque conseil, toute maladie évitée, serait un coup porté au revenu du médecin qui cherche à soigner le plus grand nombre possible. Nous ne voulons pas nous arrêter à l'examen de cette affirmation à courte vue, mais nous ne devons pas méconnaître ce qu'il y a d'injurieux dans cette supposition, qui permet de faire croire un seul instant au triste rôle du médecin, content de voir la souffrance monnayée et exploitée.

Les progrès de la médecine préventive seront acceptés du Corps médical avec joie, de même que les principes d'assistance sociale mis à la disposition de la masse de miséreux. De la puériculture prénatale jusqu'aux examens périodiques de santé, dans ce vaste modaine, le praticien voudra aller la main dans la main avec l'hygiéniste, pour créer une espèce humaine toujours plus saine et heureuse de vivre.

Notre époque de crise et de chômage, qui s'annonce comme une ère de convulsions et de catastrophes, offrira, à la collaboration entre praticiens et hygiénistes, un champ d'activité particulièrement fécond. La surproduction créé des richesses et le bien-être, c'est-à-dire les conditions d'une bonne santé, tandis que la sous-consommation engendre la misère et la maladie : ces vérités primordiales dictent leur ligne de conduite aux gardiens de la santé publique. Dans la recherche d'une doctrine qui fera disparaître à jamais la situation paradoxale de nos jours, on saura se ranger devant les directives, compatibles avec le souci d'offrir à l'organisme humain le maximum d'épanouissement.

G. ICHOK.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

L'augmentation de l'azote résiduel correspond chez les hépatiques à une aggravation de l'état général. — Elle décèle un trouble du métabolisme des protéines.

L'augmentation de l'azote résiduel peut aussi être la conséquence d'élimination excessive d'urée au cours de polyuries élevées.

Un taux élevé de l'azote résiduel peut être abaissé par tous les processus qui augmentent le niveau de l'urée.

Un état général altéré s'améliore en même temps d'une façon parallèle.

L'urée sanguine peut augmenter spontanément lorsque, après avoir été troublée, la désintégration des protéines redevient normale. C'est ainsi que les extraits hépatiques agissent. La polyurie relative due à l'insuffisance rénale, qui s'installe à la période terminale des affections hépatiques graves, peut produire une augmentation de l'urée et une diminution de l'azote résiduel. On peut parfois observer, au cours d'expériences de concentration faites au moment de fortes polyuries (diabète insipide), une diminution de l'azote résiduel avec parfois diminution de l'azote total.

L'augmentation de l'azote résiduel par administration d'ammonium et d'acides aminés fait fléchir l'état général.

L'urée à petites doses peut agir brusquement, diminuer l'azote résiduel et améliorer l'état général.

Dans tous les cas d'augmentation de l'azote résiduel, surtout chez les hépatiques, il convient d'essayer une thérapeutique à l'urée associée à des extraits hépatiques.

(W. Nonnenbruch et J. Weisev (Prague). L'azotémie non uréique et son traitement par l'urée et les extraits de foie. *La Presse Médicale*, 23 novembre 1935.)

Clinique thérapeutique

L'action favorable des injections d'acétylcholine a été des plus nettes chez deux malades atteints d'épilepsie traumatique partielle à forme grave et porteurs de projectiles intracrâniens.

Chez tous deux, non seulement l'acétylcholine détermina une sédation rapide des manifestations convulsives mais encore elle semble bien avoir modifié le rythme évolutif de la maladie et exercé sur le renouvellement des accidents comitiaux une action frénatrice certaine.

L'efficacité de l'acétylcholine, chez ces malades, s'accorde bien avec la conception pathogénique actuellement admise de l'accès épileptique.

C'est un fait aujourd'hui solidement établi que, dans un très grand nombre de cas, une subite anémie corticale par spasme vasculaire joue, dans la genèse de la crise, un rôle non exclusif sans doute, mais prédominant.

Il apparaît donc très explicable que l'acétylcholine, par sa puissante action dilatatrice sur le système artériel, soit susceptible de déterminer une sédation rapide des accidents épileptiques et même, par un traitement prolongé, de s'opposer à leur renouvellement.

Si le spasme vasculaire semble représenter fréquemment le facteur pathogénique essentiel de la crise d'épilepsie, il n'en résume pas, cependant, à lui seul, tout le mécanisme physiopathologique. Or, lorsque l'angio-spasme cortical fait défaut, il semble bien évident que le traitement par l'acétylcholine doit inévitablement rester sans action. Ainsi s'expliqueraient le plus souvent, les échecs de la médication.

(Fribourg-Blanc, Lasalle et Passa Val-de-Grâce. Efficacité de l'acétylcholine dans le traitement de l'épilepsie traumatique. *La Presse médicale*, 23 novembre 1935.)

Les résultats obtenus dans le traitement de l'hypertension artérielle par l'alcool octylique primaire, permettent de porter un jugement favorable sur cette médication.

Les directives générales du traitement de l'hypertension artérielle par l'alcool octylique primaire sont aujourd'hui bien précisées. Il faut faire une série d'injections intraveineuses de la

solution aqueuse au 1/100.000e ou mieux au 1/10.000e. Les injections doivent être suffisamment rapprochées pour que les actions hypotensives ajoutent leurs effets successifs. Elles doivent être faites tous les deux jours ou mieux tous les jours. Le nombre d'injections varie selon le degré de l'hypertension et les réactions individuelles de chaque malade. En principe on doit faire dix à douze injections. La quantité de produit à injecter varie selon les cas. En règle générale, il faut commencer par de faibles doses, 2 centimètres cubes, et augmenter rapidement pour arriver dès la troisième ou la quatrième injection, à la dose de 10 centimètres cubes. Pour interpréter le résultat d'une telle thérapeutique, il faut naturellement la faire seule, sans modifier le régime alimentaire de ces sujets, sans adjoindre de cure hydrique particulière, sans donner aucun autre médicament.

Les contre-indications de la méthode sont pratiquement inexistantes. En effet, on peut poursuivre l'application thérapeutique, même si la participation rénale est manifeste, même s'il y des œdèmes, l'alcool octylique primaire étant un diurétique puissant. La défaillance cardiaque n'est pas non plus par elle-même une contre-indication puisque expérimentalement, l'injection d'alcool octylique primaire ne s'accompagne d'aucune modification cardiaque, ni d'aucuns troubles électro-cardiographiques.

L'alcool octylique primaire doit entrer dans l'arsenal thérapeutique de l'hypertension.

(Maurice Racine. A propos des traitements récents de l'hypertension artérielle. *Journal des Praticiens*, 16 novembre 1935.)

Une thérapeutique nouvelle : la granulothérapie. — Le raisonnement suivant a conduit M. Lumière à proposer cette méthode :

Le carbone étant un corps absolument dépourvu de toute aptitude réactionnelle et ne pouvant agir que d'une façon en quelque sorte mécanique, d'autres substances également insolubles, devraient se comporter de la même manière, si leur forme physique est analogue. Et cette remarque a amené à penser que l'on pourrait sans doute encore accroître la puissance thérapeutique des précipités en s'adressant à des corps extrêmement peu solubles mais néanmoins d'une certaine activité chimiothérapique, de façon à associer les effets leucogènes anti-infectieux des éléments solides aux propriétés médicamenteuses plus ou moins spécifiques que les substances employées doivent à leur très légère solubilité.

De plus, ces substances n'étant pas rigoureusement insolubles dans l'eau et dans le sérum, elles finiront, au bout d'un temps plus ou moins long, par être complètement éliminées et les dangers de blocage du système réticulo-endothélial seront ainsi écartés.

Une première application de ce principe vient d'être réalisée par la mise en œuvre d'un complexe aureux : l'aurothioéthane sulfonate de calcium, utilisé sous forme d'une préparation dont les grains élémentaires ont 1/750 de millimètre de diamètre environ et dont la suspension à 2 pour 100 renferme approximativement 7 millions de granules par millimètre cube. Ce corps n'est soluble dans l'eau qu'à 0,3 pour 1.000 en sorte que 5 centimètres cubes de l'émulsion renferment 98 milligr. 5 de substance à l'état granuleux et 1 milligr. 5 à l'état dissous. La lente dissolution des granules dans le sérum leur laisse le temps d'agir en tant que précipité, pour provoquer une hyperleucocytose comparable à celle obtenue par l'anthracothérapie.

Voici les taux leucocytaires relevés après administration de la suspension aurique :

Avant injection	5.500
16 heures après	17.400
40 heures après	12.600
48 heures après	8.000

La leucocytose étant redevenue normale, si l'on pratique une deuxième injection de la même préparation, le nombre des cellules blanches monte de nouveau, au bout de vingt-quatre heures, à 15.000.

Dans les premiers essais cliniques, appliqués à des cas de tuberculose graves, cette suspension s'est montrée particulièrement efficace pour arrêter les processus évolutifs, sans doute à cause de sa double propriété anti infectieuse et antibacillaire, et sa diffusion lente, résultant de son insolubilité relative, constitue, en outre, une garantie contre les incidents observés dans la chrysothérapie. Un travail ultérieur relatera, par le détail, les importants résultats de ce nouveau traitement.

D'autres combinaisons fort peu solubles du bismuth, du mercure, de l'antimoine, de l'arsenic et de maints agents médicamenteux ont été préparés en vue d'être utilisées suivant le même principe et certaines d'entre elles ont déjà prouvé tout l'intérêt de la méthode générale que M. Lumière propose d'introduire dans la thérapeutique sous le nom de *granulothérapie*.

Mais de nombreux détails dans la technique d'application demandent encore à être mis au point.

(A. Lumière. Une importante voie nouvelle ouverte en thérapeutique. *La Presse Médicale*, 13 novembre 1935.)

Dans le traitement du coryza, l'emploi de la morphine est préconisé par Bonjour de Rachewsky, de Lausanne. « Des confrères ont essayé le moyen et tous ont coupé leur coryza en quelques heures, à la condition de commencer dès les premiers éternuements. Je tiens à affirmer que le traitement ne produit jamais de désagréments ni d'accoutumance. Je prescris des granules d'un ou deux milligrammes et le malade en emploie habituellement, en trois jours, une douzaine pour couper le coryza. Quand le coryza est arrêté, il faut continuer l'emploi des granules pendant un ou deux jours en diminuant les doses, afin que l'irritation ne reprenne pas.

Si les doses de 2 milligrammes ne suffisent pas pour couper le rhume dès le premier jour, il faut passer à des doses de 5 milligrammes. Pour des petits enfants, on aboutit avec des doses de millièmes de milligrammes sans jamais provoquer le moindre malaise. Même en temps de grippe, on arrive au but à la condition de commencer dès le début des accès et d'augmenter les doses si le rhume ne cède pas ; il est inutile de se laisser arrêter par la somnolence qui peut se produire parfois. »

Ce médicament agirait comme un vaso-constricteur en anihilant le trouble vaso-moteur provoqué par le froid.

M. Jacod, de Lyon, est partisan de l'opium à la dose de 5 centigrammes d'opium par jour et en cinq fois.

(Les enquêtes de la Vie médicale. La thérapeutique du coryza aigu banal. *La Vie Médicale*, 25 octobre 1935.)

Médecine légale

Bien que le dosage de l'alcool dans le sang, toujours nécessaire, suffise le plus souvent pour établir le diagnostic biochimique de l'ivresse et que l'expert ait le droit de ne recourir qu'à lui seul, des renseignements complémentaires intéressants peuvent être donnés, dans certains cas, par le dosage simultané de l'alcool dans l'urine. — Il ne faut pas oublier en effet que le cycle métabolique de l'alcool dans l'organisme présente à côté d'une phase sanguine une phase urinaire et que l'exploration de cette dernière, bien que délicate, est susceptible de fournir de nouveaux éléments d'appréciation.

Il y a lieu cependant d'insister sur ce fait que la valeur médico-légale du dosage de l'alcool dans les urines doit être envisagée de façon différente, soit que l'on considère isolément le taux alcoolique des urines ou que l'on compare ce taux à celui du sang.

Dans le premier cas, la valeur du dosage, valeur absolue, peut on dire, apparaît comme des plus inconstante. Bien souvent les chiffres obtenus sont loin de répondre au véritable degré d'imprégnation alcoolique de l'organisme. Suivant la période à laquelle sera effectué le dosage par rapport au cycle du métabolisme de l'alcool, suivant l'horaire et la fréquence des mictions et surtout l'importance de la diurèse, la teneur alcoolique des urines pourra se trouver modifiée en plus ou en moins par rapport à la teneur alcoolique du sang. Il serait dangereux de vouloir établir une correspondance stricte entre les indications fournies par un dosage d'alcool dans les urines et celles qui résulteraient d'un dosage pratiqué, au même moment dans le sang. Ce dernier demeure le liquide de choix pour le diagnostic biochimique de l'ivresse. Il ne faudrait pas que la difficulté relative de le recueillir, dans certains cas, fît perdre de vue ce point capital. A l'heure actuelle, dans divers pays, on examine systématiquement les urines des individus que l'on soupçonne être en état d'ivresse. Certaines maisons étrangères ont lancé dans le commerce des appareils qui pourraient être distribués aux postes de police et au moyen desquels des agents spécialisés procéderaient à l'examen extemporané des urines en vue du diagnostic de l'ivresse. D'autre part des auteurs, surtout américains, ayant relevé dans un grand nombre d'accidents d'automobile, une quantité importante d'alcool urinaire, soit chez le chauffeur, soit chez le piéton écrasé, préconisent le dosage systématique de l'alcool dans l'urine pour établir la responsabilité en cas d'accident. Nous estimons qu'un tel dosage ne devrait être confié qu'à des personnes com-

pétentes, sachant en interpréter les résultats avec la plus grande prudence.

Dans le second cas, il n'est pas douteux que la détermination simultanée du taux alcoolique dans le sang et dans les urines puisse rendre parfois service à l'expert. Il y a lieu, semble-t-il, de procéder à ce double dosage au cours de l'autopsie médico-légale toutes les fois que l'ivresse ou même le simple « état anormal » sont suspectés.

(Pierre Lande, Pierre Dervillée et Jean Godeau. Intérêt et valeur médico-légale du dosage de l'alcool dans les urines en vue du diagnostic biochimique de l'ivresse. Recherches expérimentales et cliniques. *Paris Médical*, 16 novembre 1935.)

L'apiol n'est pas à l'origine des polynévrites observées après son ingestion — celles-ci sont dues à l'éther tri-ortho-crésyl-phosphorique qui le souille depuis quelques années. Mais l'apiol est responsable des lésions rénales et hépatiques que l'on peut observer : qu'elles soient légères ou graves, elles n'en commandent pas moins des mesures efficaces.

Il est en effet peu compréhensible qu'une femme dont le dessein ne trompe personne puisse se procurer en quantité voulue et sans contrôle médical un produit qui s'avère à l'expérience dangereux.

Il est temps que l'on prenne des mesures effectives à la fois contre la falsification de ce produit et en vue de la limitation d'une vente qui favorise les tendances anticonceptionnelles et laisse courir aux femmes qui utilisent ce médicament un danger qu'elles ignorent.

(André Patoir et Gérard Patoir. L'intoxication apiolique. *Paris Médical*, 16 novembre 1935.)

Médecine sociale

Les notions de responsabilité deviennent de plus en plus difficiles à comprendre, à interpréter, à évaluer — et cela au fur et à mesure des complications de la vie moderne, du « progrès », des notions médicales nouvelles sur le comportement des individus, sur les réactions des phénomènes psychiques en présence de phénomènes biologiques sur lesquels on ne peut rien (sécrétions internes, modifications glandulaires, vieillissements cellulaires, etc.).

Lorsque des circonstances complexes ont occasionné un dommage à quelqu'un, la Société admet comme responsable la personnalité douée de « libre arbitre » qui a joué un rôle important ou non, dans ces circonstances, quelle qu'ait été son intention.

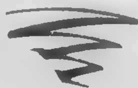
Certes on cherche bien à graduer la peine. Au fond, la société veut un responsable ; la vieille idée de vengeance est toujours là.

Dans bien des cas d'ailleurs, satisfaite d'avoir trouvé quelqu'un qui répare le dommage, elle ne retiendra pas la faute morale. En matière d'accident d'automobile, il est fréquent que l'auteur de l'accident ne soit condamné qu'au civil à verser une indemnité.

Bien plus, la faute, la responsabilité n'est même plus cherchée bien souvent. La loi de 1898 étant une loi forfaitaire, l'ouvrier est toujours indemnisé ; mais il ne l'est que partiellement, sans que l'on cherche quel est le responsable de l'accident. Voilà une mise en valeur commode et sans doute indispensable dans une société évoluée, mais combien simpliste, de l'idée primitive de justice.

D'abord liée aux idées de faute, de méchanceté, la responsabilité s'efface dans les tendances actuelles devant l'idée de la réparation nécessaire, selon la plus ou moins grande gravité du dommage causé. Certes en matière pénale il n'en est pas encore ainsi ; mais s'il est curieux de constater que c'est toujours la notion de châtier qui domine avec intimidation secondaire pour autrui, sans qu'on connaisse en rien la notion des mobiles qui agitent les hommes, il est curieux aussi de voir que le châtiment est pour beaucoup évalué d'après les conséquences d'un acte, qui sont souvent pour une grande part liées au hasard, c'est-à-dire à une foule de circonstances étrangères à l'inculpé.

(R. Piédelièvre et H. Desoille. Remarques sur l'idée de responsabilité. *Paris Médical*, 16 novembre 1935.)



SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 mars 1936

Essai d'un traitement chirurgical de certaines psychoses. — *M. Egas Moniz* (de Lisbonne) expose ainsi son essai.

« La thérapeutique en psychiatrie est très peu encourageante, exception faite pour la malariathérapie dans la paralysie générale. Toutes les tentatives faites pour augmenter les possibilités de guérison des psychoses doivent, par conséquent, mériter la bénévole attention de tous ceux qui se consacrent à l'ingrate et difficile mission de soigner les aliénés. Les notions pathogéniques et les nouvelles méthodes de traitement que nous avons conçues, pourraient paraître excessivement osées ; nous espérons cependant que les résultats déjà obtenus nous absoudront de notre audace.

Du reste, ces tentatives opératoires ne sont qu'apparemment osées. Nous avons pensé à exciser ou détruire des portions du centre ovale des lobes préfontaux. On sait cependant qu'on peut couper un de ces lobes sans conséquences fâcheuses pour la vie psychique de l'opéré. Plus que cela, Dandy a coupé les deux lobes frontaux chez un malade, afin de pouvoir extirper un méningiome. Ce malade a conservé encore une partie appréciable de ses fonctions psychiques. Il est certain qu'il a changé de caractère sous certains aspects, qu'il est devenu un peu enfantin, mais, comme dit Richard Brickner, qui l'a observé minutieusement et longtemps, le malade est resté essentiellement le même « type of person » après et avant l'opération.

En résumé ce malade a eu, du côté psychique, difficulté d'association et de synthèse que Brickner considère comme le phénomène primaire dont dérivent tous les autres symptômes observés : puérilité, changement de caractère, perte de sens social et moral, labilité, etc... Mais tous ces troubles ne sont pas complets ; il faut un examen assez long pour les montrer nettement. Le malade peut encore comprendre les simples éléments du matériel intellectuel, mais il n'arrive pas à faire des synthèses mentales. Brickner considère les fonctions psychiques de ce malade plus altérées en quantité qu'en qualité.

C'est-à-dire, même après l'extirpation des deux lobes frontaux, il reste une vie psychique, bien que déficitaire, mais, quand même, sensiblement meilleure que celle de la plupart des aliénés.

Nous n'avons pas fait de tentatives opératoires, chez les aliénés, au hasard. Nous y avons été amenés par des raisons d'ordre théorique dont les faits paraissent montrer l'exactitude... »

L'auteur donne ensuite le détail des différentes parties de son travail.

Considérations sur les variations de l'index tuberculinique suivant les régions, à propos de 2.155 cuti-réactions à la tuberculine pratiquées en milieu militaire. — *MM. R.-L. Debénédetti, H. Oiseau, E. Balgairies* et *P. Foret*. — D'une statistique militaire, portant sur 2.155 cuti-réactions à la tuberculine, se dégage une proportion globale de 33,95 % de cuti-réactions négatives (25,5 % chez les sujets originaires de la ville et 54,25 % chez les soldats originaires de la campagne).

Cette statistique porte sur deux unités tenant garnison dans des villes différentes et dont les hommes proviennent de régions différentes.

Le pourcentage global des cuti-réactions négatives varie suivant les régions d'origine : dans un régiment de la banlieue parisienne, 41,9 % des sujets ne réagissent pas à la tuberculine (31,07 % chez les citadins et 55,98 % chez les ruraux).

Parmi les soldats d'un régiment du Nord, la cuti-réaction est négative dans la proportion de 23,5 % (20,9 % chez les citadins et 45,5 % chez les ruraux).

Les auteurs soulignent l'existence de ces variations de l'index tuberculinique suivant les régions et, sans chercher à donner à ces faits une explication rigoureuse, ils essaient, du moins, d'éliminer un certain nombre d'arguments, qui pourraient être invoqués pour interpréter ces variations.

La diphtérie dans une grande ville. Vers la vaccination antidiphtérique obligatoire. — *M. P. Poulain* étudie

l'épidémiologie de la diphtérie dans une grande ville — Saint-Etienne — dont la population enfantine qui comprend environ 19.000 écoliers a été en partie vaccinée à l'anatoxine de Ramon.

En 1934, on a observé 12 cas sur 19.000 enfants, dont 5 sur les 6.000 enfants âgés de 2 à 6 ans fréquentant les écoles maternelles.

L'auteur insiste pour que la vaccination antidiphtérique soit rendue obligatoire, tout au moins dans les villes, au même titre que la vaccination antivariolique, et ce avant l'entrée à l'école. Une injection de rappel est nécessaire un ou deux ans après la première.

Election d'un membre titulaire dans la 11e section (chirurgie). — Classement des candidats : en première ligne Fredet, en seconde ligne *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Baumgartner, Chevassu, Grégoire, Mathieu et Robineau.

Votants : 76.

MM. Fredet, 62 voix, élu ; Chevassu, 7 ; Baumgartner, 4 ; Grégoire, 1 ; bulletins blancs : 2.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 février 1936

Collapsus mortel au cours d'un traitement par l'anatoxine staphylococcique. — ***MM. Duvoir, Pollet, Bouley*** et ***Mlle Huguet*** rapportent l'observation d'une femme de 51 ans qui succomba en moins de quarante-huit heures à un collapsus cardio-vasculaire qui avait débuté brusquement huit heures environ après une première injection d'un demi-centimètre cube d'anatoxine staphyloccique pratiquée pour une hydrosadénite discrète de l'aisselle droite. A l'autopsie : hémorragie macroscopique de la surrénale droite et microscopique de la surrénale gauche sans autres lésions apparentes.

Tout dans ce cas oblige à invoquer un rapport pathogénique entre ces accidents observés et le traitement en cours. Après avoir discuté différentes hypothèses, les auteurs admettent qu'il s'agi d'une intolérance extrême, très probablement spécifique, de la malade à l'anastaphylotoxine.

M. Debré pense qu'il ne faut pas nier dans ce cas la relation très vraisemblable de cause à effet entre l'injection d'anatoxine et l'accident. Rien ne peut expliquer ce dernier, si ce n'est la sensibilité extrême de la malade au produit injecté. Il rappelle qu'il existe une graduation dans la sensibilité de l'homme aux différentes anatoxines : nulle pour l'anatoxine antitétanique, minime pour l'anatoxine antidiphtérique, elle est beaucoup plus considérable pour l'anatoxine antistaphylococcique. Il faut en trouver la raison dans l'absence d'allergie de l'organisme vis-à-vis du tétanos contrastant avec l'immunisation mais aussi l'allergie beaucoup plus fréquente vis-à-vis du staphylocoque. Aussi est-il sage de retenir cette pratique d'injecter tout d'abord une très petite dose d'anatoxine antistaphylococcique (1/10 c.c.) par voie sous-cutanée avant d'introduire la dose utile, pour tâter la susceptibilité du sujet.

Contribution au traitement des staphylococcies cutanées par l'anatoxine. Résultats. Accidents. Posologie. — ***MM. A. Tzanck, H. P. Klotz*** et ***Al. Negreanu*** rapportent 76 cas de staphylococcies soignées par l'anatoxine ; 62 cas concernent des affections cutanées.

Les résultats sont remarquables : amélioration 35 cas, guérison 18 cas, aggravation 0 cas, non influencés 3 cas, en cours de traitement 6 cas.

Ces résultats sont plus réguliers qu'avec aucune autre méthode. Ils ne sont cependant ni constants, ni obtenus dans les mêmes délais.

Les réactions sont exceptionnelles ; le plus souvent insignifiantes. Elles peuvent cependant être plus marquées : réactions locales vives avec impotence fonctionnelle, réactions générales à 40° et plus, malaises, lipothymies.

Comment les éviter ? réduire les doses chez tous, comme on le fait souvent ? Dépister les sujets hypersensibles ? C'est cette dernière solution qu'adoptent les auteurs. Ils effectuent une intradermo à l'anatoxine. Si celle-ci est positive, les doses sont réduites en proportion. Si elle est négative, on injecte les doses usuelles, inoffensives chez de tels sujets.

Cette ligne de conduite leur a permis de réduire encore les incidents de cette médication.

Traitement des staphylococcies par l'anatoxine. Etude comparée clinique et sérologique. — ***MM. A. Tzanck, H.-P. Klotz*** et ***Negreanu*** constatent que le parallélisme entre les guérisons observées et l'augmentation de la tumeur du sérum en antitoxine n'est pas absolu. En effet, on observe parfois les éventualités suivantes : teneur du sérum très élevée en antitoxine et récidive, teneur faible et guérison, guérison après la première piqûre et élévation du taux plus tardivement.

Ces constatations amènent les auteurs à formuler quelques réservent sur la subordination des résultats obtenus à la réalisation d'un état réfractaire.

Un cas de maladie de Besnier-Bœck. — ***MM. Rist, Sézary*** et ***Mlle Blanquies.***

Radiothérapie de la maladie de Basedow. — ***MM. Max Lévy*** et ***L. Gally*** proposent, après contrôle clinique et de laboratoire, un nouveau traitement de radiothérapie utilisant la grande pénétration des rayons X, un filtrage épais, une irradiation large et des doses pouvant aller de 1.500 à 13.000 R internationaux.

Leur statique porte sur 172 cas et sur une période de dix ans.

Les bons résultats sont plus rapides, les échecs plus rares et les récidives moins fréquentes.

M. Hagueneau pense que le traitement chirurgical de la maladie de Basedow ne doit vivre que les contre-indications du traitement médical et de la radiothérapie. Il réfute tous les arguments qu'on a donnés tendant à prouver les inconvénients de l'irradiation de la glande et montre que la radiothérapie, appliquée selon une technique rigoureuse, ne présente aucune contre indication.

M. Béclère est de l'avis de M. Hagueneau et ne s'étonne pas des remarquables résultats obtenus quand la radiotherapie est faite correctement. Cette méthode, remontant à 1901 a fait ses preuves.

M. Gilbert-Dreyfus a vu souvent des maladies de Basedow irradiées présenter des récidives. Sans doute, le traitement avait-il dans ces cas été appliqué à doses trop faibles et trop espacées.

M. Gally n'a jamais observé de récidives dans les cas traités suivant sa méthode et suivis depuis sept à dix ans.

M. Lian préfère le traitement chirurgical à la radiothérapie, à la condition que l'intervention soit pratiquée par un chirurgien entraîné à cette opération.

Acromégalie avec diabète sucré, maladie de Basedow et cataracte. Etude des corrélations glandulaires. — ***M. Th. Alajouanine, H. Stévenin, R. Thurel*** et ***M. Gaultier*** présentent une malade qui offre une acromégalie typique ayant débuté vers l'âge de 12 ans après un développement pubéral normal et une menstruation qui ne dura que quelques mois. Successivement se sont développés : un diabète sucré, une maladie de Basedow, une amblyopie liée à une cataracte bilatérale, une obésité avec hypertrichose, etc...

Les auteurs relatent l'étude biologique du fonctionnement glandulaire dans ce cas où l'atteinte initiale de l'hypophyse a été le point de départ d'une véritable cascade de répercussions sur les glandes et discutent la thérapeutique et en particulier les raisons qui font repousser une intervention sur l'hypophyse.

M. Justin Besançon a observé un cas où se trouvaient réunis obésité, cataracte et acrocyanose. Le rôle d'un trouble hypophysaire est très vraisemblable.

M. Decourt relate un cas de diabète insipide pur par lésion infundibulo-tubérienne sans participation du lobe antérieur de l'hypophyse au cours de l'évolution duquel est apparu un syndrome adiposo-génital transitoire.

L'obésité et l'amenorrhée durant quelques mois, paraissent dans ce cas devoir être rattachées plus à une lésion infundibulo-tubérienne qu'à une lésion hypophysaire.

M. M. Labbé rappelle que la radiothérapie n'a guère d'action sur l'acromégalie qu'à titre tout à fait exceptionnel alors qu'elle améliore au contraire les troubles visuels.

Sur un cas d'hypoglycémie spontanée. — ***MM. Georges Marchal, P. Soulié, J. Lenègre*** et ***A. Roy*** présentent un cas d'hypoglycémie spontanee, compliquée d'accidents nerveux et aggravée par l'absorption d'extrait éthéré de fougère mâle. Ce médicament declencha une poussée d'hyperglycémie avec coma à deux reprises. La glycémie la plus basse fut de 0 gr. 20. La malade presenta une paralysie faciale centrale, des mouvements choréo-athétosiques, des attitudes catatoniques avec signe de Babinski bilatéral, tous signes disparaissant rapidement par le sérum glucosé hypertonique. L'action hypoglyce-

miante du tœnifuge semble très particulière à cette malade, car l'administration du médicament à dix autres sujets fut sans action notable sur la glycémie. Les auteurs incriminent le rôle de l'insuffisance hépatique mise en évidence par différents tests. Cette hypoglycémie chronique met en évidence un etat d'hyperinsulinisme sans que l'on puisse invoquer un adénome langerhausien.

M. Debré croit qu'il y aurait intérêt à vérifier si les troubles déterminés par l'ingestion de vermifuges (fougère mâle, santonine) ne sont pas dus à un trouble du métabolisme des glucides. Il invoque dans le cas précédent l'action toxique du médicament sur le foie dans la genèse des accidents.

Etude humorale de deux cas de maladie d'Addison à évolution lente. — *MM. Jacques Decourt, A. Lemaire* et *Ch. Oguillaumin* rapportent deux cas de maladie d'Addison dont l'evolution s'étend respectivement sur six et huit années malgré l'existence des signes cardinaux de l'affection et en particulier d'une mélanodermie très prononcée. L'étude humorale pratiquée dans ces deux cas ne montre pas d'anomalies appréciables du côté des lipides ni des protides. L'équilibre acido-basique est également normal. On note par contre : 1° une hypoglycémie, discrète mais indiscutable, qui cadre bien avec le pouvoir hyperglycémiant, actuellement démontré, des extraits cortico-surrénaux ; 2° un abaissement du coefficient d'oxydation du soufre, noté dans les deux cas et une diminution des composés sulfurés labiles des globules observée dans un cas, qui confirment la réalité de la fonction soufrée des surrénales, établie en 1929 par le Professeur Loeper et l'un des auteurs ; 3° le déséquilibre minéral est certain mais ne cadre pas exactement avec le schéma donné aujourd'hui comme caractéristique de l'insuffisance surrénale. L'hypochlorémie manque dans les deux cas. On trouve même, dans l'un d'eux, une hyperchlorémie globulaire importante. Par contre, le sodium est abaissé dans un cas. Les auteurs soulignent la complexité de ce déséquilibre minéral et en particulier, l'opposition des chlorémies globulaires et plasmatique, l'indépendance des variations du chlore et du sodium.

Diabète et cancer du corps du pancréas.— *Mme Marcel Labbé, R. Boulin, P. Uhry* et *Antonelli* rapportent l'observation d'une malade diabétique depuis dix huit mois qui présente successivement une masse de la région épigastrique, des crises solaires et dans les dernières semaines un ictère chronique par rétention. L'autopsie montra l'existence d'un néoplasme ayant envahi totalement le pancréas. L'évolution clinique, les constatations histologiques plaident en faveur d'une forme diabétique du cancer du corps du pancréas et non d'une greffe néoplasique secondaire à une pancréatite scléreuse.

Ponction accidentelle au cours d'une rachicentèse d'un abcès froid lombaire (tuberculose des apophyses articulaires de L[1]). — *MM. H. Roger* et *J. Alliez* (de Marseille). — Une ponction lombaire, pratiquée pour un syndrome d'algoparésie du crural coïncidant avec une lésion à l'emporte-pièce des apophyses articulaires de L[1], paraissant néoplasique, ramène de l'espace épidural du pus qui tuberculise le cobaye. L'intervention montre un abcès froid contenant un petit séquestre.

Un cas de méningite ourlienne primitive. — *Mme Urechia* rapporte un cas de méningite ourlienne primitive ayant précédé d'une semaine l'apparition des oreillons alors que d'habitude la méningite ourlienne a un caractère plus tardif.

Un cas d'hémiatrophie faciale droite avec atrophie du membre supérieur du côté opposé à type Aran-Duchesne. — *M. C.-J. Urechia et Mme Retezeanu* relatent un cas de ce syndrome ayant debuté chez une jeune femme de vingt ans ; ils en discutent la pathogénie sans pouvoir en préciser la nature exacte. M. ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 29 février 1936

Présentation de malade. — *M. J. Sédillot*, présente, guérie par la cure de désintoxication arthritique en moins de cinquante jours, une malade qui souffrait d'une sciatique à douleurs exceptionnellement intenses, diurnes et nocturnes. L'affection evoluait depuis trois mois. Le réflexe achilléen était aboli. Un éminent radiographe avait montré « une sacralisation complète de la 5e lombaire » et le médecin traitant s'était cru désarmé. Il s'agissait en réalité d'une sciatique névrite goutteuse, sévère certes, mais banale qui a complètement guéri.

L'anesthésie électrique, ses caractères (*Suite*). — *M. R. Grain* etudie la progressivité quatrième caractère de l'anesthésie electrique. Elle obéit à une loi déterminée suivant laquelle la durée du temps de l'anesthésie double sensiblement d'une séance à l'autre. Mais ce rythme évolutif peut être soit accéléré, soit rompu, soit arrêté. La progression de l'anesthésie ne peut d'ailleurs s'établir que de vingt-quatre heures en vingt-quatre heures en raison du phénomène de maturité de l'anesthésie.

Comment déterminer la valeur fonctionnelle du cœur, le cardio-dynamomètre. — *M. A. Pruche* présente un appareil auquel il a donné le nom de cardio-dynanomètre. Cet appareil peut être conjugué à tout sphygmomanomètre, quel qu'en soit le type. Le cardio-dynamomètre permet au praticien de déterminer de façon clinique et pratique la valeur fonctionnelle du cœur droit et celle du cœur gauche suivant la méthode décrite par l'auteur dans des communications et travaux antérieurs, de mesurer la pression veineuse et l'indice de rétention veineuse dans toutes les attitudes. Enfin il met à la portée de la clinique toutes les applications de la pléthysmographie.

Comment examiner une déficiente des seins au point de vue d'une opération reconstructive. — *M. Dartigues* s'appuyant sur une série de projections montre comment ces malades doivent être examinées, au point de vue physique et topographique. Mais il insiste sur l'examen médical proprement dit, afin de s'entourer de toutes les précautions pour rendre ces opérations le moins grave possible.

Thérapeutique du cancer. — *M. Ch. Taguet* passe en revue les traitements médicaux du cancer, en tant qu'adjuvants aux traitements radiothérapiques, curiethérapiques et chirurgicaux. Après avoir indiqué la métallothérapie, l'organothérapie, l'opothérapie, il parle des essais récents de *Juster, Caillau* et *Huerre* avec les lécithines irradiées ou modifiées chimiquement et de ceux, non encore terminés, qu'il a menés depuis deux ans avec ses collaborateurs et qui ont pour base l'emploi d'une lysocithine retirée du Vitellus. G. LUQUET.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 4 mars 1936

Infarctus intestinal. — *M. Jean Gautier* (Angers) opère un malade pour une appendicite à forme occlusive, avec des suites normales. Mais un mois après le même syndrome se reproduisit, cette fois localisé à gauche. Il s'agissait, comme le montra l'intervention, d'un infarctus intestinal. L'auteur le traita par l'adrénaline et l'acétylcholine avec plein succès.

Action du Rubiazol. — *M. Daniel Ferey* (Saint-Malo) a eu l'idée de traiter des maux de Pott, fistulises depuis longtemps et intarissables, à l'aide du Rubiazol. Le tarissement des fistules fut obtenu rapidement en même temps qu'un relèvement évident de l'état général.

L'évolution spontanée de l'ostéomyélite aiguë. — *M. Leveuf* rappelle que depuis longtemps *MM. Vignard* et *Grégoire* avaient proposé de traiter les ostéomyélites par la vaccinothérapie et l'abcès de fixation.

Lui-même eut l'idee de laisser certaines formes évidentes d'ostéomyélite évoluer sans opération immédiate. Or il observe que toutes les ostéomyélites localisées, quelle que soit la médication dirigée contre elles, vaccinations, incisions, abcès de fixation, injection de plasma de convalescent, évoluent de la même façon.

En effet la courbe thermique, le meilleur test d'évolution pour l'auteur, atteint dans tous les cas la défervescence vers le quinzième jour, aussi bien dans les cas opérés que dans ceux où l'on s'est abstenu.

D'autre part *M. Leveuf* montre par des radiographies que la temporisation n'entraîne pas d'aggravation : les seuls cas de mort de sa statistique concernent des enfants atteints de formes foudroyantes septicémiques, et sont survenus dès l'entrée à l'hôpital et malgré l'intervention. Il estime qu'il n'y a pas d'intérêt à mettre en communication un foyer de toxines hypervirulentes et des masses musculaires largement divisées. D'autre part l'ablation du foyer suppuratif n'évite

pas la septicémie : l'hémoculture qui est souvent positive pendant les premiers jours de l'atteinte devient en règle négative spontanément au bout de quelques jours. Dans un cas observé par l'auteur ou une résection précoce fut faite, l'hémoculture demeurait positive quelques jours après l'intervention. Enfin l'auteur pense qu'il n'est pas même nécessaire d'ouvrir l'abcès lorsqu'il est collecté depuis quelque temps, puisqu'il a à ce moment perdu sa virulence.

La radiographie montre que par la temporisation on obtient la guérison de foyers osseux sans même de séquestration ni d'hyperostose.

En résumé on fera donc au début un traitement symptomatique anti-infectieux. On appliquera un appareil plâtré qui met au repos le foyer inflammatoire. Et on attendra pour intervenir logiquement par une incision ou une résection, le moment de la défervescence.

Cette communication suscite une importante discussion :

M. Bazy rapproche du traitement ainsi compris des ostéomyélites, les règles actuelles du traitement des pleurésies purulentes. L'intervention retardée lui semble avoir des indications d'ordre général dans la plupart des suppurations. Il développe ensuite les inconvénients de la vaccinothérapie pratiquée sans règle précise : réactions graves d'ordre général, développement de foyers secondaires, et ses avantages ; elle met en branle des phénomènes d'immunité déjà commençants, permet la collection de l'abcès, ou l'isolement d'un séquestre. Il faut donc en continuer l'emploi.

M. Sorrel pense qu'il ne faut pas parler d'abstention, mais d'intervention retardée de quelques jours à quelques semaines. Il se montre partisan de l'intervention d'urgence.

M. Mathieu, d'accord avec le rapporteur sur la nécessité d'éviter les délabrements importants des parties molles, s'élève au contraire nettement contre le principe de l'abstention. Il met en avant l'impossibilité où l'on est de prévoir l'évolution de l'atteinte dès son début, et le danger de laisser évoluer un abcès vers l'articulation voisine. Il faut donc inciser l'abcès sous-périosté d'urgence, et ne pratiquer les résections que plus tard.

M. R.-Ch. Monod, frappé des résultats que l'on obtenait depuis longtemps dans l'ostéomyélite du maxillaire, par l'incision simple, se demande pourquoi on n'a pas appliqué plus tôt le même traitement minime à celle des os longs.

MM. Boppe et *M. Martin* ont observé des ostéomyélites dans lesquelles on s'était abstenu par erreur de diagnostic. Dans leurs six cas il y avait arthrite suppurée de voisinage. Seule la temporisation surveillée par le chirurgien est licite.

M. Mauclaire demande que l'on suive les malades non opérés pour juger si la temporisation évite l'évolution ultérieure vers l'ostéomyélite prolongée.

M. Bréchot a l'impression que les formes septicémiques de l'ostéomyélite sont en moins grand nombre actuellement qu'autrefois.

M. Leveuf insiste à nouveau sur le fait qu'opérées ou non, les ostéomyélites évoluent de la même manière et présentent les mêmes complications articulaires.

Diagnostic des tumeurs des os. — *M. Roux-Berger* insiste sur les directives suivantes :

Nécessité absolue de faire plusieurs radiographies sous diverses incidences pour bien juger des limites et de la forme de la lésion.

Utilité de savoir agrandir les clichés pour mettre en valeur certains détails.

L'épreuve du temps est capitale : les tumeurs malignes évoluent vite, et d'une radiographie à l'autre les clichés deviennent plus démonstratifs.

Il illustre par des exemples ces directives de diagnostic :

Les lésions inflammatoires à forme destructive sont caractérisées par une destruction nette de la compacte et une réaction bien limitée du périoste. Celles qui s'accompagnent d'une réaction ossifiante, la font toujours nette, bien limitée avec des géodes claires dans son épaisseur.

Les sarcomes ossifiants présentent une zone floue à la périphérie, et surtout une rapidité d'évolution qui se traduit de manière caractéristique à la radiographie.

Les tumeurs à myéloplaxes sont reconnaissables à la limite nette qui existe entre la zone tumorale et la diaphyse qui n'est pas modifiée. La trabéculation est un signe plus contestable.

Les tumeurs métastatiques réalisent deux types, un type destructif et un type ossifiant ; leur lenteur d'évolution est assez caractéristique.

Comme conduite à tenir pour le diagnostic, il propose de se fonder sur la radiologie pour s'orienter soit vers une lesion bénigne, soit vers une lésion maligne. Suivant ce renseignement, en cas de tumeur bénigne, on pourra mettre en œuvre la biopsie, l'épreuve du traitement radiothérapique, etc... En cas de tumeur maligne, il est préférable de restreindre les indications de la biopsie, d'attendre quelques semaines et de refaire des radios qui seront à ce moment démonstratives.

J. Calvet.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 21 février 1936

Trois cas de sacrum horizontal. — *M. André Trèves* fait un rapport sur un travail de *M. G. Vidal-Naquet* (de Paris). Celui-ci communique trois observations de sacrum horizontal dont deux sont primitives et la troisième probablement secondaire à une arthrite chronique bilatérale des hanches. Il s'agit d'une affection nettement distincte du spondylolisthésis, car les rapports entre les apophyses articulaires de la cinquième lombaire et du sacrum sont conservés. La lésion siège au niveau des articulations sacro-iliaques dont l'aspect anormal est visible sur les radiographies. Le meilleur traitement pour supprimer les douleurs consiste dans l'arthrodèse sacro-iliaque bilatérale. Dans l'observation où les hanches sont atteintes primitivement, l'auteur se propose d'effectuer au préalable le forage des cols fémoraux qui peut améliorer la statique du bassin.

Un cas de faux kyste du pancréas. — *M. René Bonamy* communique l'observation d'une femme qui fut soignée et opérée pour des symptômes abdominaux graves que l'on mit sous la dépendance successivement d'une appendicite aiguë, puis d'un fibrome compliqué de salpingo-ovarite pour lesquels on fit une hystérectomie. Cependant elle continua à souffrir de l'estomac. Au bout d'un mois les symptômes s'aggravèrent et on constata une volumineuse voussure sus-ombilicale kystique. L'opération montra la présence d'un énorme kyste dont le liquide contenait de la lipase et de la trypsine. Ce pseudo-kyste était la conséquence d'une chute grave, faite dans un escalier, trois ans auparavant, et ayant produit un hématome de l'arrière-cavité des épiploons. La fistule consécutive à l'opération mit cinq mois à se fermer.

Deux cas de faux kystes du pancréas. — M. *G. Luquet* communique les observations de deux malades atteints de faux kystes du pancréas. Chez l'un on trouvait, comme antécédent, un traumatisme de l'épigastre ayant nécessité une intervention d'urgence pour lésions du pancréas. Chez l'autre, aucun antécédent n'a pu être décelé. Les malades ont été traités par résection partielle et marsupialisation. Le premier a cicatrisé en un mois environ, tandis que le second a mis un an à fermer sa fistule. Comme les liquides examinés ne présentaient aucune trace de présence de suc pancréatiques, l'auteur regrette que les kystes n'aient pas été enlevés en ne laissant que la zone d'adhérence intime à la face antérieure du pancréas.

Quatre observations d'abcès du poumon. — *M. Jean Lanos* communique quatre observations qui, pense-t-il, peuvent servir à caractériser quatre formes anatomo-cliniques différentes de cette maladie. Après avoir précisé la définition de l'abcès pulmonaire (en dehors de la tuberculose), en éliminant les dilatations bronchiques compliquées de suppuration, les abcès « éponge » qui abcèdent tout un lobe, les suppurations de l'interlobe dont le diagnostic avec l'abcès du parenchyme pulmonaire est parfois impossible cliniquement et même sur des radiographies, il étudie ces quatre cas personnels.

Le premier cas a guéri très simplement par la compression extra-pleurale faite comme premier temps et qui fut suffisante. Le second cas a guéri aussi assez rapidement par incision et drainage : mais ce cas soulève le problème du diagnostic entre abcès pulmonaire et pleurésie interlobaire. Dans le troisième cas, deux abcès se produisirent successivement : un dans le lobe inférieur, l'autre dans le lobe supérieur du poumon droit. Ces deux abcès furent ouverts et drainés, mais les suites furent compliquées par l'apparition d'une tuberculose pulmonaire avec bacilles de Koch dans les crachats. Le quatrième cas, abcès bien collecté du lobe inférieur droit, a guéri par pneumotomie et drainage.

L'auteur insiste sur la nécessité du repérage exact de l'abcès, à la radioscopie, en présence du chirurgien, dans la position opératoire.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, où à vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

La séparation de Claude Bernard. — *Passage détaché de l'article publié par M. Justin Godart dans l'Almanach du Beaujolais de* 1936 (1), article intitulé : LES RELIQUES DE CLAUDE BERNARD A SAINT-JULIEN.

...Ils vont (*livres de comptes du ménage*) nous permettre de pénétrer dans l'intérieur du savant où, durant de longues années, se joua un drame d'incompréhension dont le dénouement fut la séparation des époux en 1869. A partir de cette date jusqu'à sa mort, survenue le 10 février 1878, Claude Bernard vécut dans la solitude, soigné par une vieille domestique.

M. Jousset de Bellesme a conté ces heures tristes et en a dégagé les raisons :

« Claude Bernard n'était plus très jeune quand il se maria, et il est permis de douter que, même pendant sa jeunesse, l'amour ait tenu beaucoup de place dans son existence. Il y avait en tout cas, dans cette union, tous les éléments du bonheur. Sa bienveillance inépuisable, son caractère agréable, égal, une délicatesse extrême dans les relations et une franchise pleine de cordialité lui assuraient les sympathies de tous ceux qui l'approchaient. Des qualités aussi sérieuses présageaient dans son ménage une paix durable. Il n'en fut rien. Sa femme, placée déjà sur la pente glissante de la dévotion et douée d'une sensibilité maladive, ne pouvait se faire à l'idée des vivisections. Les idées libérales de son mari l'irritaient et, comme elle n'avait pas de prise sur une telle intelligence, les hostilités commencèrent, bientôt, sous forme de taquineries inoffensives, qui dégénérèrent, plus tard, en une guerre sans paix ni trêve. L'existence commune devint intolérable, et la naissance de deux filles n'apporta aucune détente à cette situation.

Claude Bernard en souffrait sans se plaindre. Plongé dans ses recherches, absorbé par d'immenses travaux, il ne rentrait chez lui qu'à l'heure des repas.

« Cependant, en 1869, la situation était devenue telle, qu'il fallut recourir à une séparation, laquelle eut lieu sans éclat, grâce aux influences politiques dont Claude Bernard disposait alors. Ses deux filles, déjà grandes, élevées par la mère à l'abri de l'influence paternelle, qui d'ailleurs ne se faisait pas assez sentir dans la maison, la suivirent et laissèrent leur père dans le plus complet isolement. »

Il y a, dans ce récit, des inexactitudes.

Claude Bernard, après la séparation, vécut très retiré, ce qui d'ailleurs n'était point pour peser à un homme de pensée et de réflexion comme lui. Il n'en garda pas moins, avec ses filles, des relations affectueuses. L'une d'entre elles était à son chevet à l'heure de sa mort. Il correspondait avec elles et la preuve en est, à Saint-Julien, dans une lettre autographe qu'il écrivait en 1874 à Tony, l'aînée. La voici, touchante par ses détails et ses recommandations minutieuses d'homme aimant la terre et ses fruits :

Ma chère Tony,

« Je vous envoie aujourd'hui un panier de poires ; les plus mûres sont dessus, les moins mûres dessous. Vous les mettrez dans une armoire, elles mûriront successivement, et deviendront bonnes à manger d'ici huit ou quinze jours. Dans quelques jours, je vous enverrai un panier de raisins noirs et blancs, et quelques pêches de vigne ; car celles d'espalier sont toutes passées.

« Ta tante Jenny et ses enfants sont venus passer deux jours avec moi, et sont retournés à Pouilly. Ils vous envoient tous bien leurs amitiés, et vous embrassent. J'ai vu hier M. Chrétien qui a perdu sa vieille Jeanne, dont tu te souviens peut-être. Il vous fait ses compliments.

« Il fait ici extrêmement chaud, tous les fruits dessèchent sur les arbres : la récolte sera meilleure que l'année dernière, mais ce sera encore une année médiocre.

« Je t'embrasse, ainsi que ta sœur de tout mon cœur.

Votre père affectionné.
Claude BERNARD

« Saint-Julien, le 7 septembre 1874 ».

M. Jousset de Bellesme ne parle que des deux filles de Claude Bernard. Il eut, aussi deux garçons qui, par malheur, moururent très jeunes, l'un à 3 mois, l'autre à 15 mois (1).

(1) Jean GUILLERMET, Villefranche-en-Beaujolais.

(1) Voici des renseignements très précis sur la descendance directe de Claude Bernard, que nous a communiqués, avec une obligeance dont nous lui sommes particulièrement reconnaissant, M. Devay, petit-neveu du grand savant, propriétaire de la maison de Saint-Julien où se trouvent les documents et objets que nous venons de décrire :

I. Louis-Henri Bernard, né le 8 mai 1846 à Paris, décédé le 6 août 1846 à Montreuil (Seine).

II. Jeanne-Henriette-Tony Claude-Bernard, née en 1847 à Paris, décédée, le 7 janvier 1923 à Bezons.

III. Marie-Louise-Alphonsine Claude-Bernard, née en 1850 à Paris, décédée le 15 septembre 1922 à Bezons.

IV. Claude-Henri Bernard, né le 4 février 1856 à Paris, décédé le 4 mai 1857 à Paris.

Le dernier fut un enfant tardif. Il naquit en 1856, alors que Tony avait près de 10 ans, Marie 7 ans. Mme Claude Bernard l'accueillit-elle avec la tendresse qu'elle prodiguait à ses filles? Il ne semble pas. L'agenda ménager de 1856, à chaque page, porte une dépense pour lui, que ce soit, le 5 février, les six francs donnés « au prêtre qui est venu ondoyer le petit », ou le lait quotidien. Or jamais le nom du petit être n'est porté. C'est toujours l'indication : pour l'enfant.

Par contre, Claude Bernard a laissé une note émouvante qui se trouve à Saint-Julien où se révèlent des sentiments paternels d'une rare sensibilité. C'est, au milieu d'observations sur la liquidation des intérêts ayant existé entre les époux, un inventaire des objets mobiliers réclamés par le grand savant. Il demande, entre autres choses:

« La moitié de l'argenterie.
« La moitié du linge.
« Les vêtements que j'ai laissés.
« Un christ en ivoire.
« Un bénitier en chêne sculpté.
Mais, surtout il réclame :
« Les portraits de mes enfants.
« Les livres de mes enfants.
« Divers petits objets ayant appartenu à mon dernier enfant ».

Quelle souffrance s'exprime ainsi ; de même apparaît dans son discours de réception à l'Académie, le douloureux regret de Claude Bernard de n'avoir pas eu l'intérieur où une vie familiale confiante se serait développée.

« Au foyer domestique, dit-il de Flourens auquel il succédait, il retrouvait le calme et le repos nécessaires au savant qui travaille. Sa compagne si dévouée, si digne de le comprendre et de l'apprécier, s'était identifiée à sa vie intellectuelle, qu'elle agrandissait en lui dissimulant les soucis menus de l'existence. »

Pour la création d'un prix de philosophie médicale. — *Deux étudiants en médecine ont exprimé à M. Ch. Fiessinger le vœu que l'Académie de médecine crée un prix de philosophie médicale :*

Je rappelai à mes jeunes visiteurs que l'histoire de la médecine était, à la Faculté, le programme d'enseignement qui eût le plus de chances d'introduire dans les jeunes esprits, la sève féconde des idées générales.

Cela dit, il n'est pas moins curieux de constater chez les jeunes générations, ce besoin de comprendre. Elles ont l'impression d'être perdues. Trop de notions disparates sont enfoncées dans leur mémoire. Elles réclament l'interprétation supérieure qui ait chance d'accorder toutes ces notions disséminées de droite et de gauche dans l'unité d'une conception dominante. La philosophie d'Hippocrate avec sa double interprétation des rapports entre les fonctions du corps humain et ensuite des relations que le corps humain affecte avec la diversité des forces cosmiques qui l'entourent, cette philosophie d'observation sage, mesurée, divinatrice, ils voudraient qu'elle fût à nouveau enseignée par des maîtres qui en ont saisi la portée, et en ont pénétré l'utilité et la grandeur.

Pareil vœu part d'une curiosité légitime de l'esprit et de son orientation vers des horizons dédaignés la veille. Personnellement, je ne peux qu'applaudir.

La médecine poursuit sa voie triomphale, mais dans une atmosphère de malaise. On respire mal. L'air salubre des hautes cimes ne pénètre plus.

Or, si un médecin doit posséder parfaitement ses techniques, il ne les réussit dans la carrière qu'à la condition de les adapter à la diversité des cas particuliers. Un esprit philosophique solidement exercé l'aidera grandement dans l'accomplissement de cette tâche.

C'est dire que j'ai donné raison à mes jeunes étudiants et leur ai promis de soumettre leur requête à l'assentiment des maîtres.

Le cas d'Alfred de Musset. — *Sous ce titre un article de M. le Docteur Victor-Pauchet dans* CANDIDE (27 février 1936). *En voici un extrait :*

Musset était un sensitif, un impulsif et un excessif. « Toutes les passions de la jeunesse, l'amour, la poésie et la débauche éclatèrent en lui dès l'abord avec une ardeur presque sinistre. Il n'était pas leur maître : elles *vivaient*, suivant sa propre expression, et leurs mains invisibles le poussaient vers des buts inconnus » (1).

(1) Lefébure : Chronique médicale, 1er mars 1906.

Il suffit de citer quelques traits pour marquer à quel point était porté le nervosisme chez Musset.

Son système nerveux était un véritable appareil récepteur d'ondes.

Un jour, il passe avec deux amis sous un des guichets du Louvre : « N'entendez-vous pas ? dit-il. — Quoi ? — J'entends une voix qui me dit : « Je suis assassiné au coin de la rue Chabanais. » On alla rue Chabanais, et les amis restèrent interdits : on emportait un malheureux garçon qui venait d'être assassiné. Or, ni Musset ni ses amis ne connaissaient le mort. Mme Martellet, qui rapporte le fait — et bien d'autres — se demande si le poète n'avait pas un sixième sens. Chez lui, Musset n'est « jamais seul ». Son appartement est peuplé d'ombres. Non seulement des morts, mais des vivants, des absents se dressent devant lui, comme des spectres. « J'ai des visions, écrit-il, et j'entends des voix. Comment en douterais-je quand *tous mes sens me l'affirment.* » — « Vous vous assoirez sur mon fauteuil, si je n'y suis pas, disait-il à Mme Colet, et en rentrant, j'y retrouverai votre ombre. » Il y a plus. Dans les grandes crises de sa vie, le poète apparaît à lui-même. Dans la forêt de Fontainebleau, il voit passer devant lui un homme qui courait, pâle, les cheveux au vent, les vêtements déchirés : « Il a passé en me jetant un regard hébété, hideux et en me faisant une laide grimace de haine et de mépris. Alors j'ai eu peur et je me suis jeté la face contre terre, car cet homme... c'était moi ! »

A dix ans, Musset cherche à *s'hypnotiser lui-même* à l'aide du cadre d'un vieux portrait dont il subit la fascination : « Quand le soleil donnait sur ce portrait, écrit-il, l'enfant (c'est lui-même), à genoux sur son lit, s'en approchait avec délices... il restait parfois des heures entières le front posé sur l'angle du cadre... Dans cette posture, il faisait mille rêves ; une extase bizarre s'emparait de lui. »

A vingt ans, il entre en état d'hypnose devant une peinture du Christ ressuscité. Toute la personne du Christ luisemble s'animer et sortir de son cadre de bois ; la main du Christ et la main de Musset s'enlacent et entre le Christ et Musset se produit un mélange de sang, une sorte de *communion mystique.*

Dans quel état d'énervement et d'épuisement de pareilles scènes devaient-elles laisser le poète ?

Quand il compose, Musset *recherche toujours l'émotion.* Tout ce qu'il a écrit, il l'a réellement ressenti. Et « lorsque, disait-il, en faisant un vers, j'éprouve un certain battement de cœur que je connais, je suis sûr que mon vers est de la meilleure qualité que je puisse pondre ».

Le poète va jusqu'à rechercher « *le vertige du sublime et de l'impossible* » (Arvède Barine). Dans ses œuvres, il s'attarde à écrire des visions et fait apparaître des spectres.

En amour, il pousse l'exaltation à son comble et la passion s'abat sur lui avec une violence impitoyable. Sa correspondance avec George Sand montre quels ravages un amour exalté produit en lui.

Les distractions d'Ampère. LE PROGRÈS DE LYON, (1er mars 1936).

« Les distractions d'Ampère sont légendaires. L'on a même, semble-t-il, en vertu du principe « on ne prête qu'aux riches », fortement enrichi la légende. Bornons-nous à rappeler celle-ci, parce qu'elle est sans doute moins connue, plus authentique et pittoresque que la plupart. Nous l'empruntons à M. Henri Coquet :

Pendant une séance de l'Institut, présidée par Geoffroy-Saint-Hilaire, Ampère occupait la tribune pour présenter un mémoire ; l'Académie l'écoutait avec une vive attention, lorsque tout à coup une agitation extraordinaire, suivie d'un murmure général, se répandit dans l'assemblée à la vue d'un étranger qui, vêtu d'un frac bleu foncé et décoré de la Légion d'honneur, était entré dans la salle ; celui-ci d'un geste calma l'effervescence et approchant un fauteuil vide, y prit place.

Ampère ne s'était aperçu de rien. Une fois son mémoire lu, il le déposa sur le bureau de l'Académie et retourna tranquillement à sa place. Mais à son grand étonnement, son fauteuil était occupé par l'étranger. Ampère, gêné, mais n'osant rien dire par timidité, tourna autour du siège, toussa, mais sans résultat. Il s'adressa alors à ses collègues, trouvant étrange qu'on vienne, sans autre forme s'emparer de la place d'un autre. Il n'eut pour réponse que des sourires silencieux. S'enhardissant, Ampère s'adressa à M. Geoffroy Saint-Hilaire :

— Monsieur le président, lui dit-il, je dois vous faire remarquer qu'une personne étrangère à l'Académie s'est emparée de ma place et siège parmi nous.

— Vous êtes dans l'erreur, mon cher confrère, cette personne à laquelle vous faites allusion est membre de l'Académie des sciences.

— Et depuis quand ? demanda Ampère.

— Depuis le 5 Nivose, an VI, répondit l'étranger.

— Et dans quelle section, s'il vous plaît, monsieur ? répliqua Ampère d'un ton ironique.

— Dans la section de mécanique, répondit l'instrus en souriant.

— C'est un peu fort, s'écria Ampère, et prenant un annuaire de l'Institut, il lut à cette date : Napoléon Bonaparte, membre de l'Académie des sciences, nommé dans la section de mécanique, le 5 nivose, an VI.

Ampère n'avait pas reconnu l'Empereur. Très troublé, il se répandit en excuses. L'empereur, que cette scène, avait fort amusé, lui répondit aimablement :

— Voilà, monsieur, l'inconvénient qu'il y a de ne pas fréquenter ses collègues. Je ne vous vois jamais aux Tuileries ; mais je saurai bien vous forcer à venir au moins m'y souhaiter le bonjour.

L'Empereur assista à la séance de l'Académie et, avant de s'en aller, il s'approcha d'Ampère, lui tendit la main et l'invita en ces termes :

— Quant à vous, mon cher collègue, je vous attends demain à dîner ; ce sera pour 7 heures. Je vous placerai à côté de l'Impératrice, afin que vous ne la preniez pas pour une autre.

Le lendemain, l'Empereur se mit à table à 8 heures, après avoir attendu son collègue de l'Institut pendant une heure...

Ampère avait oublié de venir.

Mais le plus amusant, est que la distraction d'Ampère semble s'être propagée à travers les générations jusqu'à ses glorificateurs :

C'est ainsi que la statue érigée à Lyon en 1887, du sculpteur Charles Textor, n'est vraisemblablement pas, en dépit des inscriptions du piédestal, l'effigie du grand André-Marie Ampère, mais bien celle de son fils Jean-Jacques, universitaire éminent, professeur de littérature au Collège de France, membre de l'Académie française, chevalier servant de Mme Récamier.

En effet, l'attitude délibérée de l'écrivain drapé harmonieusement dans sa toge, la plume d'une main, le grand cahier à écrire de l'autre ; le large fauteuil sous lequel sont jetés pêle-mêle de gros livres mêlés de grandes palmes, tout cela correspond assez mal à ce que nous savons du grand Ampère sourcilleux, rustique, simple, indifférent à sa tenue, à ses attitudes, et qui, d'ailleurs, jamais ne songea à poser à l'écrivain.

Tout au contraire, son fils Jean-Jacques, grand voyageur, vulgarisateur abondant, a laissé une série de gros et graves volumes qui justifient parfaitement la plume d'oie que le bronze détache si noblement de la dextre, tandis que de senestre, il maintient un cahier de papier bien plus important que nos bloc-notes.

Il paraît que la commission municipale chargée, en 1881, de choisir entre les maquettes présentées par les sculpteurs, préféra celle de Textor parce qu'Ampère est représenté assis, ce qui semblait convenir mieux pour un homme de laboratoire. C'était évidemment, l'inverse qu'il fallait imaginer. Ampère, constamment occupé dans son laboratoire, à construire, à régler ses appareils, était le plus souvent debout. Quand il lui arrivait de s'asseoir, c'était sur le petit tabouret de bois mal équarri qu'on peut voir au musée de Poleymieux.

Aussi bien, les projets de statue debout, autrement véridiques

et expressifs, comme ceux de Desgeorges (Paris), d'André et de Charles Savoye (Lyon) furent délibérément écartés.

Les effigies d'Ampère sont d'ailleurs aussi nombreuses que dissemblables. Les pochades signées Louis Dabry, que M. le sénateur Justin Godart a données au musée de Poleymieux, semblent, en dépit du dessin incorrect, donner la ressemblance la plus authentique. Cette tête hirsute, ce visage renfrogné, cette lippe amère ont été pris sur le vif, en 1803, lorsque Ampère, encore professeur au collège de Lyon, venait de perdre Julie.

La censure des livres étrangers aux Etats Unis. — *Détaché d'un article de M. Albert Schinz, dans la* Revue de Paris (15 février 1936), *intitulé* : Le Livre français aux Etats-Unis :

Il existe aux Etats-Unis une censure des livres étrangers, dont il nous faut dire quelques mots... Elle vise trois catégories de livres : ceux qui pèchent par immoralité, ceux qui prêchent des doctrines contraires à l'ordre établi ceux qui font concurrence à l'industrie américaine du livre, tels les livres anglais imprimés dans l'Empire britannique.

Que d'étranges anomalies, on est obligé de constater dans l'exercice de cette censure ? Citons quelques faits.

L'édition française des *Confessions* de Rousseau est interdite. Mais de nombreuses traductions de ces mêmes *Confessions*, imprimées aux Etats-Unis, ont leur place dans les bibliothèques et les librairies.

L'édition française *complète* des œuvres de Rousseau est d'ailleurs admise : seules, les éditions *spéciales* des *Confessions* sont interdites ! De même pour Rabelais : le *Pantagruel* et *Gargantua* est accessible partout en langue anglaise.

La liste des ouvrages prohibés est secrète. Il est défendu en principe de la communiquer à qui que ce soit, sauf aux collectionneurs, et encore ! Nous avons pu la consulter, non sans peine. Le curieux document ! Qui l'a composé ? un clergyman, un douanier ? Mystère. Noms d'auteurs et titres y sont jetés au hasard, tantôt l'un, tantôt l'autre servant d'index alphabétique. Plus souvent c'est le titre, parfois, ce n'est ni l'un, ni l'autre. Ainsi l'*Ars amandi* d'Ovide se trouve indiqué sous *L* : *L'Art de (sic) aimer*, puis sous *T* : *The Loves Books*, mais pas sous *O* : *Ovide* ; sous *T* aussi les contes drolatiques de Balzac (*Ten droll stories*) ; sous *T* encore — et deux fois — le *Decamrone* (*The Decamerone*), sans compter deux fois sous B, mais pas sous D, etc...

Parmi les noms d'auteurs français que nous avons relevé, figurent pêle-mêle, pour tel ou tel ouvrage :

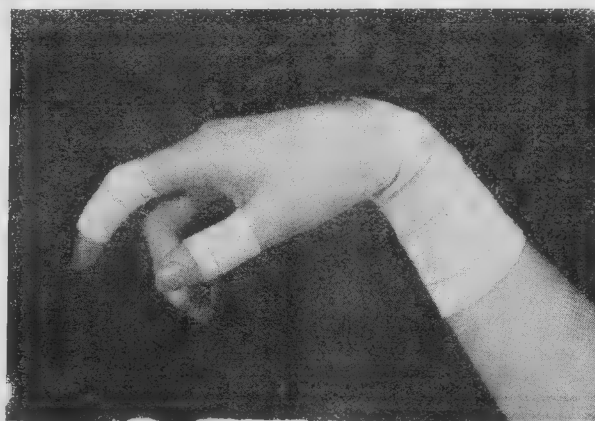
Pierre Louys, six fois ; Balzac et Rabelais, trois fois, Rousseau deux fois ; Gautier, quatre fois ; Courteline, trois fois ; Marguerite, trois fois ; puis, incidemment, Musset, Michelet, Flaubert, Zola, Rachilde, Carco, Machard, etc., et beaucoup d'inconnus.

. . . .

Les classiques grecs et latins n'ont pas échappé à l'œil vigilant de la censure : Lucien, Pétrone sont interdits, comme la Lysistra d'Aristophane. Notez que cette *Lysistrata* a été lue et représentée, en 1931-32 avec un réalisme incroyable, à Philadelphie et à New-York, pas en grec, mais dans l'Anglais le plus transparent.

On nous dit que ces livres prohibés risquent fort d'être arrêtés à la douane s'ils arrivent en ballots, mais qu'ils passent facilement inaperçus, quand on les expédie séparément. Les peines prévues pour toute infraction sont très sévères : « Pas plus de cinq mille dollars d'amende, ou emprisonnement et travaux forcés pour pas plus de dix ans, ou tous les deux. » (Code, ch. 497, titre III, section 305).

« Le livre est menacé, non, pour l'instant, par un microbe, mais par l'indifférence des foules humaines. Est-ce à dire que ces foules sont moins curieuses qu'au siècle dernier, moins altérées de savoir ? Je ne dis rien de tel. Je dis que, petit à petit, les foules humaines assouvissent leur besoin de connaissance sans avoir recours au livre ». (Georges Duhamel. — Les recettes de vie. *Le Mercure de France*, 1er janvier 1936.)



Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 12 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 21 MARS 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

Travaux originaux
M. TISSERAND : Les troubles hépato-biliaires de la ménopause 473

Clinique médicale
M.-P. WEIL : La spondylose rhizomélique 478

Puériculture
A propos de la prophylaxie et du traitement du rachitisme, par H. VIGNES 488

Thérapeutique
L'iode dans le traitement de la syphilis, par A. MARMEAUX 491

Revue de Presse étrangère
par J. LAFONT 492

Sociétés savantes
Académie de Médecine 496
Société Médicale des Hôpitaux 496
Académie de Chirurgie 498

Notes cliniques et thérapeutiques 498

Nouvelles 467

Echos et Glanures 499

Bibliographie 502

Supplément illustré

P. ASTRUC : Les Belles Pages Médicales : J.-B.-H. Dance (1797-1832) ; Léon Rostan (1791-1866).

NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris. — *Thèses.* — 12 mars. — M. GENDROT. La césarienne basse à la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Rennes.

16 mars. — M. MARQUINIE. Alcoolisation du phrénique. Phrénicectomie et lésions contro-latérales.

17 mars. — M. MIALARET. Les diverticules du duodénum. — M. SAMUEL. Luxation de la hanche avec fracture du sourcil cotyloïdien. — M. KORN. Etude des mécanismes pathogéniques des syndromes délirants post-encéphalitiques. — M. HELLER. Adénome apocrine fibromateux.

18 mars. — M. MAUPILLIER. Etude et traitement des ulcères perforés et bouchés de l'estomac. — M. PÉRIER. Syndrome de Hanot et splénectomie. — M. CHAVASTELON. Impaludation cérébrale. — M. NGUYEN TAN QUAN. Recherches touchant la médecine traditionnelle sino-japonaise, en particulier l'acupuncture. — M. ZAJTMAN. Les métastases du cancer de l'œsophage.

Service de Santé militaire. — M. le médecin général Plisson est nommé médecin général inspecteur, en remplacement de M. le médecin général inspecteur Sacquépée, placé dans la section de réserve.

M. le médecin général inspecteur Plisson est maintenu directeur du Service de santé de la 14e région.

— Les officiers du Service de santé dont les noms suivent sont désignés pour assurer, en 1936, le fonctionnement des hôpitaux thermaux :

Hôpital militaire de Barèges. — MM. le médecin commandant Tournier-Lasserve, médecin chef ; le médecin capitaine Valatx ; le médecin lieutenant Notin ; le pharmacien lieutenant Chevrel.

Hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains. — MM. le médecin commandant Fontaine, médecin chef ; le médecin capitaine Stauffer ; le médecin lieutenant Benitte ; le pharmacien lieutenant Gaixet.

Hôpital militaire de Châtel-Guyon. — MM. le médecin lieutenant colonel Delacroix, médecin chef ; le médecin commandant Despujols ; le médecin lieutenant Moura.

Hôpital militaire du Mont-Dore. — MM. le médecin lieutenant-colonel Maire, médecin chef ; le médecin lieutenant Girardin.

Hôpital militaire de Vichy. — MM. le médecin lieutenant-colonel Fauque ; les médecins commandants Nenon, Audouy, Lemaire, Picot.

Station thermale militaire de Saint-Nectaire. — M. le médecin commandant Goudet.

Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1936 1937. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1936-1937 savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 20 avril 1936) : internes entrant effectivement en 4e et en 3e année, le mercredi 1er avril 1936, à 15 heures ; internes entrant effectivement en 2e année, le jeudi 2 avril 1936, à 15 heures ; internes entrant effectivement en 1re année, le samedi 4 avril 1936, à 15 heures.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 5 mai 1936), externes en 1er, le samedi 4 avril 1936, à 17 heures ; ceux de 6e année (externes ayant concouru en 1930) le lundi 20 avril 1936, à 15 heures ; ceux de 5e année (externes ayant concouru en 1931), le mardi 21 avril 1936, à 15 heures ; ceux de 4e année (externes ayant concouru en 1932), le jeudi 23 avril 1936, à 15 heures ; ceux de 3e année (externes ayant concouru en 1933), le samedi 25 avril 1936, à 15 heures ; ceux de 2e année (externes ayant concouru en 1934), le mardi 28 avril 1936, à 15 heures ; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1935) du n° 1 au n° 200 (rang de classement au concours), le mercredi 29 avril 1936, à 15 heures ; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1935) du n° 201 à la fin (rang de classement au concours), le jeudi 30 avril 1936, à 15 heures.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

Hôpital Foch. — *Les actualités médicales pratiques.* — Conférences médico-chirurgicales gratuites ouvertes à tous les médecins et étudiants en médecine et faites par les médecins de l'hôpital Foch (les médaillés militaires), le dimanche matin, de 9 h. 30 à 11 h. 30, dans la salle des conférences de l'hôpital Foch, 60, rue de Vergniaud (XIIIe).

Programme. — 26 avril, 9 h. 30, M. LE GAC : Les diverticules sigmoïdiens et leurs complications ; 10 h. 30, M. DE SÈZE : Traitement des algies faciales et cervico-brachiales. — 3 mai, 9 h. 30, M. COUTELA : Les céphalées d'origine oculaire ; 10 h. 30, M. DEVAL : Technique des prélèvements pour le laboratoire. — 10 mai, 9 h. 30, M. DAUSSET : Trois ans de pratique des ondes courtes ; 10 h. 30, M. LORTAT-JACOB : Indications de la cryothérapie en dermatologie. — 17 mai, 9 h. 30, M. DENIKER : L'ostéosynthèse : état actuel de la question ; 10 h. 30, M. THIROLOIX : Traitement de l'hypertension artérielle. — 24 mai, 9 h. 30, M. LAMY : Diagnostic et traitement du mal de Pott ; 10 h. 30, M. Pierre BOURGEOIS : Le pneumothorax contro-latéral.

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine. — La Fédération,

Considérant que l'essentiel de l'enseignement médical doit consister dans celui de la clinique,

Que les sciences physiques, chimiques et biologiques doivent être enseignées aux étudiants en médecine en fonction de leurs relations avec la pathologie et de leurs applications médicales,

Qu'il est donc indispensable que les chefs de travaux pratiques dans quelque branche que ce soit, soient avant tout docteurs en médecine ;

Proteste auprès du ministre de l'Education nationale contre les décisions contraires prises par le Conseil supérieur de l'Instruction publique, et compte que les doyens de Faculté, les directeurs d'École et tous les membres du Corps enseignant s'opposeront à leur mise en pratique.

Association française des femmes médecins. — La prochaine réunion se tiendra le lundi 30 mars 1936, à 17 heures, 4, rue de Chevreuse, Paris (VIe).

Pour tous renseignements, s'adresser à la secrétaire générale, Mlle Sérin, 11, boulevard de Port-Royal, Paris (XIIIe).

Congrès des médecins électro radiologistes de langue française. — Le Bureau pour 1936 a été élu : président, M. le Professeur Réchou (Bordeaux) ; vice-présidents, MM. les Docteurs Ledoux-Lebard, Bourguignon (Paris) ; Sluys (Bruxelles), Krynski (Pologne) ; secrétaire général, M. le Docteur A. Dariaux (Paris) ; secrétaire adjoint, M. le Docteur Morel-Kahn (Paris) ; commissaire aux fêtes, M. le Docteur Trucho (Paris) ; commissaire de l'Exposition, M. Walter (Paris).

Le prochain Congrès des médecins électro-radiologistes de langue française aura lieu du 7 au 20 octobre 1936, à la Faculté de médecine de Paris, pendant le Congrès de chirurgie.

Il y aura trois rapports :

1° Radiodiagnostic : Séméiologie radiologique des affections ostéo-articulaires dites rhumatismales (arthrites et arthroses), par MM. Robert et Forestier (Aix-les-Bains) ;

2° Radiothérapie : La radiothérapie à tension élevée, par MM. W. Wangermez et Auriac (Bordeaux) pour la partie physique, et par MM. Lachapèle et Mathey-Cornat (Bordeaux) pour la partie clinique.

3° Electrologie : L'électrothérapie dans les métrites, par MM. Delherm et Dausset.

La cotisation pour le Congrès sera de 100 francs pour les membres titulaires, 50 pour les membres associés.

Le Comité a décidé de nommer un commissaire aux fêtes. Le Docteur Truchot a été désigné pour remplir cette fonction.

Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.). — Dans sa dernière séance, le Conseil d'administration de l'A. D. R. M. a procédé à l'élection de son bureau pour 1936 : président, Hartmann ; vice-présidents, Sergent, Michon et Gastou ; secrétaire général, Baudouin ; trésorier, Lemaître ; conseiller juridique, Boudin.

Le Comité franco-japonais a fait publier dans des revues françaises trois articles envoyés du Japon par MM. Miura, Tamura et Kihara, et Yasmaga ; réciproquement ont été publiés dans des revues japonaises trois articles de MM. Fiessinger, Hartmann et Saint-Girons. De plus, M. Motte publie à Tokio une revue mensuelle des livres médicaux français.

Demande pour une ville d'eaux étrangère de deux médecins dont un chargé d'un laboratoire d'analyses.

Lettre demandant à l'A. D. R. M. d'entrer en relations avec le Syndicato Nazionale Medici. Même demande de la Société des relations culturelles de l'U. R. S. S. (V. O. K. S.).

Communication de MM. Soupault et Thalheimer retour d'Egypte, exposant que tous les médecins ayant passé 45 ans parlent français, que les jeunes parlent anglais et sur l'utilité qu'il y aurait à essayer de retenir pendant quelques jours à Paris les médecins égyptiens se rendant à Londres.

M. Pierra demande à l'A. D. R. M. de désigner un rapporteur, sur la question de l'enseignement et de la pratique médicale dans les pays latins, question qui doit être discutée à Venise en fin septembre, au Congrès de la Fédération de la presse médicale latine.

Bourses de stagiaires en phtisiologie du Comité national contre la tuberculose. — Des bourses de stagiaire dans un service spécialisé de tuberculose pulmonaire (bourse de 4.000 francs) peuvent être accordées par le Comité national contre la tuberculose à des médecins et à des étudiants en médecine en fin d'études, à la condition qu'ils aient été attachés pendant une année à un service hospitalier spécialisé de tuberculeux ou à un sanatorium de pulmonaires et désirent poursuivre des recherches et compléter leurs connaissances en phtisiologie en vue de se spécialiser pour remplir une fonction dans l'un des divers organismes antituberculeux ou pour exercer en clientèle comme phtisiologues.

S'adresser au Comité national contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel Paris (VIe).

Hôpitaux d'Alger. — Un concours sur titres s'ouvrira à Alger, le 27 avril 1936, pour le recrutement de trois électro-radiologistes adjoints des hôpitaux d'Alger. L'inscription sera close le 26 mars, à 16 heures.

Nécrologie. — *Le Docteur Louis Ménétrel.* — Nous apprenons la mort du Docteur Louis Ménétrel, commandeur de la Légion d'honneur au titre militaire, dix fois cité à l'Ordre de l'armée, sept fois blessé, qui vient de succomber des suites de ses blessures.

Il était parti le 2 août 1914, comme médecin aide-major de 1re classe de territorial ; affecté au 372e Régiment d'infanterie, il avait tenu à suivre ce régiment en Orient, lorsqu'il y fut dirigé ; c'est dans ses rangs qu'il reçut un shrapnell dans le poumon dont il ne devait jamais se remettre et qui, aujourd'hui l'emporte.

Rapatrié, il se fit verser dès son rétablissement, dans des armes combattantes, et c'est ainsi qu'il appartint tour à tour au 226e Régiment d'infanterie et au 8e Régiment de cuirassiers.

Dans sa 9e citation à l'Ordre de l'armée portant attribution de la Croix d'officier de la Légion d'honneur, M. le Maréchal Pétain pouvait écrire justement :

« S'est distingué au cours de la guerre tant en France qu'en Orient ; ayant constamment demandé malgré son âge à servir dans une unité de première ligne... »

La place nous manque pour reproduire ses si nombreuses citations ; mais comment dépeindre l'émotion qui étreint en parcourant ces textes !

« Très dévoué et très brave, d'un entrain extraordinaire, a refusé de se laisser évacuer..... » Ordre de la division no 83 du 11 novembre 1916.

« Médecin d'un vaste courage, reste en première ligne, bien que son âge et sa situation eussent pu lui permettre d'être employé à l'arrière..... » Ordre général no 5 du premier groupe de division du 29 mars 1917.

« Modèle d'énergie et de bravoure, type de l'officier à cran, prêt à tous les dévouements, est un exemple constant d'abnégation pour tous ses subordonnés..... » Ordre de la 2e Division de cavalerie à pied, no 194 du 20 octobre 1918.

« Médecin de troupe d'un dévouement sans borne, d'une activité inlassable, prêchant d'exemple en toutes circonstances, d'un patriotisme enthousiaste ... » Ordre général du 8e Régiment de cuirassiers no 5 du 4 janvier 1919.

Originaire de la Haute-Marne, né d'un père qui, collaborateur de Dumas et Boussingault, a laissé des travaux qui font encore date, il s'était dirigé vers la carrière médicale et après de fortes études et une thèse remarquée sur les névrites syphilitiques, Louis Ménétrel s'était consacré à la médecine générale. Orienté en partie par son parent Oudin, il fut un des premiers à comprendre le rôle des agents physiques dans le traitement des maladies ; son influence à cet égard fut considérable, particulièrement depuis 1912 dans l'étude de la diathermie ; il apportait dans la direction d'un cabinet très suivi, une conscience profonde, une science avertie et un esprit dont la rare ingéniosité lui faisait découvrir chaque jour des applications nouvelles, conquêtes précieuses contre la maladie et la souffrance.

Très actif, il appartenait depuis trente-quatre ans à la Commission des logements insalubres, où il avait su se créer, comme partout où il passait, des amitiés solides.

Et comment ne pas aimer d'ailleurs cet homme profondément bon, toujours dévoué aux siens et à ses amis, d'une loyauté totale, d'une sincérité parfois un peu brusque, mais que tempéraient vite son cœur et son esprit de solidarité humaine.

Comment s'étonner dès lors si au lendemain de la guerre, il s'était consacré à de nombreuses Associations d'anciens combattants, de ceux qu'il avait vu souffrir si près de lui, et auxquels il apportait sans cesse son appui et son encouragement.

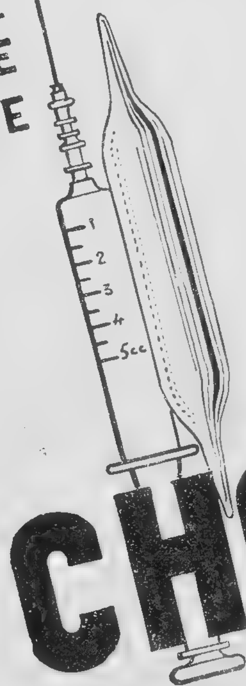
Arrivé au terme de cette trop courte notice, ne convient-il pas de saluer une dernière fois, le souvenir de ce médecin qui fut un homme de bien, qui toujours eut présent à l'esprit la notion de son devoir et la volonté d'y satisfaire, qui soldat valeureux s'exposa maintes fois au cours de la tourmente pour encourager ceux qui l'entouraient, les stimuler, qui se dépensait toujours sans compter pour apporter aux blessés du champ de bataille, le réconfort de sa présence et de son activité agissante.

Aussi lorsque sonna son heure ultime, alors que son affectivité le rattachait par tant de liens intimes au foyer qu'il s'était créé et où il avait tant de raisons de désirer y demeurer longtemps, il témoigna de la même sérénité qui l'avait soutenu tant de fois sur le champ de bataille, il vit la gravité du mal qui le frappait, y rattacha la présence d'une blessure cruelle jamais guérie, y discerna l'aggravation de la crise qu'il subissait et la disant avec une précision toute clinique à son fils qui le soignait, il expira avec la philosophie du sage et le courage du héros.

Il était si allant que nul ne le savait malade lorsque tout à coup, la nouvelle de sa mort parvint à ses amis. Leur douleur angoissée dit assez la perte qu'ils viennent de subir, et comment ne pas encore la déplorer en voyant disparaître un si beau caractère à l'heure troublée que nous vivons !

Le Progrès Médical adresse à sa famille si éprouvée, l'expression de sa sympathie douloureusement attristée.

Dr A. Fillassier


1
2
3
4
5cc

TRAVAUX ORIGINAUX

Les troubles hépato-biliaires de la ménopause

Par le Dr **Marie TISSERAND**
Ancien chef de clinique obstétricale

Nous avons été amené à étudier les troubles hépato-biliaires à la ménopause à la suite d'un cas que nous avons observé il y a quelques mois dans une petite commune de Dordogne et qui nous a permis de constater que cette question qui comporte une sanction thérapeutique intéressante était relativement peu connue des praticiens.

Il s'agissait d'une femme âgée de 48 ans sans antécédents notables. Père et mère : morts de vieillesse, deux frères et sœurs encore vivants, bien portants.

Les antécédents personnels de la malade ne révélaient rien de particulier. Réglée à 12 ans normalement, tous les vingt-huit jours pertes rouges durant six jours, trois jours assez abondantes et trois jours faibles, pas de douleurs dans les reins ou le bas-ventre, pas de pertes blanches.

Mariée à 18 ans, une seule grossesse, fils vivant bien portant. Nécessité de forceps pour bassin rétréci. Un peu de métrite à la suite, pendant trois mois pertes blanches puis règles de nouveau normales. Tendance rhumatismale cependant à signaler. Deux crises de rhumatismes ; l'une caractérisée par des douleurs vives dans l'épaule droite pendant huit jours s'atténuant en trois semaines, l'autre par un lumbago durant cinq jours, calmé par l'aspirine. Entre temps quelques craquements articulaires en particulier dans l'épaule droite, sans qu'il n'y ait d'atrophie musculaire visible et quelques douleurs articulaires erratiques au moment des changements de temps, principalement au printemps et à l'automne.

Le 25 octobre 1935, la malade qui attendait ses règles à cette date, est prise assez brusquement de frissonnement avec douleur dans le ventre prédominant dans la partie haute de l'hypocondre droit. Obligée de s'aliter, elle présente toute la nuit des alternatives de frissons et de sueurs, des vomissements alimentaires puis bilieux et de la diarrhée.

Le médecin appelé lui dit que c'est le début vraisemblable de ses troubles ménopausiques et que cet état va se calmer. Le lendemain, l'état persiste, les règles n'apparaissent toujours pas. Le troisième jour, subictère des conjonctives, urines foncées, anorexie persistante avec état nauséeux. Les jours suivants ictère plus accentué, l'état général s'améliore, la malade peut se réalimenter et se lève. Le huitième jour seulement après ce début, les règles arrivent sous forme de métrorragies abondantes durant sept jours, elles avaient eu un retard de dix jours, ce qui n'était jusqu'alors jamais arrivé à la malade. A la suite, pertes blanches et constipation opiniâtre. L'ictère et la douleur hépatique rétrocèdent peu à peu.

Le 25 novembre 1935 je vois la malade qui présente à nouveau les mêmes symptômes de congestion hépatique qu'à son premier accès : frissonnement, vomissements, douleur et diarrhée. A l'examen, on trouve un foie légèrement augmenté de volume, débordant de deux travers de doigt les fausses côtes, uniformément douloureux, sans point vésiculaire appréciable, sans contracture de la paroi. C'est plutôt un endolorissement qu'une vraie douleur. Les urines sont acajou, on y décèle des pigments biliaires et de l'urobiline. Un léger subictère apparaît aux conjonctives. En présence de ce tableau, nous mettons la femme au régime lacto-végétarien, et lui faisons prendre du calomel à très petites doses, puis trois grammes de teinture d'hydrastis canadensis. Les règles arrivent le surlendemain du traitement avec quatre jours de retard seulement, elles sont abondantes mais non-hémorragiques et ne durent que quatre jours. L'ictère s'amende rapidement.

On continue le même traitement dans la période intercalaire en élargissant le régime alimentaire. Le 21 décembre 1935, règles diminuées ne s'accompagnant d'aucun trouble fonctionnel.

Il semble donc bien que cette malade ait fait au début de sa ménopause une poussée de constipation hépatique, une « crise de foie » qui aurait donné lieu par retentissement sur l'utérus à des métrorragies importantes. Le traitement de la congestion hépatique a suffi à juguler les symptômes utéro-ovariens.

HISTORIQUE

Les rapports du foie et de l'appareil utéro-ovarien sont connus depuis de longues années. Déjà Hippocrate signale la possibilité de « règles bilieuses ». Et au siècle dernier Stoll Funck, Désormaux, Boucher indiquent la fréquence des métrorragies dans les ictères épidémiques. Plus récemment encore Courty, Monneret, Aran et Bennett puis Dalché publient des observations intéressantes sur le sujet.

Depuis nous trouvons à l'heure actuelle en France aussi bien qu'à l'étranger une littérature sur le sujet qui n'est pas négligeable.

Les troubles du fonctionnement hépatique retentissent donc sur l'appareil utéro-ovarien aussi bien que les modifications de la secrétion ovarienne retentissent sur le foie. Il est donc compréhensible qu'à la ménopause, lors des perturbations dans l'équilibre endocrinien, le foie qui est aussi bien une glande à sécrétion interne qu'une glande à sécrétion externe vienne apporter une note dans ces diverses manifestations et présente si souvent une insuffisance caractéristique et génératrice de troubles utéro-ovariens plus ou moins marqués.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les troubles des fonctions hépato-biliaires se rencontrent dans une proportion nettement plus élevée dans le genre féminin que dans le genre masculin. Si nous en croyons les statistiques allemandes nous trouvons comme rapport les chiffres de 1 sur 2 et 1 sur 7 du pourcentage général des maladies du foie chez l'homme et chez la femme ; cette fréquence s'explique par les relations qui existent entre le foie et l'appareil utéro-ovarien.

Cette interdépendance se manifeste au cours de la vie génitale de la femme — et sans contestation, possible pendant la grossesse — dont l'aménorrhée s'accompagne d'une augmentation de l'excrétion biliaire (qui aboutit dans les cas pathologiques à la lithiase vésiculaire), d'exagération de la fonction martiale et d'exagération dans la fixation des glucides avec parfois glycosurie ou lactosurie physiologique. La surcharge graisseuse du foie est une donnée classique, ainsi que les dangers de l'ictère chez la femme enceinte. Quant au rôle possible de l'insuffisance hépatique en particulier le trouble du métabolisme des protides, il paraît assez bien établi dans les accidents de la toxémie gravidique. Mais au cours de la menstruation, on a pu également le mettre en évidence : il semble en effet que la menstruation augmente très souvent le volume du foie en dehors de toute lésion hépatique. Chvostek a constaté ce fait dans 27 cas sur 30. Dibaïlov l'a étudié sur 100 femmes de tout âge. L'augmentation était de quatre travers de doigt dans 9 cas, de deux dans 33 cas, de un doigt et demi dans 19 cas, de un dans 37 cas et n'était nul que dans 2 cas. Le foie était douloureux à la pression 73 fois, simplement sensible 21 fois et complètement insensible 3 fois. L'augmentation de volume persistait deux à trois jours après les règles quoiqu'à un degré moindre. En réalité cette congestion est prémenstruelle et s'accompagne d'indicanurie, d'urobilinurie et d'hypo-azoturie.

La cholestérolémie est également augmentée six jours avant les règles et atteint le taux de 2 gr. 75 par litre, puis elle baisse progressivement et jusqu'à la survenu du flux menstruel pour retomber assez brusquement à son taux normal quelques jours avant la fin des règles. A la ménopause, ces modifications physiologiques deviennent par leur intensité et leur fréquence, véritablement pathologiques. En effet, en cas de ménopause naturelle, on trouve 1/20 de femmes atteintes de troubles hépato-biliaire, et 1/6 en cas de ménopause artificielle chirurgicale ou radiothérapique. Du reste, les anciens auteurs avaient déjà décrit « l'état bilieux de la ménopause » (Bennett et Aran) et l'histoire clinique de telles malades montre un

rapport étroit entre l'hypoménorrhée et les maladies du foie et de la vésicule (Aschner).

La cause déterminante est donc vraisemblablement l'amoindrissement de la fonction ovarienne et la rétention des produits menstruels habituellement éliminés.

Les causes prédisposantes semblent être un terrain neuro-arthritique et rhumatismal, une fragilité constitutionnelle de la cellule hépatique. Le ralentissement de la circulation veineuse qui se traduit par les varices, les hémorroïdes, les varicosités du visage et qui entraîne également une stase portale et par suite une congestion du foie qui le prédispose à des accidents plus caractérisés.

L'amoindrissement de la fonction ovarienne se traduit par la diminution progressive des deux hormones sécrétées cet organe (hormone folliculaire, hormone du corps jaune). Or, l'hormone folliculaire fonctionne synergiquement avec le foie et l'on a pu décrire à côté de la « synergie thyro-hépatique » qu'a créé Pende, une « synergie folliculo-hépatique ». En effet dès que l'activité de l'hormone folliculaire décroît, soit dans le prémenstruum, soit à la phase préménopausique, on voit le fonctionnement hépatique décroître en fonction de la régression folliculaire. Réciproquement, si on active à cette phase l'activité hépatique, on constate un hyperfonctionnement de l'appareil utéro-ovarien. Il est donc naturel de constater à la ménopause un certain degré d'insuffisance hépatique correspondant à la diminution d'activité de la folliculine.

Celle-ci entrave à son tour des modifications physico-chimique du milieu sanguin sous l'influence desquelles vont se déclencher les réactions de l'appareil neuro-végétatif et des glandes diverses.

L'hormone du corps jaune disparaît en général en dernier lieu, à ce moment, l'effet combiné du déséquilibre endocrino-sympathique de l'acidose, ou de l'alcalose (suivant la prépondérance de l'une ou l'autre des actions hormonales encore existantes, la déficience hépatique arrivent à constituer la toxémie ménopausique, dont les divers auteurs ont pu depuis longtemps décrire les manifestations cliniques.

Étude clinique

Les troubles hépato-biliaires à la ménopause, peuvent revêtir un certain nombre d'aspects cliniques.

Dans les cas le plus banal, il s'agit de petits troubles d'insuffisance hépatique qui ne s'accompagne pas de signes objectifs nets.

En effet, le foie est d'un volume encore voisin de la normale. Sans doute le procédé du pouce de Glénard peut mettre une légère hypertrophie en évidence, mais le laboratoire ne décèle pas de trouble profond du métabolisme digestif. Les signes qui attirent l'attention du côté du foie sont en général une tendance à l'asthénie physique et psychique. Les malades ont des réactions lentes, une fatigue constante que rien ne justifie au premier abord. Elles s'endorment tardivement d'un sommeil agité entrecoupé de cauchemars. Leur réveil s'accompagne de fatigue, de sécheresse de la bouche et elles accusent une sensation de vide cérébral qui les inquiète.

Cette dépression s'accentue après les repas qui sont suivis de somnolence, de troubles vaso-moteurs, vaso-sympathiques, bouffées congestives avec rougeurs de la face, sensation de pesanteur. Parfois existe de la diarrhée post-prandiale à tout le moins une évacuation impérieuse de selles moulées. Il existe souvent une intolérance pour les œufs, les graisses dont l'ingestion détermine les douleurs au creux épigastrique ou dans l'hypocondre droit.

On peut également rencontrer quelques manifestations cutanées telles qu'un prurit généralisé, une tendance aux hémorragies, quelques taches rubis disséminées sur le thorax et l'abdomen. La vésicule peut réagir dès cette période chez les prédisposés et la première colique hépatique coïncide parfois avec la suppression des règles, ce qui s'explique si on admet une augmentation de la cholestérinémie sous l'influence de la suppression des ovaires (Cuizza).

Parfois le début de ces accidents est plus brutal et le tableau clinique est sensiblement le même que celui que nous avait présenté la malade, dont nous avons rapporté l'observation. Il s'agit alors d'une véritable « crise de foie », telle que Gutmann l'a décrite. On constate alors d'emblée de l'ictère, accompagné de modifications des urines qui sont riches en pigments et en urobiline, et des matières qui peuvent être décolorées. Les frissonnements, les nausées, les vomissements avec état anxieux, la diarrhée et les douleurs de l'hypocondre droit font aisément faire le diagnostic.

Dans certaines formes complexes, il y a association de troubles vésiculaires à la congestion hépatique, mais même si cliniquement la vésicule à l'air de prédominer, c'est cependant le foie qu'il faut encore soigné car il existe toujours à son niveau des lésions histologiques (Carnot, Fiessinger) et si l'on opère pour cholécystite les malades continuent à souffrir et seul le traitement médical de leur foie peut enrayer les accidents, quel que soit le début de ces troubles hépato-biliaires.

Période d'état

Si l'état d'insuffisance hépatique n'est pas traité convenablement, les troubles de congestion vont s'accentuer au niveau du foie et l'examen physique montre une augmentation très notable de son volume, une dureté anormale, une sensibilité à la pression toujours très nette, non localisé, mais diffuse et ne s'accompagnant pas de réaction de défense de la paroi. Ces phénomènes n'ont du reste rien de fixes et leur régression à la suite du traitement signe encore leur origine.

Le laboratoire décèle un abaissement du coefficient azoturique, une élévation du coefficient de Maillard, une élévation de l'azote résiduel, par conséquent un trouble profond du métabolisme digestif, tandis que la présence d'urobiline et parfois de sels biliaires dans l'urine souligne le disfonctionnement hépatique.

Le sang est également modifié. Il y a uricémie, hyperglycémie, hypercholestérinémie et souvent élévation des déchets résultant de l'oxydation incomplète de certains produits azotés de l'organisme.

Au point de vue de la réserve alcaline du sang, les modifications qui se produisent alors ne sont qu'une exagération des phénomènes physiologiques qui s'observaient avant l'apparition des règles. On a noté, en effet, une diminution très nette de la réserve alcaline à la phase prémenstruelle, c'est-à-dire pendant que diminue l'activité de l'hormone folliculaire. Celle-ci serait vagotonisante et s'accompagnerait d'alcalose. Alors que l'hormone du corps jaune est sympathicotonisante et s'accompagne d'acidose.

Au cours de la ménopause, l'arrêt de la sécrétion interne des deux hormones n'est pas toujours simultanée, l'activité de l'hormone folliculaire s'abaisse la première d'où phénomène d'acidose avec leur expression clinique : troubles du système respiratoire, troubles nerveux, somnolence, parfois agitation, troubles digestifs, vomissements ou diarrhée.

Quand l'hormone du corps jaune cesse d'agir, il y a prédominance des phénomènes d'excitation vagale, d'alcalose, c'est-à-dire production de spasmes soit vasculaires : migraines, viscéraux (crises douloureuses pyloriques vésiculaires), des muscles striés (contraction fasciculaires). On peut encore avoir des crises d'asthme, d'urticaire, parfois des accès de goutte à répétition par suite de l'exagération des phénomènes de choc colloïdo-clasique que favorise l'alcalose.

Évolution

Cet état fonctionnel essentiellement variable suivant les femmes et suivant le moment où on les examine réalise, combiné aux signes d'insuffisance hépatique, une véritable « diathèse ménopausique » qui va se manifester par une action sur les centres régulateurs de la tension et, en modifiant celui-ci, augmenter l'état congestif des viscères et amener certaines perturbations locales sur les organes. On arrive ainsi au tableau clinique suivant caractéristique de la « toxémie de la ménopause ».

On trouvera souvent des troubles d'insuffisance rénale. On pourra constater des troubles gastro-intestinaux : digestion

défectueuse et ralentie, stase et fermentation, entraînant un accroissement de la congestion hépatique et de toutes ses conséquences. Quant à l'appareil respiratoire, il réagira contre la toxémie par des troubles divers de la dyspnée, parfois de pseudo-asthme.

Le système nerveux sera plus ou moins troublé suivant la réceptivité du sujet et l'on constatera de la céphalée, des troubles du caractère, des troubles psychiques allant même parfois jusqu'à la vésanie et au psychoses caractérisées. Les palpitations, la tachycardie digestive, les crises de fausse angine de poitrine, les angoisses seront fréquentes.

Citons encore les varices, les hémorroïdes avec poussées hémorragiques pseudo-cataméniales et les phénomènes de dystonie vasomotrice, bouffées de chaleur, sensations de froid des extrémités, sueurs froides, œdèmes locaux, dilatation veineuse.

Quant à la tension artérielle, elle est toujours modifiée dans les états. Tantôt il y a hypotension, — si l'insuffisance hépatique domine — et elle disparaît avec elle, lors du traitement médical (Dufourt). Souvent il y a hypertension. Si elle est stable elle relève des lésions rénales ou cardiaques concomitantes, mais si elle est en rapport avec la toxémie ménopausique elle est en général caractérisée par une élévation modérée de la maxima, une différentielle très élevée, et une instabilité qui en signe du reste le diagnostic.

Tels sont donc les tableaux cliniques habituels des troubles hépato-biliaires à la ménopause.

Diagnostic

Leur diagnostic est en somme facile, mais cependant important à faire puisqu'il dicte la conduite thérapeutique efficace.

On ne les confondra donc pas avec une affection organique bien caractérisée et préexistant à la ménopause telle qu'un cancer de la tête du pancréas ou avec un cancer de l'estomac, du foie et des voies biliaires.

Le diagnostic d'une cholécystite chronique liée à un état colitique ou séquelle d'une fièvre typhoïde est plus délicate ; la recherche de cette étiologie, la présence des signes de souffrance de la vésicule existant depuis plusieurs années avec poussées douloureuses, fièvre, polyurie, défense musculaire et douleur vésiculaire, la coexistence d'une pyélo-néphrite ou d'une cystite permettent de la reconnaître. Alors il faut savoir que les troubles hépato-biliaires peuvent s'ajouter à une cholécystite chronique, de même dans certains cas, provoquer l'apparition des accidents de la lithiase biliaire jusque-là latente. Rappelons également que bien souvent, il existe des troubles menstruels en rapport avec la lithiase, les règles sont le plus souvent hémorragiques ; si la femme est près de sa ménopause, elle sont souvent irrégulières. Souvent quelques jours après l'accès de colique hépatique, les règles réapparaissent et s'accompagnent de douleurs, et de tranchées, parfois même de caillots, enfin souvent il y a un véritable dérèglement du cycle menstruel par suite des inter-réactions qui se produisent entre le foie et les organes utérus ovaires. On comprend qu'un examen minutieux est nécessaire pour en faire la déscrimination.

Dans certains cas il faut éliminer la possibilité d'une hépatite infectieuse se traduisant par des signes permanents d'insuffisance hépatique alors que dans les troubles hépato-biliaires de la ménopause les phénomènes sont variables et extrêmement mobiles dans leur intensité et leur durée.

Un diagnostic plus facile sera celui d'une cirrhose, en général la cirrhose s'accompagne d'aménorrhée, lorsqu'il y a des métrorragies, le traitement de la cirrhose les fait souvent rétrocéder.

Signalons enfin les troubles de sensibilisation hépatique en rapport avec la fonction ovarienne. Leur caractéristique c'est d'être reproduit expérimentalement par l'infection d'ovarine, et de disparaître lors de la suppression de l'activité ovarienne (grossesse, castration). Une thérapeutique antisensibilisante (injection de sang menstruel, adrénaline) les atténue notablement.

Traitement

Le traitement des troubles hépato-biliaires est donc capital puisqu'il permet dans une certaine mesure de prévenir la toxémie de la ménopause et son cortège de désordres organiques.

Il devra être basé sur un examen minutieux de la maladie permettant de dépister la constitution neuro-arthritique qui est souvent l'apanage de telles malades. Mais d'une manière générale il devra être baser sur la nécessité capitale de stimuler les fonctions hépatiques déficientes, de soulager également par un régime approprié le foie et les reins et d'améliorer autant que possible la circulation veineuse qui est souvent ralentie. Rappelons également qu'une psychothérapie discrète est de mise.

Pour ce qui est du traitement externe, on préconisera le repos sous forme de chaise longue après les repas, isolément pour éviter les soucis familiaux et les ennuis journaliers.

Le régime alimentaire sera sévèrement réglé. On supprimera la viande au repas du soir. On en diminuera la quantité au repas de midi et on proscrira toute viande jeune et tous les abats générateurs de cholestérine. Au contraire, les fruits, les légumes verts seront donnés en abondance. Cure de fruits, artichauts cuits et crus, salades seront alors de mise. On évitera également les graisses, les épices, les alcools ; les eaux de Vichy et de Vittel pourront être conseillée. Il y a lieu de se méfier des eaux alcalines qui pourraient augmenter une alcalose déjà existante.

L'hydrothérapie sous forme de bains tièdes peut diminuer l'hyperexcitabilité sympathique et favoriser les éliminations ainsi que les massages bien conduits ; dans certains cas les bains de vapeurs, l'électricité, la diathermie sont de bons adjuvants du traitement.

Enfin étant donnée la tendance rhumatisante des malades à la ménopause on pourra ordonner quelques exercices de gymnastique articulaire mais en tenant compte de la tension artérielle du sujet, de son entraînement ordinaire, de l'intensité de ses troubles de déséquilibre vago-sympathiques.

A cette période plus qu'à tout autre il faut, un extrême doigté pour conduire le traitement médical qui, trop brutal, entraînerait des véritables désastres.

Le traitement interne sera médicamenteux. On stimulera la cellule hépatique par les moyens ordinaires : calomel, Boldo, cynara, combretum, extrait hépatique.

Les alcalins ne seront donnés qu'avec une extrême prudence, et le traitement hydro-minéral conseillé qu'avec de multiples restrictions : doses presque homéopathique des eaux, choix des sources.

Les sels biliaires et les laxatifs à base de bile sont souvent contre-indiqués.

Quant aux extraits ovariens, leurs usages est controversé. Sans doute l'ovaire active la sécrétion hépatique, mais il ne faut pas vouloir éviter la ménopause qui est une suppression physiologique des fonctions ovariennes ; il vaut mieux indirectement soutenir le foie et les autres organes que réactiver les sécrétions qui doivent disparaître. Toutefois ceci est une questions de malade.

Les médicaments agissant sur la circulation veineuse toujours ralentie et les médicaments du tonus vasculaire seront au contraire toujours de mise et évitant la stase portale agiront également sur la toxémie ménopausique. Ce seront l'hamamélis, le cupressus, la sabine, la ficaire et surtout l'hydrastis dont l'action tonique est intéressante puisque, non seulement il agit comme tonique vasculaire et « vasculaire hémostatique » (Hayem), mais encore a une action sur la constipation si fréquente chez ces malades et sur la congestion hépatique, alors que la ficaire est surtout efficace pour les dilatations veineuses en particulier les hémorroïdes qui sont l'apanage de ces sujets.

Notons également la nécessité d'un traitement de désinfection intestinale par les charbons animaux et végétaux, les ferments lactiques et de la fonction rénale, tisane de chiendent, stigmate de maïs, eau de Vittel, à petite dose.

Les résultats sont en général très favorables. Améliorations des troubles nerveux et toxiques, diminution des désordres

vago-sympathiques, diminution de volume et de la sensibilité du foie, dont l'hyperfonctionnement momentané amène un hyperfonctionnement des fonctions endocriniennes et parfois même la réapparition ou l'augmentation du flux menstruel, momentané mais suffisante pour laisser le temps aux systèmes vicariants de se constituer. A plus longue échéance, on verra en effet disparaître et se stabiliser l'hypertension artérielle, et s'améliorer les phénomènes spasmodiques liés à l'alcalose et les réactions congestives viscérales et périphériques.

Il y a donc intérêt à connaître les troubles hépato-biliaires puisque leur traitement permet de diminuer la proportion des toxémies de cette période et que leur diagnostic précis amène au traitement médical et évite à la malade des interventions périlleuses.

BIBLIOGRAPHIE

ARAN. — *Leçons cliniques des maladies de l'utérus.*

Paul DALCHÉ et Albert ROBIN. — *Traitement médical des maladies des femmes.*

WILLEMIN. — De l'emploi des eaux de Vichy dans les affections chroniques de l'utérus. *Thèse*, Paris, 1857.

Paul DALCHÉ. — Les métrorragies dans les maladies du foie. *Bull. Soc. méd. des hôpitaux*, 1897, p. 1306.

Léopold LÉVY. — *Vue générale sur l'endocrinologie avec vingt-cinq ans de pratique.*

LAIGNEL-LAVASTINE. — Conf. de sympathologie clinique, 1re série, 1926-1929.

H. VIGNES. — *Physiologie gynécologique et médecine des femmes*, 1929.

M. LÆMMER. — Le foie et la vie sexuelle de la femme. *Progrès médical*, n° 13, 1er avril 1935.

Dr MENDELSOHN PINQUET. — Participation du foie aux poussées congestives de la ménopause et cure de Vichy. *La Nutrition*, tome II, n° 3, 1932, page 345.

M. José GONZALEZ GALVANI, de Sevilla. — Réactions hépatiques et intestinales à la ménopause. *Revista medica latino americana*, page 649-661.

PAOLO ALESSANDRINI. — La colica epatica mestruales. *America medica*, n° 21, 26 Magg 1934, page 739.

GUTMANN. — Coliques hépatiques et crises de foie. *Monde médical*, 15 mai 1933, page 642.

JAHIEL. — Crises de foie en rapport avec la fonction ovarienne. *Arch. des maladies de la nutrition*, 1933, page 1008.

Sur les états de sensibilisation hépatique en rapport avec la fonction ovarienne normale. *Archives des maladies de l'appareil digestif*, tome XXIX, 1934, page 9.

Bernard ASCHNER. — *Klinik und Behandlung der Menstuationsstörungen*, 1 vol.

HALBAN et SATZ. — 5 Bd 2 Halfter seite, 483-510.

G. MONGES. — Les faux cancers gastriques de la ménopause. *Marseille médical.*

TAKATA. — Action de l'acide cholique sur la formation du glycogène dans le foie après castration. *Biochem Zeit.*, CCLXI, 80-84, 1933.

Carl KAUFMANN et O. MÜHLBOCK. — La suppression de la fonction de la glande sexuelle femelle détermine-t-elle de la cholestérinémie ? *Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 15, 11 avril 1931.

BAKELMANN, DICKMANN, KAUFMANN et SHERINGER. — Modification du foie après la castration. *Archiv. fur gynakologie*, 1931, CXLVI, f. 2, pages 167-196.

CUIZZA. — La cholestérolémie et l'ablation de l'utérus. *Clinica obstetrica*, 1931, p. 5.

JOHN TKING J.-R. — Observation on the menopause. Les effets des préparations d'ovaire sur les symptômes de la ménopause et sur le métabolisme basal. *Journal A. M. A.*, 10 nov. 1928, vol. 91, number 19, page 1423.

A. DE NEUMAN. — Al lugado durante la menstruacion pruebas fumeronales. *Rev. méd. del Rosario*, 16, 439-557, nov. 1926.

« Il est vain d'essayer de corriger la nature des hommes, *même s'ils sont médecins*, mais il est possible d'imposer à celui qui exerce une profession, une règle. Il faut lui apprendre au début de ses études, exactement comme on lui explique qu'il ne faut pas toucher une plaie sans s'être lavé les mains, qu'il ne faut pas parler en mal de ses confrères, et se permettre de juger leurs actes. L'habitude une fois prise, deviendra règle de conduite, et ce jour-là la Faculté aura bien mérité de tout le Corps médical. » (Docteur Raphaël MASSART. — « Trop parler nuit ». *Le Concours Médical*, 23 février 1936.)

CLINIQUE MÉDICALE

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

Prof. Loeper

La spondylose rhizomélique

Par M. Mathieu-Pierre WEIL

Sous le nom de spondylose rhizomélique, M. Pierre Marie a individualisé un état caractérisé par une soudure de tout ou presque tout le rachis avec ankylose des deux articulations coxo-fémorales et limitation des mouvements des articulations scapulo-humérales. Certes rétrospectivement on put retrouver dans la littérature des observations analogues (la plupart signalées par Pierre Marie lui-même) : ainsi quelques années auparavant Strumpell (1884), dans son *Manuel de médecine*, rapportait, sans commentaire d'ailleurs, deux cas d'une « maladie singulière » caractérisée par l' « inflammation chronique ankylosante de la colonne vertébrale et des hanches ». Mais, en réalité, c'est Pierre Marie qui apporta la notion de cet état nouveau dont il pouvait dire, avec juste fierté, quelques années, plus tard, que « des centaines de cas » en étaient publiés.

La maladie, dit Pierre Marie, est l'apanage des « sujets mâles ». Elle débute à l'âge adulte ou à la fin de l'adolescence par une douleur dans une articulation (genou, hanche), suivie de sédation. Quelques mois plus tard une ou plusieurs autres articulations sont atteintes, sans gonflement ni rougeur, et il survient une ankylose du rachis à « marche progressive » de bas en haut, une cyphose « peu curviligne » qui « consiste plutôt dans un changement de direction des régions dorsale inférieure et cervicale », un aplatissement du thorax et du bassin d'avant en arrière, une perte de la mobilité des côtes, une attitude en Z due à une demi-flexion des genoux qui vient corriger l'ankylose en flexion des hanches. Les articulations autres que les articulations axiales des membres sont constamment indemnes : « s'il est des cas, dit P. Marie, où le rhumatisme déformant détermine une ankylose du rachis, ces cas diffèrent de ceux de spondylose rhizomélique par l'absence de déformations extrêmement prononcées des petites jointures et par une marche différente ».

Un an après cette communication initiale, P. Marie et Léri (février 1899) rapportaient la première autopsie d'un malade atteint de spondylose ; ils en publiaient une seconde en 1906. L'affection est essentiellement caractérisée, disent-ils, par une calcification ligamenteuse : en avant, une « ossification du grand surtout ligamenteux », latéralement « des tractus osseux d'aspect analogue », en arrière « le ligament surépineux ossifié ». « Le sacrum est réuni à l'os iliaque par des jetées osseuses », « les côtes pour un grand nombre sont soudées aux apophyses transverses par leur col et aux parties latérales des corps vertébraux par leurs têtes ». « Les apophyses articulaires paraissent absolument soudées sur toute la hauteur de la colonne ». Mais il s'agit « de phénomènes d'ossification des tissus fibreux péri-articulaires beaucoup plus que d'arthropathies véritables ». « Les lames vertébrales sont unies entre elles par un tissu osseux qui paraît se continuer avec elles ; aux hanches, il y a « ménisco-ligamentite ossifiante ». A ce processus de calcification est associé une « très notable raréfaction osseuse » ; nulle part n'existent ni exostoses ni « altérations grossières destructives et hypertrophiques » du squelette.

* * *


οβησιτη
αρθριτισμε

Étude clinique

Telle Pierre Marie l'a décrite, telle est la spondylose rhizomélique. Mais aux confins de la maladie existent toute une série de formes anatomo-cliniques qui permettent d'en mieux comprendre la nature (1).

I. *Les spondylites ligamentaires partielles.* — La calcification ligamentaire qui caractérise la maladie n'est pas toujours étendue à toute la colonne ou à une région importante de celle-ci. A côté et aux confins de la spondylose rhizomélique existent des spondylites ligamentaires partielles et localisées.

Ces malades viennent ordinairement consulter pour des douleurs lombaires, souvent précédées de manifestations sciatalgiques. L'examen clinique décèle une rigidité vertébrale considérable, diffuse, qui s'étend parfois jusqu'à la région cervicale. Souvent le malade s'en plaint, mais, fait curieux, il peut ne pas l'avoir remarquée et la rigidité être découverte au cours de l'examen, par l'étude des mouvements de flexion, d'extension, ou mieux encore de latéralité qui sont intéressés les plus précocement, comme l'a fait remarquer Fischer.

Comme les spondylosiques, ces malades sont pâles, fatigués, souvent de type longiligne, leur température volontiers un peu au-dessus de la normale ; la réaction de sédimentation est accélérée, souvent de manière considérable, témoignant de l'existence d'un processus inflammatoire.

Cependant, contrairement à toute attente, la radiographie ne met en évidence que des lésions de calcification ligamentaire discrète, localisée à quelques faisceaux intervertébraux, peu nombreux, irrégulièrement, asymétriquement distribués. Leur opacité sur le film est souvent si peu prononcée qu'elle demande à être recherchée avec soin.

Ces lésions retardent d'ailleurs sur les phénomènes cliniques, et rien ne permet d'affirmer que ces cas sont fatalement voués à la généralisation ou à l'atteinte secondaire des articulations proximales.

C'est pour les dernières dorsales et les premières lombaires, la charnière dorso-lombaire, que ces lésions circonscrites ont une affinité particulière.

Plus tard, lorsqu'elles se seront étendues et auront pris de l'ampleur, elles se présenteront longtemps encore désordonnées, asymétriques : la calcification ligamentaire, loin de progresser de manière régulière, de la région lombaire vers les régions plus élevées de la colonne, atteignant tour à tour les ligaments contigus, procède par bonds irréguliers, tel ligament se trouvant calcifié, tel autre, symétrique souvent, apparaissant indemne, la généralisation du processus étant faite, non d'une évolution ascendante et irrégulière, en tache d'huile, mais de la conjonction tardive de lésions initialement fragmentaires, distantes, distinctes. Par ailleurs, il ne faut pas croire qu'une ligamentite relativement ancienne soit forcément importante, ou inversement qu'une ligamentite importante remonte obligatoirement à une époque déjà ancienne : des lésions minuscules, nous l'avons montré, peuvent persister des années, et des lésions importantes se constituer en quelques mois.

II. *Les spondylites ligamentaires avec arthrites généralisées.* — La spondylose rhizomélique dans sa forme typique est une maladie strictement localisée aux vertèbres et aux articulations axiales des membres.

Mais il est des faits où d'autres articulations, parfois même en très grand nombre, sont intéressées au professus ankylosant.

Tantôt la maladie se présente initialement comme un rhumatisme aigu généralisé ; tantôt, d'emblée ou tardivement, des articulations autres que celles des épaules et des hanches présentent des lésions d'arthrite chronique.

La spondylose rhizomélique n'est donc pas aussi distincte des autres formes du rhumatisme que tendaient à le faire penser les descriptions initiales.

L'existence de poussées de rhumatisme aigu généralisé précédant l'apparition des lésions vertébro-rhizoméliques est loin de constituer une éventualité exceptionnelle. Il est même assez piquant de noter que Léri, dans son mémoire de 1899, rapportait une observation caractéristique de cette forme particulière. D'autres depuis lors ont été signalées par Siven, Focker, Heiligenthal, Wiese et Schlesinger, etc., et par moi-même.

Dans d'autres cas, l'*atteinte vertébrale est la première en date, et ce n'est que secondairement que l'on voit se constituer des lésions siégeant sur les articulations distales des membres.*

Le processus peut aboutir à un *rhumatisme chronique, généralisé à toutes les articulations, vertébrales et autres.*

P. Marie et Léri pensaient que « celles-là seules » parmi les articulations qui sont anatomiquement caractérisées par la présence d' « un bourrelet ou d'un ménisque » pouvaient être intéressées. Cependant, dans une observation de Léri, les pieds présentaient des lésions d'arthrite, et Bachmann considère même cette localisation comme fréquente ; selon Elliott, elle s'observerait dans la moitié des cas. Dans une observation de Ratner les genoux (atteints les premiers), ainsi que les épaules, les coudes, les mains et les doigts étaient très déformés, partiellement ou totalement ankylosés. Dans une observation de Lannes (1928) toutes les articulations étaient atteintes, entre autres celles des doigts. Dans une autre de Couto, poignets, genoux et doigts participaient au processus morbide : « le médius, l'annulaire et le petit doigt des deux côtés sont en flexion forcée contre la paume de la main, l'index ankylosé en demi-flexion » Buckley (1923) relève cinq fois, sur 150 observations, l'atteinte des coudes, poignets et petites articulations des mains et des pieds. Dans deux observations de Jannsen (1903) la localisation vertébrale faisait partie d'une multiarthrite généralisée.

La localisation vertébrale ne précède pas toujours de beaucoup les autres manifestations de la maladie : chez un malade de Ratnek, l'atteinte des genoux et cous-de pied apparaît un an après la limitation des mouvements de la colonne vertébrale ; dans une observation de Buckney un intervalle de cinq ans sépare les localisations spinales de l'envahissement des poignets et des doigts. Moi-même ai observé plusieurs exemples de spondylose rhizomélique associée à une généralisation articulaire.

III. *Les spondylites ligamentaires avec arthrites intersomatiques.* — En 1932, au IIIe Congrès international du rhumatisme, avec Rœderer, puis dans la thèse de Mme H. Froyez-Rœderer (1), j'ai montré qu'il existe au niveau de la colonne vertébrale un type de manifestations ostéo-articulaires qui s'apparente aux arthrites ulcéreuses des membres étudiées dans ces dernières années.

Le type confine aux spondylites dont cependant il diffère par nombre de caractères ; il se distingue du mal de Pott par son évolution, sa symptomatologie, ses caractères radiologiques. A la radiographie, le fait le plus caractéristique, dans la région douloureuse, est la disparition des disques clairs qui sont remplacés par une ombre homogène et diffuse. Les vertèbres de la région sont moins opaques qu'il n'est coutume ; leurs contours sont souvent bordés, mais elles ne sont ni déformées ni aplaties ; il n'y a ni ostéophytes, ni becs de perroquet, ni réaction ligamentaire. D'autre part, cette pile de trois ou quatre vertèbres est comme engluée dans une sorte de gaine latérale, aux limites mal définies, formant une ombre proche du rachis, plus proche que celle que réalisent les fuseaux

(1) Mathieu-Pierre Weil (avec la collaboration de V. Oumanski, L. Langlois, C. Rœderer, R. Coliez. — Aux confins de la spondylose rhizomélique. Rapport à la *Section française de la Ligue contre le rhumatisme*, mars 1935 ; *Revue du Rhumatisme*, juillet 1935, p. 525.

(1) Mathieu-Pierre Weil et C. Rœderer. — Spondylite tuberculeuse à allure de rhumatisme chronique, *IIIe Congrès international du rhumatisme*, Paris 1932, p. 1885 ; Contribution à l'étude du rhumatisme tuberculeux en marge du mal de Pott. Une forme d'arthrite vertébrale de nature probablement bacillaire, *La Presse médicale*, 21 octobre 1933, p. 1926. — Mme H. Froyez-Rœderer. Etude clinique des arthrites vertébrales chroniques non tuberculeuses (mal de Pott excepté), Thèse de Paris, 1934.

◆◆

que l'on peut observer dans le mal de Poot dorsal. Le segment vertébral paraît « sale ».

Or, chez un certain nombre de ces malades, on peut noter un enraidissement progressif de tout le squelette avec participation secondaire des grandes articulations axiales des membres. La radiographie montre alors la coexistence des lésions d'arthrite vertébrale décrites ci-dessus et de calcifications ligamentaires comparables à celles de la spondylose rhizomélique, et souvent parfois des néoformations osseuses nées des angles de vertèbres voisines, comme cela se voit au voisinage des maux de Pott consolidés.

IV. *La maladie de Bechterew.* — Quelques années avant la communication de P. Marie, von Bechterew isolait, parmi 550 observations de « rigidité vertébrale » englobées jusque-là dans le groupe de l' « arthritis deformans » de Virchow, cinq cas de « courbure de la colonne vertébrale en arrière avec rigidité ou immobilité, sans compter une série de troubles du côté du système nerveux ». Parmi ces troubles, il notait principalement un état parétique des muscles du tronc, du cou et des extrémités, une légère atrophie des muscles du dos et des omoplates, une diminution de la sensibilité cutanée des régions dorsale, cervicale et parfois lombaire, des états d'hyperesthésie ou de paresthésie, des douleurs de la gorge, du dos, de la colonne verbrale. Notant la prédisposition héréditaire et la fréquence du traumatisme, von Bechterew proposait l'appellation de *cyphose hérédo-traumatique*.

La lecture attentive des observations rapportées par von Bechterew laisse cependant l'esprit insatisfait. Quelle signification peut-on attribuer à des signes tels que la constriction cervicale avec impression de chaleur du cou et de la tête, sudations subites et passagères, engourdissement et tremblement des mains qui constituaient les seuls troubles nerveux signalés dans la première observation du mémoire de von Bechterew ? Quelle est la valeur séméiologique des troubles paresthésiques localisés avec exagération bilatérale des réflexes patellaires signalés dans la troisième observation ? Il est difficile rétrospectivement de le préciser.

La maladie de von Bechterew et celle de Pierre Marie se distinguent encore par l'atteinte rhizomélique ou non, l'évolution ascendante ou descendante des lésions, et leurs conditions étiologiques (sexe, hérédité, traumatisme). Mais tous ces caractères ne sont pas suffisants pour les distinguer l'une de l'autre, et sans aller jusqu'à déclarer avec Heiligenthal, Kirchgaessner, Magnus-Lévy, Fraenkel, Simmonds, Senator qu'elles sont identiques, on est en droit de penser qu'il s'agit de deux états très voisins, l'un à marche ascendante, l'autre descendante, celui-ci pouvant s'accompagner de phénomènes d'irritation ou de compression nerveuse qui manquent dans l'autre. Il est d'ailleurs des faits intermédiaires et presque impossible à classer, tel celui rapporté par Ratner concernant un homme atteint de spondylose rhizomélique avec ankylose des hanches, des épaules et des genoux, mais qui, à la manière d'un « Bechterew » présentait depuis l'âge de 30 ans des douleurs térébrantes puis lancinantes ; les douleurs s'accentuèrent parallèlement aux progrès de l'ankylose vertébrale, s'accompagnant de troubles de la sensibilité objective et d'une inégalité des réflexes tendineux et cutanés. Des faits analogues ont été signalés par Simmonds, Anschutz, Roudnew.

V. *Les spondylites ligamentaires traumatiques.* — Un an avant de décrire la spondylose rhizomélique, P. Marie (1897) en collaboration avec Astié, avait rapporté une observation de « cyphose hérédo-traumatique ».

Il s'agissait d'un malade dont le père et la sœur étaient voûtés, ayant lui-même déjà tendance à se voûter et souffrant de sciatique. A l'âge de 53 ans, quelques jours après une chute sur le dos, il éprouva de violentes douleurs, une sensation de pesanteur extrême, et, fait particulièrement intéressant, une déviation considérable de la colonne vertébrale. L'examen pratiqué quelques années plus tard montrait une cyphose énorme avec très léger degré de scoliose surtout dorsale inféro-moyenne à convexité gauche ; le thorax était immobile dans son ensemble, et les côtes les unes par rapport aux autres. Il y avait une immobilité absolue du rachis.

Dans ces cas, disent les auteurs, immédiatement après le traumatisme, apparaît une douleur plus ou moins intense qui dure de deux à huit jours ; le malade peut reprendre ses occupations ; mais, au bout d'un temps variable, de plusieurs semaines à plusieurs mois, sans raison, les douleurs réapparaissent au même siège, la marche est pénible, et quand on examine le malade, on constate l'existence d'une *cyphose à assez grand rayon*.

P. Marie rapprochait ce syndrome de celui individualisé quelques années auparavant par Kummel (1891) et Verneuil (1892). « Il n'y a entre ces deux affections, dit Léri, qu'une différence : c'est qu'il ne s'agit pas dans la maladie de Kummel de sujets particulièrement prédisposés à la cyphose par leurs antécédents héréditaires ou personnels. »

A vrai dire la distinction est plus profonde : la maladie de Kummel-Verneuil est une affection localisée, la cyphose hérédo-traumatique une lésion étendue à toute la colonne, une ligamentite ossifiante de nature traumatique. D'ailleurs, dans la pièce rapportée par Léri, s'il existait un aplatissement en coin des corps vertébraux, il y avait surtout ossification du ligament vertébral commun antérieur qui, comme dans la spondylose rhizomélique, s'accompagnait (Léri disait : « s'était effectué aux dépens ») d'une raréfaction osseuse des corps vertébraux : il y avait, comme dans la spondylose, « mutation calcique locale ».

Par ailleurs, Léri rapporte l'autopsie d'un homme de 38 ans, atteint de spondylose rhizomélique, blennorragien ancien, mort de tuberculose, et chez lequel coexistait une luxation traumatique de la 7ᵉ vertèbre cervicale manifestement en rapport avec le début de la maladie, « cause au moins occasionnelle » de l'ankylose rachidienne ». Des observations analogues ont été rapportées par Bettmann, Castronovo, Casati, Muller, Burhard, etc...

C'est que le traumatisme se retrouve assez fréquemment à l'origine du syndrome de la calcification vertébrale ligamentaire. Fraenckel l'observe dans un tiers des cas, Bachmann 6 fois sur 41, Geilinger dans 14, Ruhe dans 15, Schwanke dans 18, Wersig et Heiligenthal dans 25 % des cas.

Mouchet, dans la thèse de Priollet, rapporte une observation de spondylose rhizomélique survenue à la suite d'une commotion violente (chute sur le dos due à l'éclatement à courte distance d'un obus de gros calibre).

Nous avons observé nous-mêmes deux cas de spondylite traumatique avec calcification ligamentaire, dont les observations ont fait l'objet de la thèse de mon élève Kohen (1).

Fait remarquable, la lésion ne demeure pas obligatoirement localisée à la colonne vertébrale ; les articulations axiales des membres peuvent se trouver secondairement englobées dans le processus, et le malade prendre l'aspect d'un spondylitique rhizomélique, avec même parfois atteinte secondaire des autres articulations des membres.

VI. *Les spondylites ligamentaires avec ostéo-arthrites vertébrales (les spondylites « mixtes »).* — Il est classique et légitime d'opposer, au processus généralisé de la calcification ligamentaire, le rhumatisme chronique vertébral, lésion localisée, essentiellement ostéo-cartilagineuse, forme vertébrale de l'ostéoarthrite dégénérative, dont la lombarthrie de Léri représente le type le plus fréquent. Maladie des deux sexes, de la sénescence et du micro-traumatisme, elle se caractérise par l'absence de calcifications ligamentaires et l'existence de déformations vertébrales, vertèbres aplaties, dites en diabolo, ostéophytes plus ou moins importants et caractéristiques, etc...

Or, certaines de ces ostéo-arthrites se manifestent par des lésions étendues, des enraidissements de toute la colonne vertébrale, et se caractérisent par l'association, au processus ostéocartilagineux, de calcifications ligamentaires, syndesmophytes qui permettent de décrire, entre l'ostéo-arthrite vertébrale et la ligamentite calcifiante, des spondylites mixtes, comme l'ont fait Fraenkel, Ehrlich, Gramann, Krebs. Nous en avons observé plusieurs exemples.

(1) Joseph KOHEN. — Contribution à l'étude de la spondylose rhizomélique traumatique, Paris, 1935.

D'ailleurs, dans les spondyloses rhizoméliques les plus pures, contrairement à l'opinion classique, les coups et les disques vertébraux peuvent présenter des signes de souffrance.

Les corps peuvent être déformés, le pied d'une vertèbre, d'un ou des deux côtés, prendre un développement insolite, un processus ostéophysique important peut naître d'une vertèbre, de sa face antérieure, d'un de ses angles, l'exostose venir même s'articuler en quelque sorte avec un processus analogue né de l'angle correspondant de la vertèbre opposée. Nous en avons signalé des exemples. C'est dans les ligamentites ossifiantes d'origine traumatique que ces phénomènes nous sont apparus les plus manifestes. De même, les disques peuvent être amincis, l'articulation intersomatique se pincer ; le fait nous paraît s'observer surtout chez les malades qui, nonobstant leurs lésions, se sont efforcés de continuer à aller et venir.

*
* *

Mécanisme pathogénique

P. Marie et Léri considéraient la spondylise rhizomélique comme une « ostéopathie à tendance surtout raréfiante », d'origine infectieuse ou toxi-infectieuse, les ossifications ligamenteuses étant « un phénomène secondaire », « compensateur », à tendance « frénatrice et curative ».

Cependant, il apparaît aujourd'hui que si la calcification ligamentaire constitue bien le fait le plus remarquable de la maladie, la porosité vertébrale n'en représente qu'une lésion contingente et tardive ; si certaines autopsies, faites après une très longue évolution morbide, en ont établi la réalité, la radiologie permet d'affirmer qu'on ne saurait admettre son existence précoce. La lésion osseuse n'est qu'un phénomène secondaire, sans signification dogmatique, et dont la nature infectieuse ne saurait plus être soutenue.

Un certain nombre d'auteurs, à la suite des travaux d'Oppel, se sont ralliés à l'hypothèse de la *nature parathyroïdienne* de l'affection. Mais on ne saurait trouver, ni dans l'anatomie pathologique, ni dans la chimie sanguine, le moindre argument en faveur de cette opinion. Les nombreuses parathyroïdectomies que nous avons fait faire chez les spondylosiques nous ont montré, de manière constante, l'existence de parathyroïdes normales ; la calcémie nous est apparue elle aussi constamment normale ; et il ne semble pas que l'ablation des parathyroïdes, si elle est peut-être suivie dans certains cas d'améliorations, qui, le plus souvent ne sont d'ailleurs que transitoires, constitue véritablement le traitement spécifique espéré.

Selon Cassirer, Flesch, la spondylose rhizomélique serait due à une *inflammation initiale des muscles vertébraux* entraînant leur contracture réflexe, réductible d'abord, puis secondairement fixée par l'ossification des ligaments. Il ne semble pas que cette conception mérite d'être retenue, pas plus que la *théorie névralgique*, proposée par Popoff, pour qui les manifestations douloureuses initiales seraient l'expression d'une souffrance des nerfs dont la conséquence serait d'abord la cyphose, puis les phénomènes d'ossification ligamentaire, réaction défensive vis-à-vis de l'incurvation, cependant inconstante, du rachis.

Bien plus intéressante est, au contraire la conception de l'*origine articulaire* de la maladie, dont il y a de nombreuses années déjà Fraenkel, Fischer, Magnus-Lévy se sont faits les protagonistes. Selon ces auteurs la spondylose rhizomélique consisterait essentiellement et initialement en un processus d'arthrite diffuse vertébrale, avec prédominance au niveau des articulations vertébrales postérieures.

De fait le processus articulaire nous apparaît initial ; mais c'est sa *localisation sacro-iliaque qui nous semble la plus fréquente*. Le fait ressort nettement des observations où la maladie est encore à ses phases initiales.

(1) Mathieu-Pierre Weil et V. Oumansky. — Qu'est-ce que la spondylose rhizomélique ? *Revue de Médecine*, n° 6, juin 1935.

Chez M... (*fig. 1*), âgé de 35 ans, malade depuis neuf mois, atteint d'une raideur considérable du rachis dans ses segments lombaire et dorsal, la radiographie ne montre qu'une ligamentite calcifiante discrète. Loin de procéder de bas en haut, de la région lombaire vers les régions sus-jacentes, elle est variable d'importance, asymétrique, n'intéressant que la région dorsale inférieure. Mais il existe une arthrite sacro-iliaque bilatérale, indiscutable plus marquée à droite : le segment inférieur de ces articulations est flou, estompé, déformé, les régions, osseuses limitantes sont le siège d'un processus très net d'hypercalcification locale. D'autre part, l'interligne de l'articulation interapophysaire L^5-S^1, à gauche, est indiscutablement obscurci et donc le siège de phénomènes d'atthrite.

Chez S..., âgé de 29 ans, malade depuis sept ans, atteint tout d'abord de sciatique, puis de douleur lombaire inférieure persistante avec manifestations douloureuses erratiques intermittentes, aujourd'hui de raideur vertébrale marquée, avec lordose lombaire, cyphoes dorsale, la radiographie ne montre encore qu'une ébauche de calcifications ligamentaires, localisées en D^{10}-D^{11} et L^2-L^3, du côté gauche seulement. Mais, par ailleurs, elle met en évidence la disparition totale des articulations sacro-iliaques droite et gauche. Les articulations inter-apophysaires par contre semblent indemmes.

Chez S..., âgé de 25 ans, pris subitement il y a huit ans de douleurs coxo-fémorales droites, depuis trois ans de manifestations



Fig. 1

douloureuses de la région dorsale inférieure, depuis dix-huit mois de douleurs de la nuque, qui souffre aujourd'hui surtout de la région lombo-sacrée et des hanches, qui est enraidi de manière totale de sa colonne vertébrale, la radiographie ne montre l'existence que d'une calcification ligamentaire discrète D^{12} et L^1 latéralement et entre L^2 et L^3 au niveau du ligaments antérieur (*fig. 2*). Cependant, les interlignes sacro-iliaques ont disparu : ces articulations sont ankylosées, le processus étant plus avancé du côté droit que du gauche, l'articulation interapophysaire gauche L^4-L^5 étant obscurcie, et les hanches atteintes d'arthrite érosive, plus marquée à droite.

Par ailleurs, chez d'autres malades, arrivés à des stades plus avancés de l'affection, et donc de calcifications ligamentairess nous avons retrouvé, de manière constante, ces mêmes état, radiologiques d'arthrites ankylosantes sacro-iliaques, associées ou non à des arthrites des apophyses articulaires postérieures.

Certes, comme je l'ai vu avec Coliez en pratiquant l'étude radiologique de pièces osseuses, pour qu'une calcification apparaisse sur le film, il faut qu'elle ait acquis un certain développement ou qu'elle ait été prise sous une certaine incidence. Mais la lésion sacro-iliaque n'est pas non plus de celles que la radiographie permet de dépister précocement ! Sa précocité par

rapport aux calcifications ligamentaires permet donc bien de penser *que la spondylose rhizomélique est une complication de l'arthrite des articulations sacro-iliaques* et accessoirement (et non essentiellement comme le pensaient Fraenkel, Fischer, Magnus-Lévy) des articulations vertébrales postérieures, rien d'ailleurs ne nous permettant d'éliminer l'hypothèse dans certains cas d'une arthrite initiale des articulations interapophysaires, tout particulièrement dans les formes, peu usuelles mais indéniables, où le processus ankylosant débute non à la région lombaire mais cervicale. Dès ses études initiales, Pierre Marie avait signalé, nous l'avons rappelé, que « le sacrum est réuni à l'os iliaque par des jetées osseuses » et que « les apophyses articulaires paraissent absolument soudées sur toute la hauteur de la colonne ». Loin de considérer ce fait comme un phénomène tardif, expression de la calcification ligamentaire, il nous apparaît comme l'accident initial, primitif et de nature inflammatoire.



Fig. 2

Ainsi comprenons-nous l'existence des formes atypiques que nous venons d'étudier, formes partielles ou au contraire avec arthrites généralisées, le caractère anarchique des phénomènes de calcification ligamentaire ; l'existence de calcifications ligamentaires accompagnant l'évolution de lésions intersomatiques, comme de formes d'origine traumatique et où l'atteinte des articulatires peut se généraliser ; ainsi comprenons-nous également la possibilité du processus de la généralisation, commun à la spondylose comme au rhumatisme chronique progressif, l'opposition entre les lésions vertébrales et celles des articulations des membres, la prédominance de l'atteinte de la hanche, articulation souvent traumatisée dans la marche, sur celle de l'épaule, simplement enraidie le plus souvent ; ainsi comprenons-nous enfin l'existence, dans la maladie de P. Marie, des tests humoraux d'inflammation, dont l'exagération de la rapidité de sédimentation des globules rouges est le plus facile à mettre en évidence. L'arthrite est la première lésion en date, la calcification ligamentaire un phénomène secondaire, mais qui demeure bien, comme l'ont indiqué Marie et Léri, « compensateur », « à tendance frénatrice et curative ».

Reste à préciser la nature de ces arthrites.

C'est le problème général de la nature du rhumatisme.

On se complaît à reconnaître à la maladie, depuis Léri, une étiologie fréquemment gonococcique. Disons que, pour notre part ce rôle nous apparaît restreint. Si évident qu'il soit dans certains cas, il ne saurait revendiquer qu'un nombre de faits relativement minime.

La tuberculose nous semble plus fréquemment en cause. Mais elle encore n'a qu'une place réduite, les facteurs essentiels nous apparaissant être ces éléments mystérieux, propres à la constitution du sujet, qui permettent à de minimes conditions extérieures (traumatismes, froid, humidité, etc.), ou à des dérèglements nerveux ou endocriniens de déterminer ces *perturbations vaso-motrices* qui apparaissent initialement à la base de la plupart des manifestations dites rhumatismales.

Il resterait à savoir aussi pourquoi le rhumatisme chronique chez l'homme a une prédilection si spéciale pour les articulations sacro-iliaques et de la colonne vertébrale, la maladie s'exprimant au contraire chez la femme par une prédisposition des articulations distales : nous en sommes sur ce point réduit aux hypothèses.

* * *

Déductions thérapeutiques

La conception que nous venons de développer de la nature initialement articulaire du processus vertébral dont l'aboutissant sera la calcification ligamentaire n'a pas seulement un intérêt théorique : son *intérêt pratique* est considérable. Envisagée comme une arthrite, la maladie revendique la thérapeutique générale de ces inflammations, le repos, l'or, la radiothérapie, les pratiques hydro-minérales. La calcification ligamentaire envisagée comme un processus compensateur et de défense incite à immobiliser ces malades dans des appareils orthopédiques destinés à soutenir l'équilibre vertébrale. Envisagée par ailleurs comme un processus secondairement et tardivement ligamentaire, elle n'apparaît plus comme une maladie inexorablement évolutive. De fait, précocement traitée, elle est susceptible d'arrêt, puis de rétrocession. Ce n'est pas là le moindre intérêt qui s'attache à l'étude pathogénique de la spondylose rhizomélique de Pierre Marie.

PUÉRICULTURE

A propos de la prophylaxie et du traitement du rachitisme

La privation de lumière, la privation de grand air, les conditions de l'alimentation urbaine et moderniste créent des conditions défavorables à l'espèce humaine telle que l'avaient façonnée les siècles et les millénaires. Certaines de ces conditions sont responsables du rachitisme, en particulier l'avitaminose D et la carence solaire. Partant de ces données, les tenants de l'hygiène sociale ont essayé de remédier massivement à ces imperfections pour l'ensemble des nourrissons et des enfants des villes. C'est ainsi qu'ils eurent l'idée de généraliser, parmi eux, l'emploi d'aliments enrichis en vitamine D par l'irradiation. Depuis 1922, à la suite du travail princeps de E.-M. Hume, on a constaté que l'irradiation ultra-violette confère à certains aliments ou médicaments des propriétés telles que leur ingestion produit sur l'organisme un effet calcifiant semblable à celui du rayonnement lui-même. Pour pouvoir acquérir ces propriétés, ces corps doivent renfermer certains stérols. Or, ceux-ci existant dans le beurre, on pensa à irradier le lait et la poudre de lait. Soumis aux rayons ultra-violets, le lait acquiert des propriétés antirachitiques.

Dans son classique *Traité de l'allaitement*, M. MARFAN rapporte qu'il a soigné quelques rachitiques en leur faisant ingérer du lait sec irradié et que les résultats ont été favorables. Mais ses essais pour traiter ainsi le rachitisme furent arrêtés par la découverte des ergostérols irradiés, source commode de vitamine D. Il considère que, par la mise au point de ce dernier médicament, l'emploi des laits secs irradiés est devenu inutile. De plus, note-t-il, le traitement par des produits irradiés ne doit pas être indéfiniment prolongé ; quand il a produit son effet, il n'y a aucun avantage, et il peut même y avoir des inconvénients à en continuer l'emploi : les laits irradiés non seulement deviendraient inutiles, mais seraient dès lors dangereux.

Ceci s'applique au traitement du rachitisme déclaré.

***

En ce qui concerne la prophylaxie du rachitisme à venir, on a pensé à employer ces laits irradiés.

Dans un article très documenté qu'il a publié ici-même (n° du 7 septembre 1935) sur la prophylaxie du rachitisme, P.-E. MORHARDT se montrait relativement favorable à l'utilisation de ces laits irradiés qui ont connu une grande vogue grâce à l'autorité de A.-F. HESS et jusqu'à la mort de celui-ci. On a pu envisager de réaliser en grand la prophylaxie du rachitisme sans avoir à faire intervenir le médecin, de prévenir sans avoir à guérir. A vrai dire, P.-E. MORHARDT, très sagement, rappelait que la prophylaxie du rachitisme ne doit pas être dominée par la seule prophylaxie spécifique, représentée, dans l'espèce, par la vitamine D et que les méthodes non spécifiques (amélioration de l'hygiène générale et du régime alimentaire) sont au moins aussi importantes, sinon plus : la suppression du taudis, l'aération, une meilleure hygiène alimentaire, la distribution de bon lait, sont aussi efficaces que l'administration systématique d'ergostérine activée par les rayons ultra-violets ou que l'administration du lait irradié.

Le problème, on le voit, méritait une étude approfondie. C'est-à-dire la très grande signification de l'enquête entreprise récemment par le *Zeitschrift für Vitaminforschung* (n° d'octobre 1935) auprès de nombreux pediatres dans le monde entier ou, tout au moins, dans des pays nombreux et divers (Amérique, Angleterre, Belgique, France, Allemagne, Hollande, Italie, Norvège, Autriche, Suisse). Les auteurs français qui ont répondu étaient Mme RANDOIN, MM. LESNÉ, MOURIQUAND, PÉHU et ROHMER.

Les questions posées étaient les suivantes :

1. Considérez-vous que la prophylaxie du rachitisme par le moyen d'un lait ou d'une farine irradiée soit possible et utile ?
2. Pour guérir le rachitisme, suffit-il de donner du lait ou des farines irradiés ?
3. Croyez-vous préférable d'ajouter au lait de l'ergostérine irradiée, exactement dosée, plutôt que de l'irradier ?
4. Recommandez-vous des produits à base d'ergostérine irradiée comme adjuvant de l'alimentation normale ?
5. Pour la prophylaxie et la thérapeutique du rachitisme, préférez-vous administrer de l'huile de foie de morue médicinale plutôt que des médicaments préparés avec de l'ergostérine irradiée ?

La prophylaxie du rachitisme avec du lait irradié semble possible et désirable à dix auteurs seulement sur les trente-sept qui ont donné une réponse. Mais la plupart de ces dix auteurs considèrent qu'actuellement l'exécution pratique de cette prophylaxie n'est pas suffisamment au point.

La guérison du rachitisme avec du lait irradié apparaît comme possible à beaucoup de pédiatres interviewés, tout au moins dans les cas bénins. Cependant M. LESNÉ croit que cette action est loin d'être constante, et c'est aussi ce qu'on peut déduire des réponses de M. ROHMER, de Mme RANDOIN, de M. TAILLENS et de nombre d'autres pédiatres allemands, anglais, etc...

La plupart des auteurs sont hostiles à l'emploi d'un lait enrichi de façon standard en vitamine antirachitique non plus par irradiation, mais par mélange d'ergostérine irradiée. M. MOURIQUAND, par exemple, répond qu'il préfère donner des produits irradiés en cas de besoin, en dehors de l'alimentation journalière. Le Professeur FEER, de Zurich, pense, lui aussi, qu'il faut individualiser l'indication et la dose de l'ergostérine au lieu d'administrer à tort et à travers un lait additionné d'ergostérine et la plupart des auteurs se prononcent pour un traitement médicamenteux au moyen de préparations d'ergostérol irradié, tout à fait indépendant de la nourriture quand il y a lieu à traitement ; mais ils insistent sur l'importance d'un dosage individuel précis. Plusieurs remarquent, en outre, que même la prophylaxie et la thérapeutique avec la vitamine D ne constituent qu'une partie seulement du grand problème du rachitisme : les conditions générales de l'hygiène, telles que l'air, la lumière solaire, une habitation favorable et une alimentation bien équilibrée jouent ici un rôle tout aussi important (MOURIQUAND, TAILLENS, de TONI).

***

L'huile de foie de morue a de nombreux partisans et l'ergostérol irradié en compte au moins autant. Eventuellement, une huile de foie de morue peut d'ailleurs être enrichie en vitamine D par l'addition d'ergostérol irradié. Compte tenu du perfectionnement que représente la découverte de l'ergostérol irradié plus maniable, nous voici revenus à ce qu'ont enseigné BRETONNEAU, GUERSANT, TROUSSEAU, c'est à savoir que l'huile de foie de morue est le médicament héroïque du rachitisme. Quant au reste, comme le disait TROUSSEAU, « les malades doivent être placés dans les conditions hygiéniques les plus favorables ». Le bon lait s'impose pour le nourrisson et il convient de laisser au médecin le soin de prescrire les médicaments nécessaires en dehors de l'alimentation.

Henri VIGNES.

THÉRAPEUTIQUE

L'iode dans le traitement de la syphilis

Il y aura bientôt un siècle — 1836 — que l'Irlandais WALLACE proposait d'employer l'iodure de potassium contre la syphilis. Plus tard, RICORD en imposa l'usage. Il est admis que l'iode, intéressant comme résolutif, médicament des lésions syphilitiques infectées et prolifératives, n'est pas un succédané des médicaments tréponémicides, mercure, arsenic, bismuth. L'iode active le tissu lymphoïde, il augmente le nombre des macrophages et leur pouvoir phagocytaire ; il renforce les processus de désassimilation, il favorise l'élimination des reliquats de la lutte contre l'infection.

Un dépuratif, disaient les vieux médecins.

***

Pour BIACH, les syphilitiques seraient très résistants à la production d'accidents par l'iode et il rapproche ce fait de la fréquence d'une hypertrophie thyroïdienne dans la syphilis secondaire (surtout chez la femme) et de la gravité plus grande de la syphilis chez les sujets thyroïdectomisés : pour lui, la thyroïde participerait à la lutte contre l'infection et l'iode l'y aiderait (*Wiener Klinische Woch.*, **24** avril 1930, t. XLIII, p. 528).

***

L'Anglais BURKE (de Salford) donne une intéressante

explication de l'action thérapeutique exercée par l'iode en cas de syphilis. Pour lui, le spirochète est riche en lécithine et en globuline. Or le sang, et plus exactement les cellules du plasma, contiennent un ferment lipoprotéolytique. Plus le spirochète contient de lipoïdes et plus le ferment a d'attraction pour lui, comme il en a pour les tissus riches en lipoïde de l'hôte. Chez les sujets qui ont un pouvoir fermentaire suffisant, l'affinité entre les médicaments antisyphilitiques et les lipoïdes tissulaires est diminué. Donc l'arsenic ou le bismuth ne sont pas fixés sur les tissus et peuvent ainsi se fixer sur le parasite. Or l'iode a le pouvoir de se fixer sur les lipoïdes du sang, il les sature et les empêche de se combiner au ferment.

Il faut, donc, toujours donner de l'iode en même temps que le bismuth ou l'arsénobenzène. Mais il convient de se rappeler qu'il n'a pas d'effet spirochéticide.

L'iode libère les ferments autolytiques du sang et favorise la résorption des exsudats avant qu'ils ne se soient organisés en cicatrice indélébile.

L'auteur donne la préférence aux préparations colloïdales d'iode plutôt qu'aux iodures de sodium ou de potassium. (*Archives of Derm. and syph.*, sept. 1935, t. XXXII, p. 404).

A. MARMEAUX.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Epidémiologie

Une épidémie de dysenterie a sévi dans le département de Cernauti (Roumanie) pendant l'été 1934.

Le nombre total des malades a été de 480, soit 264 du sexe masculin et 216 du sexe féminin. Les enfants, de 1 à 14 ans, ont été particulièrement atteints et représentent 60 % de la morbidite totale. La mortalité a été de 14,1 %.

On considère, comme facteur principal, la consommation exagerée de melons d'eau et de raisins, très abondants dans la region.

On a distingué deux phases principales dans l'évolution de la maladie : la première caracterisée surtout par des selles muco-purulentes, la seconde par des hémorragies.

On a obtenu des effets très favorables avec la cure de pommes ; le sérum antidysentérique n'a exercé aucune action préventive.

(Petru Vranceanu et Venceslau Dracinschi. Dizenteria in judetul Cernauti. *Revista de igiena sociala*, septembre 1935.)

Une épidémie de grippe a frappé Rio-de-Janeiro en mars 1935. La mortalité générale, qui était de 63 est passée à 168 pour la semaine terminée le 16 mars et à 952 pour la semaine terminée le 30 mars.

Les hommes ont été atteints dans la proportion de 253 et les femmes de 455 pour 100.000 habitants. Le coefficient a été de 1.235 jusqu'à 1 an, de 485 de 2 à 10 ans, de 225 de 11 à 20 ans, de 272 de 21 à 50 ans et de 191 au dessus de 50 ans.

Les étrangers ont présente un coefficient de morbidité de 396 et les Brésiliens de 125 pour 100.000.

Les mois, marqués par une recrudescence de grippe, ont été les suivants :

1928 mai et juin
1929 juin et juillet
1930 mars et avril
1931 janvier et février
1932 mai et juin

(Castro Araujo. Notas e estudos sobre a grippe no Rio de Janeiro. *O Hospital*, octobre 1935.)

Clinique médicale

Le rhumatisme cérébral est peut-être moins rare qu'on ne le croit. Le polymorphisme, la grande mobilité, l'évolution capricieuse de la maladie rhumatismale nous font souvent errer sur l'origine de certains états infectieux à manifestations générales graves où des éléments psychiques sont au tout premier plan. Nous invoquons tour à tour une grippe maligne, un état typhique, une encéphalite, quand la séméiologie viscérale est réduite au minimum et que les manifestations articulaires ont été discrètes ou méconnues.

L'auteur a eu l'occasion d'observer, en quelques mois, trois malades, chez lesquelles des manifestations articulaires, pour avoir été frustes et passagères, n'en ont pas moins été suivies de manifestations cérébrales, mortelles dans deux cas.

Ces trois observations sont intéressantes parce que, sur certains points, elles sont en contradiction avec les données classiques.

Ces trois malades appartiennent au sexe féminin et d'après les statistiques l'encephalite rhumatismale serait l'apanage des hommes ; deux de ces malades sont des enfants de 7 à 9 ans et le rhumatisme cérébral serait l'exception avant 20 ou 30 ans ; enfin l'allure évolutive de la maladie chez deux de ces malades illustre bien ce qu'affirmaient les anciens auteurs et ce qu'on a nié depuis : la rétrocession des phénomènes articulaires coïncide avec l'apparition des phénomènes cérébraux et, s'il ne s'agit pas là d'une métastase, il semble tout au moins exister un balancement entre les phénomènes articulaires et les manifestations d'encéphalite.

(Renaud Lemieux. Rhumatisme articulaire et accidents encéphalitiques terminaux. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec*, août 1935.)

Dans la défaillance circulatoire on peut distinguer deux types cliniques :

1° L'insuffisance cardiaque pure, correspondant à l'incapacité du cœur de remettre intégralement en circulation la masse de sang qu'il a reçue de la périphérie ; il en résulte, en amont, un encombrement qui engendre les signes habituels de l'asystolie gauche ou droite et bientôt de l'asystolie totale. Cette insuffisance du myocarde entraîne une diminution du debit cardiaque systolique, mais elle ne s'accompagne jamais d'une réduction importante de la masse sanguine circulante.

2° L'insuffisance circulatoire périphérique, correspondant à la stagnation du sang dans les capillaires, par suite d'une vaso-dilatation exagérée de certains territoires abdominaux et sous-cutanés ; la circulation de retour est dès lors naturellement déficiente, le cœur insuffisamment rempli, le débit systolique fortement diminué ; la masse sanguine circulante est réduite dans une proportion considérable, pouvant atteindre 75 % du taux normal ; lorsque l'afflux diastolique est particulièrement affaibli, le cœur, loin de se dilater, tend à diminuer de volume.

Ces notions présentent, pour le praticien, une importance capitale ; non seulement elles lui permettent d'opposer l'un à l'autre deux types cliniques de signification complètement différente, mais encore commandent une thérapeutique diamétralement opposée. La prescription de digitale dans le collapsus d'un typhique ou d'un opéré est une erreur aussi grossière que la seule administration de camphre à la période terminale d'une affection valvulaire.

(Georges Bickel, Ed. Frommel et J.-J Mozer. L'insuffisance circulatoire periphérique. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 septembre 1935.)

L'insuffisance cardiaque n'est pas une question de clinique pure, elle met en jeu des notions de physiologie respiratoire d'un intérêt qu'on ne soupçonne pas toujours. Les considérations suivantes, de Dautrebande, en montrent toute l'importance :

« Lorsqu'on lit un traité de médecine interne, au chapitre de la circulation, on est frappé de voir l'importance prise par des signes d'un intérêt physiologique douteux et c'est vainement le plus souvent que l'on recherche l'indication physiologique qui eût apporté un peu de clarté au dépouillement d'un syndrome circulatoire.

« La clinique n'attribue-t-elle pas trop d'importance à l'auscultation cardiaque et à la localisation fine de bruits surajoutés ? La percussion, d'autre part, fournit-elle jamais — sauf dans des cas extrêmes — des renseignements valables quant à l'intégrité *fonctionnelle* du myocarde ? La pression artérielle maxima, minima et moyenne relevée au bras peut-elle sans réserves nous donner une indication quant à l'état hemodynamique de l'aire splanchnique par exemple, et combien de fois ne voit-on pas des décompensations ultimes s'accompagner d'un tracé électrocardiographique absolument normal.

« Certes, l'apparition d'un œdème périphérique donnera bien la certitude d'une insuffisance circulatoire importante ; encore faut-il savoir que... lorsque la première trace d'œdème apparaît, le débit cardiaque est déjà diminué de 50 % au moins.

« Et pourtant, nous avons à notre disposition des signes physiologiques qui nous permettraient mieux, ou tout aussi bien que les signes cliniques classiques de nous faire une idée de la fonction circulatoire. Certes, ils ne sont pas toujours commodes à rechercher et ils nécessitent une installation sommaire de laboratoire. Ils ont pour eux cependant l'avantage de pouvoir être estimés *quantitativement*, et c'est là peut-être leur meilleure recommandation.

« Ces signes physiologiques d'insuffisance respiratoire sont nombreux, mais d'intérêt variable et d'estimation plus ou moins délicate. Nous en retiendrons trois qui à eux seuls, nous permettront d'envisager dans ses plus grandes lignes la physiologie respiratoire des cardiaques. Ce sont : 1° la chute de l'acide carbonique alvéolaire, résultat de l'hyperpnée ; 2° la périodicité respiratoire et 3° l'insuffisance oxyhémoglobinée du sang périphérique avec, comme corollaire, la cyanose.

« Si j'ai choisi... ces trois signes physiologiques, c'est qu'en réalité, bien que tous les cliniciens en connaissent la valeur, ils passent généralement inaperçus. En effet, l'hyperpnée échappe fréquemment chez le malade au repos à l'investigation clinique si elle ne s'accompagne pas de dyspnée. Or, la ventilation pulmonaire peut parfaitement être doublée de volume sans que la moindre gène respiratoire se manifeste chez le malade. La périodicité respiratoire, d'autre part, ne se révèle au clinicien que s'il prend le temps d'observer longuement le rythme respiratoire de son malade, et encore lui échappe-t-elle souvent si elle ne s'accompagne pas d'un véritable Cheyne-Stokes, c'est-à-dire de périodes d'hyperpnées entrecoupées d'apnées vraies. Enfin la cyanose ne frappe généralement la vue que lorsqu'elle est très prononcée et lorsqu'elle s'accompagne d'une teinte pourpre. Or, fréquemment, elle offre une teinte ardoisée qu'il est difficile de mettre en évidence si on ne la recherche pas avec soin. »

(Lucien Dautrebande. Le syndrome respiratoire de l'insuffisance cardiaque. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 octobre 1935.)

Il existe une véritable phobie de l'hypertension, ou plus, exactement, semble-t-il, une névrose des hypertendus. Voici quelques curieuses considérations de Chas. L. Eshleman, de New-Orleans :

« La grande difficulté, dans de nombreux cas d'hypertension, est d'évaluer convenablement les symptômes présentés par le patient et de déterminer leurs rapports, s'ils en ont, avec la pression sanguine. C'est souvent très difficile parce que de nombreux hypertendus sont fortement impressionnés par leur tension. Cet état d'esprit voisine l'anxiété et aboutit fréquemment à la névrose.

« En outre ne manquons pas de signaler qu'il n'existe pas une maladie qui ne puisse être simulée par une névrose d'angoisse. Une fois que l'hypertension a développé cette phobie des hautes pressions sanguines, il n'y a pas de symptômes qu'on ne puisse voir. Les palpitations et la tachycardie sont des signes courants de l'hypertension. Combien plus courants sont-ils encore dans les états d'anxiété. La gêne sous-sternale ou l'oppression analogue à celle qui accompagne la douleur précordiale ne manquent pas chez l'hypertendu, mais ne trouve-t-on pas fréquemment les mêmes symptômes dans les psychonévroses ?...

« J'insisterai seulement sur deux points : l'un c'est le fait que la phobie de l'hypertension peut en produire les troubles, l'autre c'est qu'une hypertension sans complications est compatible avec des années d'activité. Une hypertension simple n'est pas une menace sérieuse pour la vie.

Quelles sont les conditions qui peuvent rendre une hypertension sérieuse ? Elles sont au nombre de trois : 1° l'état du cœur ; 2° l'état des vaisseaux et 3° l'état des reins. On estime que, dans les décès dus à l'hypertension, 60 % sont dus à l'état du cœur, 20 % à des troubles vasculaires et 10 % à des lésions rénales. Tout hypertendu doit être l'objet d'un examen sérieux au point de vue du cœur, des vaisseaux et des reins. »

(Chas. L. Eshleman. The phobia of high blood pressure. *New Orleans medical and surgical journal*, octobre 1935.)

Pédiatrie

On ne songe pas assez à l'insuffisance respiratoire des enfants ; c'est pourquoi il y en a tant qui traînent une pénible croissance et qu'il y a tant d'adolescents qui payent cher les erreurs d'hygiène de leur enfance.

Dans les écoles 40 % des élèves ne savent pas respirer convenablement, ils sont restés au stade végétatif de la fonction, ils respirent comme des tout petits ; l'abdomen est gros et c'est là un avertissement.

Ces enfants souffrent des répercussions observées sur les voies respiratoires ; rhino-pharyngite, végétations, polypes, etc... Par suite du manque d'oxygène et du déficit de la nutrition, ils sont anémiques, languissent, se développent mal et manquent d'entrain.

Les troubles engendrés par l'insuffisance respiratoire sont multiples ; ils donnent souvent l'occasion de poser des diagnostics erronés de tuberculose, de cardiopathie, d'affection digestive.

Les sacrifices consentis par les parents ne sont pas toujours récompensés ; on organise des vacances, une cure d'air et de soleil, un séjour à la mer et on n'a, au retour, qu'une amélioration insignifiante. Il aurait été mieux de se préoccuper de la fonction respiratoire et de rétablir l'équilibre physiologique entre la cavité pulmonaire et les besoins tissulaires.

(René Ledent. *Scalpel*, 5 octobre 1935.)

Chirurgie

La manière d'envisager les caractères des tumeurs bénignes de la parotide, celles qu'on appelle des tumeurs mixtes, varie considérablement d'un observateur à l'autre ; il en résulte que, dans le monde chirurgical, les opinions relatives à leur traitement sont loin de concorder. L'expérience d'Hybbinette, qui a traité trente-sept sujets de 1918 à 1932, est particulièrement à retenir.

Chez tous les malades, sauf un, il ne se produisit aucun symptôme subjectif. C'est la crainte d'une tumeur maligne ou une préoccupation esthétique qui provoque une consultation.

La crainte d'une lésion du nerf facial et le fait bien connu que ces tumeurs récidivent fréquemment après l'opération avec tendance à la dégénérescence sont cause de l'envoi des malades par les chirurgiens aux radiologistes.

Il faut pourtant considérer comme démontré que la radiumthérapie est incapable, en règle générale, de guérir ces tumeurs ; par suite il est indiqué de l'employer en combinaison avec le traitement chirurgical.

Pour éviter les récidives il est indispensable de pratiquer l'ablation intégrale de la capsule.

Au point de vue de la technique opératoire on peut diviser les tumeurs bénignes de la parotide en trois catégories.

A la première catégorie appartiennent celles qui sont, pour ainsi dire, pédiculées ; comme elles n'adhèrent à la glande que dans une zone très limitée, elles sont faciles à extirper et on peut, sans crainte de rencontrer le facial, inciser en tissu glandulaire sain, afin d'être absolument sûr d'extirper la capsule en totalité.

La seconde catégorie comprend les tumeurs qui sont superficielles ; en général elles n'offrent pas de bien grandes difficultés d'extirpation, car on a assez de jour pour exécuter une dissection minutieuse.

Dans la troisième catégorie se rangent les tumeurs situées à l'intérieur de la glande ; souvent elles siègent au voisinage des branches de division du facial ou bien dans la partie de la glande qui se prolonge en dedans vers la paroi pharyngienne. Ces cas offrent de grandes difficultés. L'auteur emploie un procédé personnel qui évite un certain nombre de ces difficultés.

(S. Hybbinette. Contribution à l'étude des tumeurs bénignes de la parotide et à leur traitement radio-chirurgical. *Acta chirurgica scandinavica*, 14 septembre 1935.)

Il faut lutter contre les descriptions actuelles de la pancréatite aiguë.

Il faut lutter contre les symptômes décrits, parce que ce sont des signes préagoniques pour la plupart et que celui qui n'a jamais vu de pancréatite aiguë les attendra pour agir, puisque ce sont les seuls qu'il connaisse en théorie.

Il faut lutter contre les découvertes opératoires considérées comme typiques, parce qu'un chirurgien non averti, qui ne verra pas de stéatonécrose, risquera de fermer un ventre sans « voir au pancréas ».

L'interrogatoire révèle toujours une douleur épigastrique, progressive, mais non maximale au début. La crise est si douloureuse que le malade se présente au chirurgien peu d'heures après le début.

C'est tout. Tant mieux si le malade signale aussi une syncope au début et s'il a des antécédents biliaires nets. Mais n'y comptons pas.

Voilà des signes positifs. On y juxtaposera tous les signes négatifs, grâce auxquels les autres diagnostics pourront être éliminés avec plus ou moins de certitude.

L'examen montre un état général grave dès les premières heures; ce n'est pas cet état même qui frappe, c'est la rapidité d'évolution.

(F. Tondeur. Etude détaillée de six cas récents de pancréatite aiguë. *Scalpel,* 28 septembre 1935.)

Thérapeutique

L'alcool intraveineux a été utilisé dans onze formes traînantes de pneumonie et de broncho-pneumonie, avec neuf succès.

On a employé l'alcool à 33 % en solution glucosée; les doses ont été de 20 c.c par jour, donnés en deux injections ; dans des cas exceptionnels on est monté jusqu'à 40 c.c. ; la dose totale a varié entre 120 et 180 c.c.

(Luigi Pinelli. L'alcool endovenoso nelle polmoniti e broncopolmoniti ad esito ritardato. *Minerva medica,* 1er septembre 1935.)

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 mars 1936

Est-il possible de vacciner l'homme contre la poliomyélite ? — *MM. Levaditi, G. Kling et P. Haber* rappellent les expériences de Levaditi et Landsteiner, lesquelles, dès 1910, avaient montré que si la vaccination du singe contre la poliomyélite, au moyen de virus vivants, est possible, les effets sont inconstants, en ce sens que certains simiens contractent la paralysie infantile en cours de vaccination. De nombreuses méthodes, basées sur le même principe ont été expérimentées depuis, mais elles ne se sont révélées ni meilleures ni pires que celle-là. Une des dernières venues est celle appliquée par Kolmer et Rule, non seulement au singe, mais aussi à des enfants, en dehors des épidémies de paralysie infantile ; elle consiste dans l'utilisation d'un mélange de virus poliomyélitique et de ricinoléate de sodium. Les auteurs, ayant vérifié expérimentalement l'efficacité de cette nouvelle méthode, l'ont trouvée inconstante, donc aléatoire, pour la raison que si le vaccin, encore pathogène, immunise certains simiens, par contre, il provoque la paralysie chez d'autres, vraisemblablement plus réceptifs. Or, ici, comme toujours, l'expérimentation a eu raison. En effet, quelques cas de poliomyélite ont été constatés aux Etats-Unis, par Leake, chez des enfants vaccinés soit avec le vaccin de Kolmer et Rule, soit avec celui de Brodie (vaccin formolé), et cela après la première ou la seconde piqûre vaccinante. Les auteurs concluent que la plus grande circonscription s'impose quant à l'opportunité de l'utilisation de la vaccination préventive antipoliomyélitique chez l'homme, tout au moins dans l'état actuel de nos connaissances dans ce domaine.

Rôle prophylactique nul des sels halogénés de magnésium dans le cas des cancers (adénocarcinomes) spontanés des souris blanches. — *M. Brumpt* a poursuivi ses études pendant une année entière, de juin 1931 à juin 1932, en traitant 447 souris et en utilisant 317 témoins. Dans une première série, les animaux soumis au régime magnésien présentèrent dans 23,3 % des adénocarcinomes, contre 17,91 seulement chez les témoins. Dans une seconde série, au contraire, les animaux traités eurent des tumeurs dans 19,26 % contre un pourcentage de 29,5 chez les témoins. L'auteur montre que ces chiffres si variables peuvent être dus, dans ses recherches, à la disparition d'animaux de certaines cuves à la suite de rixes suivies de cannibalisme, ce qui modifie totalement les pourcentages de certaines séries. L'auteur, d'accord avec les autres investigateurs qui ont étudié un grand nombre de souris ou de rats, termine son exposé par les conclusions suivantes :

1° Chez les rongeurs (rats et souris), le magnésium est nécessaire aux cellules des tumeurs comme aux cellules de l'organisme sain ;

2° Le régime hypermagnésié n'a aucune action ou bien accélère parfois le développement des tumeurs ;

3° Ce régime, même prolongé, n'exerce aucune action curative, ni aucune action préventive sur les cancers expérimentaux ou spontanés ;

4° Sans vouloir transporter ces résultats dans le domaine de la pathologie humaine, on peut estimer que l'action des sels de magnesium sur les tumeurs de l'homme reste à démontrer et que le seul traitement efficace des cancers est celui qui est institué par les chirurgiens et les radiologues. L'usage des sels dont l'efficacité repose sur des statistiques humaines très contestables, ne peut qu'être néfaste en laissant échapper l'heure où l'intervention peut encore être efficace.

Un nouveau parasite. Une nouvelle maladie, la « distomose intestinale porcine ». — *M. Marotel.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 mars 1936

Accident nerveux de la chrysothérapie. Syndrome hyperdouloureux et parétique à topographie hémiplégique avec présence de secousses fibrillaires et de troubles psychiques. — *MM. Etienne Bernard* et *J. Morin* présentent l'observation d'une tuberculeuse de 27 ans qui, ayant reçu en deux mois, à doses mesurées et en apparence bien supportées, des injections de crisalbine faisant un total de 4 grammes, soit une dose très moyenne, présente à la fin de la série de piqûres un syndrome ainsi caractérisé : 1° des symptômes neurologiques consistant en troubles parétiques modérés, en troubles de la sensibilité caractérisés par des algies d'une violence intolérable (ces troubles ont une topographie hémiplégique droite) et en fibrillations musculaires bilatérales ; 2° des symptômes psychiques : agitation, insomnie, anxiété, idées de suicide ; 3° des manifestations muqueuses (stomatite douloureuse avec déchaussement des dents) et cutanées (éruption prurigineuse surtout marquée du côté droit douloureux).

Les auteurs insistent sur la diffusion des troubles nerveux, lésions périphériques comme le révèle l'examen électrique (réaction de dégénérescence partielle), lésions médullaires donnant lieu aux secousses fibrillaires, troubles psychiques enfin. Ils insistent sur les ressemblances du syndrome : comme dans la polynévrite arsenicale, il y a association de troubles nerveux et de manifestations cutanées ; comme dans la psychose polynévritique il y a association de douleurs musculaires intenses et de troubles psychiques ; comme dans la chorée fibrillaire de Morvan, il y a association de contractions fasciculaires, d'algies et d'insomnie anxieuse. Le syndrome nerveux, essentiellement douloureux, a duré trois mois comme dans quelques observations comparables déjà rapportées.

M. Mollaret ne pense pas que l'on puisse homologuer le syndrome présenté par les auteurs à la maladie de Morvan, cette dernière donnant lieu à des manifestations absolument symétriques.

Staphylococcémie grave. Injections d'anatoxine ; transfusions. Guérison. — *MM. Merklen, R. Waitz* et *R. Pernot* rapportent le cas d'un sujet atteint de staphylococcémie consécutive à un panaris profond du cinquième doigt de la main droite. Staphylocoques dorés hémolytiques à l'ensemencement du sang. Etat général grave, fièvre élevée, sueurs marquées, signes de néphrite, subictère. Aggravation progressive de la situation, devant laquelle les auteurs ont recours à la vaccination par l'anatoxine staphylococcique de Ramon, aidée de six transfusions. Malgré la survenue de nouveaux épisodes tels que splénopneumonie, hydarthrose du genou droit, hydrosadénite, etc., le résultat a été excellent. Au bout d'une quinzaine, les accidents généraux ont commencé à s'amender tandis que les manifestations locales se dissipaient les unes après les autres. De leur côté les hémocultures sont devenues négatives.

On sait la gravité habituelle des septicémies à staphylocoques malgré la vaccination banale, malgré l'injection intraveineuse de bactériophage, etc... Cette observation s'ajoute à celles, encore peu nombreuses, qui ont guéri par l'anatoxine staphylococcique, avec ou sans sérum. Ici l'anatoxine a été employée seule, avec toutefois des transfusions qui ont permis d'attendre que fût installé l'état d'immunité. Elle offre, semble-t-il, un grand intérêt et mérite d'être mise en œuvre dans les staphylococcémies comme elle l'est déjà avec succès dans les staphylococcies externes.

M. Dufour rapporte le cas d'une fillette atteinte d'otite suppurée datant de quatre ans, accompagnée d'adénite cervicale. Après quatre injections d'anatoxine antistaphylococcique, la suppuration s'est tarie et l'adénite a disparu.

Pseudo-sinusite maxillaire du nourrisson traitée par l'anatoxine antistaphylococcique. Guérison. — *M. A. Bloch* rapporte l'observation d'un nourrisson de 7 mois atteint de pseudo-sinusite maxillaire, ostéomyélite à staphylocoques se développant autour de bourgeons dentaires encore inclus. On posa tout d'abord le diagnostic de phlegmon de l'orbite ; un traitement local n'amena aucune amélioration. L'état général devenant inquiétant, l'auteur fut amené à examiner l'enfant et rectifia le diagnostic. Il s'agissait d'une pseudo-sinusite maxillaire dont on connaît l'extrême gravité (30 à 50 % de mortalité). Après ablation de deux bourgeons dentaires infectés, on fit quatre injections d'anatoxine antistaphylococcique à doses croissantes allant de 2/10 de centimètre cube à 1 c. c. et une immuno-transfusion de 60 c. c.

Dès la deuxième injection, l'amélioration se dessina et la guérison survint rapidement. L'auteur considère que les injections d'anatoxine ont modifié favorablement le pronostic de cette grave infection et que ce cas heureux doit encourager à employer cette thérapeutique chez le nourrisson.

Un cas de maladie de Simmonds. — *MM. L. de Gennes, J. Delarue* et *Rogé* ont observé un cas très typique et très complet de maladie de Simmonds dans lequel l'étude anatomo-clinique a montré l'intégrité histologique de l'hypophyse contrastant avec la présence de très importantes lésions des autres glandes endocrines.

La malade, entrée dans la maladie par des œdèmes énormes a vu en trois ans son poids s'abaisser de 57 à 24 kilogrammes. L'asthénie, l'hypotension, l'arrêt des règles, la chute des phanères et des dents, l'atrophie du maxillaire, l'hypoglycémie, l'insuline, l'abaissement du métabolisme basal, les troubles digestifs et les troubles psychiques terminaux complètent le syndrome auquel rien ne manque.

Cependant, l'hypophyse est histologiquement intacte alors que l'autopsie montre des lésions considérables de la glande thyroïde, de la cortico-surrénale et des ovaires qui sont complètement atrophiés, l'hypertrophie de volume et de nombre des îlots de Langerhans semble pouvoir expliquer l'hypoglycémie et l'intolérance à l'insuline.

Cette observation tire son intérêt moins de son caractère exceptionnel que du fait qu'elle soulève le problème des insuffisances hormonales contrastant avec l'intégrité anatomique de la glande correspondante.

M. May se demande si, en l'absence de toute lésion hypophysaire, il s'agit bien dans ce cas d'un syndrome de Simmonds. Il pense que l'anorexie mentale pourrait à elle seule entraîner ce degré de cachexie et il rappelle que dans le jeûne prolongé, on a observé une hypertrophie de volume et de nombre des îlots de Langerhans.

M. de Gennes répond que l'anorexie mentale n'est apparue dans ce cas qu'au cours de la troisième année de l'évolution du syndrome ; il lui parait difficile dans ces conditions d'expliquer la cachexie par les troubles psychiques.

Il signale en outre que l'on n'a jamais observé dans le jeûne prolongé de lésions glandulaires sauf l'hypertrophie langerhansienne, et en particulier on n'a jamais décrit de lésions ovariennes ; celles-ci étaient très importantes dans le cas qu'il rapporte.

M. Labbé fait remarquer que la plupart des observations de maladie de Simmonds publiées sont disparates.

Il est toujours difficile d'interpréter l'intrication des symptômes dans les syndromes pluri-glandulaires.

Il se rallie volontiers à l'opinion de M. de Gennes, d'autant plus que les altérations des glandes endocrines signalées dans le jeûne sont inconstantes et toujours légères. Il croit aussi que l'insuffisance ou l'hyperfonctionnement d'une glande peuvent coïncider avec l'absence d'altération de son parenchyme.

M. Brodin a observé un cas d'anorexie mentale dans lequel le poids s'est abaissé de 60 à 30 kilogrammes en quelques mois.

Erysipélatoïde staphylococcique migrateur. — *MM. J. Troisier, M. Bariéty H. Brocard* relatent une observation de staphylococcémie à déterminations prédominantes pulmonaire et cutanée. Sur la peau apparurent successivement une série de placards dermiques rouges, chauds, douloureux, surélevés, infiltrés en masse, de localisations erratiques, d'extension limitée, d'évolution spontanément favorable.

L'un d'entre eux cependant suppura et dut être incisé. Aucune porte d'entrée ou autre ne put être décelée. L'hémoculture donna un staphylocoque doré, très virulent pour le lapin et pas de streptocoque.

A ce propos, les auteurs opposent ce type clinique d'érysipèle migrateur aux autres manifestations cutanées déjà décrites dans les staphylococcémies, notamment à l'érysipélatoïde de la face secondaire à une staphyloccie locale primitive.

Cet exemple est un nouvel argument en faveur de l'étiologie staphylococcique de certaines dermites du type de l'érysipèle, qu'elle soit localisée ou, comme ici, erratique.

Un cas d'encéphalite de la scarlatine. — *MM. Jean Mornet* et *Vezin* (de Blois).

Ostéo-arthropathie pseudo-tabétique des deux pieds, symptôme révélateur d'une syringomyélie lombo-sacrée. — *MM. G. Basch* et *G. Vial* présentent un malade de 34 ans qui vit apparaître graduellement d'importantes déformations des deux pieds, consistant en épaississement de la cheville, tuméfaction de la face dorsale et aplatissement de la voûte plantaire. L'examen radiologique montre un écrasement du scaphoïde d'un côté et un éclatement du premier métatarsien de l'autre côté. L'association de troubles sympathiques (cyanose, hypersudation), d'anomalies des réflexes tendineux et surtout de thermo-analgésie, permet de poser le diagnostic de syringomyélie lombo-sacrée, affection rare, mais non exceptionnelle. Aucun traumatisme, aucune malformation vertébrale ne viennent, comme dans d'autres observations, éclairer l'étiologie de ce cas pour lequel les auteurs se proposent, après radiothérapie médullaire, de faire pratiquer l'ablation des fragments osseux qui gênent considérablement la marche du malade.

Diabète bronzé avec infantilisme et insuffisance cardiaque. — *MM. Marcel Labbé, R. Boulin, P. Uhry* et *H. Bour* rapportent un nouveau cas de diabète bronzé avec infantilisme remarquable : 1° par sa survenue chez une femme, fait absolument exceptionnel puisqu'ils n'en connaissent que deux exemples ; 2° par son association à une insuffisance cardiaque.

Les auteurs ont vu se succéder les étapes de la maladie, le diabète bronzé s'étant installé le premier, suivi à un an d'intervalle d'infantilisme regressif et d'insuffisance cardiaque. Ils rappellent les discussions relatives à l'origine de cette insuffisance cardiaque de pathogénie encore mystérieuse, le problème se compliquant chez leur malade de l'existence dans les antécédents d'une crise de rhumatisme articulaire aigu.

Un cas de néphropathie à la suite de l'anatoxine staphylococcique. — *MM. A. Tzanck* et *Klotz* rapportent un cas de néphropathie survenue quinze jours après un traitement de furonculose par l'anatoxine staphylococcique. Le type clinique est celui d'une néphrite hydropigène avec albuminurie à 9 gr. 20 et une durée sanguine à 0,25.

Le mécanisme de la vaccinothérapie antistaphylococcique par l'anatoxine. — *MM. A. Tzanck, Klotz* et *Negreanu*, rappelant la distinction nécessaire entre la vaccination préventive et la vaccinothérapie essentiellement curative, rapprochent en définitive cette médication des autres types de vaccinothérapie tout en lui reconnaissant une efficacité tout à fait remarquable.

La part de l'atélectasie pulmonaire dans le syndrome d'hémithorax sombre. — *M. Etienne Bernard* montre que l'atélectasie pulmonaire est stigmatisée par les conditions d'apparition et de disparition du syndrome radiologique plutôt que par les signes mêmes de ce syndrome. L'obscurité de l'hémithorax, la deviation de la trachée, l'élevation du diaphragme, l'affaissement du gril costal ne sont point des symptômes pathognomoniques de l'atélectasie. Ils se retrouvent, en effet, dans tous les cas de syndromes d'hémithorax sombre.

Ce terme, proposé par l'auteur, ne préjuge ni de la nature des lésions anatomiques, ni de leur pathogénie, ni de leur pronostic. De fait, un même aspect radiologique peut être dû à des causes très disparates : fibrothorax, faux fibrothorax (syndrome de rétraction associé à un épanchement pleural), pachypleurite diffuse aussi bien qu'atélectasie.

A côté des faits simples et indiscutables d'atélectasie lobaire secondaire à une obstruction bronchique massive — et dans ces cas l'atélectasie est une entité clinique bien caractérisée, — il y a de nombreux faits où l'atélectasie est un phénomène associé. Elle s'associe à la sclérose pulmonaire ou pleuro-pulmonaire et favorise vraisemblablement la rétraction des parties atteintes, la déviation des organes (latérocardie, etc.), mais il est en général difficile de faire la part de ce qui appartient à la fibrose et de ce qui revient à l'atélectasie ; elle s'associe aux lésions compressives, cancer, kystes, abcès, etc., mais là, elle est moins une entité clinique qu'un fait histologique de voisinage ; elle s'associe au collapsus thérapeutique pour précipiter l'affaissement du moignon pulmonaire, mais dans ces cas, elle est moins une entité clinique qu'un processus physiopathologique.

M. Rist, président, prononce l'éloge funèbre de M. Arnold Netter.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du mercredi 17 mars 1936

Luxation de l'épaule. Ossification para-articulaire. — Un homme de 32 ans fit une luxation antéro-interne de l'épaule avec fracture tubérositaire en décembre 1930. Bien qu'il y eut une parfaite réduction, il s'ensuivit une impotence nette de l'article. La radiographie révéla une calcification importante véritable bloc osseux né du col chirurgical de l'humerus. Quatre ans après, cette néoformation osseuse qui a diminué de façon sensible, semble stabilisée.

La néo-production osseuse s'est développée au niveau où se déchire habituellement la capsule de la scapulo-humérale. C'est peut-être aussi un ostéome du muscle sous-scapulaire. Il est remarquable que sans aucun traitement cette néoproduction ait presque entièrement disparu. (Observation de *M. Cabonat*, (Nîmes), rapportée par *M. Huet*).

M. Madier a observé un ostéome semblable après une luxation ancienne de l'épaule non réduite.

M. Moulonguet après une luxation récidivante de l'épaule traitée par le procédé de Oudart, a vu une ossification importante se développer contre la cavité glénoïde : cicatrice probable du décollement sous-capsulo-périosté.

M. Sénèque a opéré un malade pour une calcification sous-deltoïdienne secondaire à une luxation. L'ablation des segments calcifiés fut sans effet.

Inversement dans deux autres cas, M. Sénèque a obtenu une *restitutio ad integrum* par le traitement antisyphilitique (vingt piqûres de muthanol).

M. Mathieu avait montré dans la thèse d'un de ses élèves que ces calcifications péri-scapulo-humérales pouvaient guérir sous l'influence de traitements variés. Il faut en distinguer les ostéomes vrais, bien connus dans les luxations anciennes, sinon toujours visibles à la radiographie. Ces ostéomes difficiles à traiter, semblent régresser sous l'effet de la radiothérapie et peut-être spontanément.

M. Huet distingue aussi les calcifications : dépôt de calcaire sans structure osseuse ; des ostéomes qui sont nettement organisés.

Ostéome spongieux du maxillaire inférieur. — *M. Pétrignagni* (La Rochelle) a eu l'occasion d'enlever un ostéome du maxillaire inférieur de la taille d'un œuf, nettement séparé de l'os par un plan de clivage.

Lésions urétérales après hystérectomie. — *M. Roger Petit* (Paris) a observé après interventions pelviennes des troubles unilatéraux : douleur lombaire, persistante ou progressive par poussées, colibacillurie, etc... L'exploration instrumentale et la radiographie permettent de révéler de petites lésions pyélo-urétérales : sténose, coudure, torsion de l'uretère avec légère distension pyélique. L'urétéro-pyélographie rétrograde est le meilleur moyen d'apprécier ces lésions qui siègent en général à 8 ou 10 cm. du méat. Elles sont dues à la ligature du pédicule utéro-ovarien, à la prise de l'uretère dans le surjet péritonéal, et assez souvent à l'atonie urétérale secondaire à une péri-urétérite scléreuse. La dilatation de l'uretère suffit en général à guérir la plupart de ces malades.

M. Chevassu pense qu'il faut se méfier des interprétations radiologiques. Les femmes qui ont eu une grossesse, présentent souvent un uretère iliaque en fuseau, stigmate normal.

M. Gouverneur insiste sur la gangue scléreuse post-opératoire qui peut immobiliser l'uretère, et gêner sa reptation physiologique normale sans que sa lumière soit modifiée.

A propos de l'urétéro-pyélographie rétrograde. — *M. Brocq* apporte l'observation d'une malade ayant subi plusieurs interventions chirurgicales et qui souffrait de sa région lombaire gauche. L'urétéro-pyélographie montra une fistule urétéro-colique avec destruction rénale.

Epithélioma cylindrique du col utérin. — *MM. Brocq, Palmer* et *Parat* insistent sur le fait que certains cancers utérins cylindriques s'accompagnent électivement d'adénopathies importantes. Ces cancers étant radio-résistants, il importe de pouvoir intervenir assez tôt et assez largement pour en pratiquer l'ablation.

Les auteurs ont pu enlever en bloc chez une femme de 27 ans un néoplasme cylindrique du corps avec curage cellulo-ganglionnaire de toute la voie lymphatique principale et ablation des veines iliaques externes. Cette opération étendue est légitime parce qu'il s'agissait d'un cancer à essaimage ganglionnaire rapide et radio-résistant.

Le rapporteur montre que la zone de jonction entre l'épithélium pavimenteux et l'épithélium cylindrique, au niveau du museau de tanche est capable de donner naissance à des épithéliomas pavimenteux ou à des épithéliomas cylindriques. Ce dernier, mucicarminophile, est beaucoup plus radio résistant que le pavimenteux. Il peut encore naître dans cette même région des cancers mixtes qui peuvent essaimer selon le type cylindrique radio-résistant.

Enfin il retient que les épithéliomas à mégacellules ont une tendance élective à l'essaimage ganglionnaire.

MM. Louis Bazy et *Roux Berger* pensent que dans une toute petite minorité de cas il peut y avoir des images comparables entre certaines métrites hyperplasiques du col et certains adéno-carcinomes. En cas de doute, il importe de répéter la biopsie en un autre point de la tumeur.

J. CALVET.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Diagnostic précoce de la grossesse par la réaction pupillaire de Bercovitz

M. Pouliot (*S. d'obst. et de gyn. de Paris*, 2 décembre 1935) a utilisé cette méthode et a obtenu un gros pourcentage de réponses exactes, même pour des grossesses très jeunes. Voici en quoi, elle consiste :

On instille dans le cul-de-sac conjonctival une ou deux gouttes d'un mélange de sang total du sujet dans une solution de citrate de soude à 10 pour 100.

Si la femme est enceinte, deux minutes après on observe un peu de myosis, plus rarement un peu de mydriase. La déformation pupillaire n'a qu'une valeur très relative.

De la tension artérielle chez les amputés

A l'hôpital de Barèges, M. Valatx (*S. de M. de ch. et ph.*, décembre 1935) a examiné, au point de vue de la tension artérielle, un certain nombre, d'amputés et de blessés, soit 216. Les résultats ont été les suivants :

Après quarante ans, le pourcentage d'hypertendus, chez les amputés de cuisse, de jambe et chez les fracturés du col du fémur est respectivement de 18,6 p. 100 — 19 p. 100 — 18 p. 100.

Chez les amputés du bras, il est de 8 p. 100.

Chez les fracturés du fémur, à la partie moyenne, il est de 6 p. 100.

Chez les blessés ayant une section du nerf sciatique, il est de 30 p. 100.

Cette statistique met en évidence, le rôle pypertensif des amputations du membre inférieur et surtout de la section du nerf sciatique.

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escornillant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, où à vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »
>
> MONTAIGNE

Charles Nicolle. — *Article de Léon Daudet, dans l'*ACTION FRANÇAISE (2 mars 1936) :

« Ce grand esprit scientifique, le premier, je pense, de notre temps, s'est éteint. Son frère Maurice et lui étaient mes chers amis de jeunesse, et nous avions commencé nos études de médecine ensemble, comme Charles l'a rapporté dans une brochure consacrée à son aîné. Les deux frères, originaires de Rouen, étaient des habitués des jeudis d'Alphonse Daudet de Paris et de Champrosay, et Charles Nicolle, qui était en outre un grand lettré, a écrit là-dessus des pages émouvantes. L'un et l'autre, écœurés par les injustices des concours, avaient abandonné la filière médicale de la Faculté et étaient entrés à l'Institut Pasteur, où ils ne tardèrent pas à se distinguer. Maurice Nicolle, qui avait écrit une thèse admirable sur les « Scléroses du myocarde », devint directeur de l'Institut Pasteur de Constantinople, d'où l'évinça une brigue tramée autour du sultan Abdul Hamid. Charles Nicolle, après un stage à Paris, fut nommé directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, où il fit des découvertes qui le mirent hors de pair et le conduisirent à l'Académie des sciences, au prix Nobel, à la chaire (Claude Bernard) de la médecine expérimentale, au Collège de France. « Il découvrait comme on respire », et ce mot, appliqué à l'auteur des *Leçons sur la fièvre* et le *Curare*, lui convenait exactement. C'est au sujet de ces deux frères, mes condisciples aimés, que j'ai esquissé ma théorie, renouvelée de Raymond Lulle, de « la découverte à volonté ».

Charles Nicolle, romancier à son heure, n'a pas seulement décelé et dénoncé le pou comme l'origine du typhus exanthématique. Il a en outre projeté sur le *Destin des maladies infectieuses* un regard génial et qui bouleverse entièrement les connaissances antérieures à ce sujet. Il a encore découvert le principe, particulièrement fécond, des *maladies latentes*, dont nous ignorions tout avant lui. Un typhique, un rénal, un cardiaque, un rougeoleux, un tuberculeux, un cancéreux peuvent se promener avec des lésions importantes ou même décisives sans présenter, de ces troubles graves, aucun symptôme révélateur. Ces travaux essentiels rejoignaient les études pénétrantes des Docteurs Léon Vannier et Joseph Roy sur les altérations prémonitoires du sang, dans des diathèses non encore déclarées. Ils sont la traduction organique du *quidquid latet apparebit*. La mort aura empêché Charles Nicolle de donner à sa puissante observation des latences toute l'extension qu'il aurait voulue.

Mais les études de ce grand esprit, quant à la nature, l'avaient amené à cette conclusion que la raison humaine était incapable d'en percer les secrets, par une inadaptation totale — selon le vocabulaire de Spinoza — de la nature naturante à la nature naturée. Il avait constaté l'incompatibilité absolue entre l'instrument de la recherche et la solution recherchée. A ma femme, qui lui demandait où la science en était quant à la bactériologie, — qu'il avait étudiée et sondée comme pas un — cette sublime intelligence répondait : « Nous en sommes à ceci que *nous ne savons plus rien* ». C'est ce qui ressort de ses ouvrages. De même Maurice Nicolle, le frère de Charles, et qui avait l'âme encyclopédique, quand on l'interrogeait sur les fins dernières de l'espèce humaine, répondait : « Crèvera, crèvera pas ? » Il y a en effet, pour les incroyants, sur la survivance ou la disparition de notre espèce, autant d'arguments pour que d'arguments contre.

Mais voici où je voulais en venir. Dans sa dernière lettre du 14 novembre dernier, à propos de mon ouvrage *Les Universaux*, que je lui avais adressé à Tunis, Charles Nicolle m'écrivait : « Ton livre est sans doute le dernier que j'aurai lu. Mon « cœur faiblit et les diurétiques deviennent tout au plus capa- « bles de contenir les œdèmes. Ils ne les font plus reculer. Je « commence donc à vivre dans une demi-torpeur. L'intelli- « gence subsiste, mais elle est au fond. Il me faut un effort pour « l'en tirer. J'aurais pourtant désiré achever et mettre au « point deux livres. J'y arriverai pour le premier, qui contiendra « les leçons que je n'aurai pu parler au Collège de France, et « dont certaines t'intéresseront beaucoup, comme celle sur les

« concours. L'autre livre sera la suite de celui sur la nature. Il « montrera, d'une manière définitive, l'incapacité de la raison « à expliquer les faits biologiques, et en particulier ceux qui ont « trait à la genèse des êtres vivants. Conclusion : *puisque la « raison humaine est incapable, inutile d'aller chercher d'autre « explication que la traditionnelle : d'où retour à la religion « catholique, apostolique et romaine. En fin de compte, je fais donc « comme toi, je me rallie. Ce qui ne veut pas dire que je respecte « l'autorité dans ses excès et ses ridicules. J'accepte la décision « du Maître. Je n'accepte pas celle de la domesticité... Je te dis « adieu.* »

Ce document, dont j'ai l'original, me paraît, vu son signataire, d'une importance capitale. Car personne, à ma connaissance, lors de nos études de médecine, n'était plus éloigné de la foi que Charles Nicolle. Sa suprême déclaration, faite à un vieil ami dont il connaissait la croyance, permet de le ranger, vu la parité de son extraordinaire génie scientifique, aux côtés de Laennec, de son maître Pasteur et de Potain.

Chirurgien militaire à dix-sept ans. — *M. Léon Bultingaire vient de publier* (LES CAHIERS LORRAINS, janvier 1936) *sur son arrière-grand oncle, une intéressante notice où l'on voit qu'au temps de Napoléon on pouvait être chirurgien militaire à dix-sept ans :*

« Une tradition de famille, à laquelle je m'étais toujours intéressé, faisait mention d'un mien arrière-grand-oncle qu'il était parti pour l'Espagne, comme chirurgien, en 1808, à un âge où l'on commence à peine d'habitude, à se préparer à cette profession. Je supposais qu'il pouvait y avoir eu erreur soit sur l'âge véritable du chirurgien en question, soit sur l'authenticité de sa nomination en cette qualité. Des recherches entreprises à Paris dans les archives du ministère de la Guerre m'ont permis de retrouver le dossier du personnage auquel je m'intéressais et de constater que la tradition était conforme à la vérité.

« Etienne Bultingaire, dont M. Julien Barbé a bien voulu me communiquer la copie de l'acte de naissance, était bien né à Metz le 18 novembre 1790. Le registre de naissance de la paroisse Saint-Martin confirme même qu'il fut baptisé le même jour.

« Attaché comme élève-chirurgien à l'hôpital militaire d'instruction de Metz, dont nous connaissons l'organisation par le récent travail si plein d'intérêt du Commandant Klipfel, il y fit un séjour dont nous ne pouvons malheureusement fixer le début exact.

« Ce que nous savons bien, par contre, c'est que, par décision en date du 11 janvier 1808, du ministre directeur de l'Administration de la guerre, qui était alors le comte Dejean, il fut nommé chirurgien sous-aide au 6e régiment provisoire faisant partie du Corps d'observation des côtes de l'Océan. Le 19 janvier suivant, il recevait sa nomination et en donnait décharge dans les termes suivants : « Je soussigné reconnais avoir reçu des mains de Monsieur le Maire de la Ville de Metz l'ordre de service de la part de son Excellence Monseigneur le Directeur de l'Administration de la Guerre, auquel je promets de satisfaire sur-le-champ, en me rendant à ma destination pour y remplir la place de chirurgien sous-aide ».

« A la date de sa nomination comme chirurgien, Etienne Bultingaire était donc *âgé exactement de 17 ans, 1 mois et 23 jours.* Il serait, je crois intéressant de relever l'âge auquel furent nommés d'autres chirurgiens et de rechercher, si l'exemple que nous donnons constitue une véritable exception. Il se trouve vraisemblablement parmi les lecteurs des *Cahiers Lorrains* quelques-uns des descendants des 700 chirurgiens militaires qui, selon Bégin, furent formés à l'hôpital de Metz, entre 1792 et 1815.

« Quoique cette courte note n'ait pour but que de fixer un âge et des dates, je dois dire où aboutit une carrière militaire et chirurgicale, si prématurément commencée. Elle fut, en réalité bien peu encouragée par les circonstances. Ayant rejoint son corps à Bayonne, Etienne Bultingaire entra en Espagne avec son régiment, qui faisait partie de la deuxième division commandée par le général Gobert et devait prendre part à l'expédition de Cadix. Après des marches et des opérations sans grand éclat, la division Gobert se trouva comprise, à tort, prétend-on, dans la capitulation de Baylen du 22 juin 1808. Le jeune chirurgien devait subir six années de dure captivité à Caprera d'abord, puis

sur les pontons anglais. Le 5 avril 1809, son père, qui n'avait reçu de lui aucune nouvelle depuis plus d'un an, écrivit au ministre, directeur de l'Administration de la Guerre, qui ne put lui donner aucun renseignement. En 1814, seulement, Etienne Bultingaire rentra en France. Le 8 juin, il se présentait à Calais au Commissaire des guerres, Duclusel, qui lui délivra une feuille de route. Le 28 du même mois, il se présentait à Paris au Bureau du personnel des Officiers de santé, qui lui faisait payer « 240 francs pour trois mois de solde, déduction faite du 5e » et, dès le lendemain, il était licencié par mesure générale.

« Etienne Bultingaire s'établit à Metzet, renonçant pour toujours à l'état militaire, ainsi qu'à la profession de chirurgien, il entra dans le commerce, où il se fit une situation honorable. En 1856, il alla se fixer à Vaux, puis il revint à Metz, où il mourut le 2 avril 1864.

« Ajoutons, pour fixer un des traits de son caractère, qu'il aimait la musique et possédait un certain talent de flutiste. L'historien G. Lenôtre, dont la famille était liée avec celle d'Etienne Bultingaire, m'écrivait, peu de temps avant sa mort, qu'il se souvenait très bien de l'ancien officier de santé, qui venait souvent chez ses parents faire sa partie dans un quatuor. »

Il serait intéressant de savoir, et peut-être un érudit lecteur nous le dira-t-il, si on connaît d'autres exemples de chirurgiens entrés au même âge qu'Etienne Bultingaire dans le Service de santé.

Le Docteur de Martel et sir Victor Horsley. — *Du Docteur de Martel dans* SAVEZ-VOUS (22 février 1935) :

« C'est en 1910 que pour la première fois je vis Sir Victor Horsley.

J'étais encore un très jeune chirurgien quand M. Babinsky m'envoya à Londres avec un mot de recommandation pour le savant anglais.

Je sonnai à la porte de sa jolie maison de Cavendish Square un matin, de bonne heure. Mrs Horsley me reçut et pendant que je buvais la tasse de thé que très gentiment elle m'offrait, elle me dit que son mari avait dû me croiser en mer. Il venait d'être appelé pour ouvrir le crâne d'un célèbre professeur de la Faculté de Paris.

Telle était à cette époque sa notoriété ! Tandis que Chipault et Duret qui avaient écrit de très gros volumes sur la chirurgie des tumeurs cérébrales n'en opéraient jamais, Horsley, qui écrivait fort peu, les opérait toutes et déjà en guérissait quelques-unes.

Pendant plus d'une année, je pris tous les lundis soir le train pour Londres afin de passer la journée du mardi auprès de Horsley. Ce jour-là il opérait le matin à Queen's Square Hospital et passait l'après-midi à expérimenter dans son laboratoire. C'était un grand Anglais découplé dont la douceur d'expression n'était nullement atténuée par la grosse moustache blonde déjà grisonnante qui lui barrait la figure. Il était extrêmement original, avait toute sortes de manies et ne ressemblait à personne.

En 1888, il avait été le premier à opérer avec succès une tumeur de la moelle qu'il avait localisée avec exactitude.

Le malade, qui avant l'opération était paralysé, au bout de quelques semaines marchait normalement. Le résultat parut miraculeux et Horsley devint célèbre en un jour. Tout ce qu'on peut tenter en chirurgie nerveuse il le tenta mais seuls ses élèves connurent ses travaux, car il écrivit fort peu.

Au point de vue technique, c'est lui qui imagina d'opérer le cerveau sous un courant de sérum chaud et d'arrêter les hémorragies en plaçant sur les surfaces saignantes des lambeaux de muscle prélevés sur le malade lui-même.

Horsley, engagé volontaire, est mort au service de son pays en Mésopotamie, pendant la grande guerre.

Il aurait quatre-vingts ans environ. »

BIBLIOGRAPHIE

Anatomie de la tête et du cou, par le Docteur Eugène OLIVIER. — **Etude du système dentaire**, par le Docteur RAISON. Texte un volume de 372 pages. Atlas, un volume avec 235 figures. Les deux volumes : 65 francs. Amédée Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain Paris.

Le texte comprend toutes les connaissances nécessaires à l'étudiant en chirurgie dentaire, il y trouvera des exposés clairs, divisés en paragraphes nettement séparés, avec des caractères typographiques différents pour les passages particulièrement importants ; le volume est facile à consulter grâce à une séparation des chapitres et de leurs divisions qui en rend l'étude simple et rapide. L'anatomie du système dentaire, des maxillaires, des muscles annexés à la mastication, du nerf trijumeau, des fosses nasales, en un mot de toutes les questions demandées particulièrement aux examens de chirurgie dentaire a été spécialement détaillée et rendra le plus grand service aux étudiants. Quant aux figures réunies pour la commodité du lecteur en un atlas séparé, elles sont toutes à grande échelle et presque toutes à pleine page, facilement lisibles. Dessinées sur les os même, ou d'après des préparations originales exécutées au Laboratoire d'anatomie, elles illustrent abondamment le texte : nous signalerons particulièrement les coupes si instructives du cou qui y figurent, et que l'étudiant en chirurgie dentaire aura grand profit à consulter fréquemment pour voir l'anatomie dans l'espace, car qui voit l'anatomie dans l'espace sait son anatomie.



SIMPLE
PANSEMENT
DOCTEUR ZIZINE
IPECA
ENTÉRO-PANSEMENT
DU DOCTEUR ZI
une seule forme:
GRANULÉ

Fondé en 1873. — N° 13 LE NUMÉRO : 50 Centimes 28 MARS 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

A. ROUZAUD (1865-1936) 513

Pathologie comparée

L. BORY : Les maladies vénériennes chez les animaux 514

Urologie

La conduite à tenir dans les tumeurs et les kystes rénaux, par J. CHATAIN 532

Revue de Presse parisienne........ 533

Sociétés savantes

Académie de Médecine............. 534
Société Médicale des Hôpitaux....... 534
Société de Médecine de Paris.. 538
Académie de Chirurgie............ 538

Nouvelles........................ 507

Échos et Glanures................ 539

Bibliographie.............. 510 524

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses*. — 23 mars. — M. Fleury. Etude de la sérothérapie non spécifique et de l'anti-anaphylaxie. — M. Luszinski. La tension artérielle pendant le cycle menstruel chez la femme. — M. Notari. Rétention des sels biliaires, au cours de l'ictère spirochétonique. — M. Moreau. Etude du pied valgus congénital convexe. — M. Mahaudeau. Les accidents consécutifs à la défection des ventricules en neuro-chirurgie, en particulier chez l'enfant.

Guerre (Active). — Sont promus :

Au grade de médecin général. — MM. les médecins colonels Pheulpin, en remplacement de M. le médecin général Massip, placé dans la section de réserve ; Hornus, en remplacement de M. le médecin général Malaspina, placé dans la section de réserve ; Carayon, en remplacement de M. le médecin général Prat, placé dans la section de réserve ; Martin, en remplacement de M. le médecin général Plisson, promu ; Schneider, en remplacement de M. le médecin général Sandras, placé dans la section de réserve.

Au grade de pharmacien général. — M. le pharmacien colonel Mancier, en remplacement de M. le pharmacien général Moreau, placé dans la section de réserve, à compter du 29 mars 1936. Pour prendre rang du 29 mars 1936.

— Mutations :

M. le médecin général inspecteur Lévy, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé, est nommé directeur du laboratoire central de recherches bactériologiques et de sérologie de l'armée.

M. le médecin général Paître, professeur agrégé au Val-de-Grâce, médecin chef de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, sous-directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, est nommé directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire.

M. le médecin général Carayon, nouvellement promu, nommé directeur du Service de santé de la 2e région, à Amiens.

M. le pharmacien général Mancier, nouvellement promu, nommé inspecteur des services pharmaceutiques de l'armée, membre du Comité consultatif de santé et membre du Comité supérieur de surveillance des eaux destinées à l'alimentation de l'armée.

Ministère de la Santé publique. — Le poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Choisy-le-Roi est déclaré vacant.

Adresser au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau), les demandes d'inscription (titres scientifiques, justifier de la qualité de Français, remplir les conditions prévues par l'article 7 de la loi du 26 juillet 1935 relative à l'exercice de la médecine, fournir diplôme, acte de naissance, casier judiciaire. Limite d'âge, 45 ans).

Cours international de haute culture médicale. — Il aura lieu à Athènes du 7 au 21 septembre 1936, sous les auspices de l'Université d'Athènes et du ministre de l'Hygiène de Grèce. On traitera les actualités diagnostiques et thérapeutiques.

Liste incomplète des conférenciers. — Maladies tropicales et infectieuses : R.-T. Leiper, Londres ; J. Gordon Thomson, Londres ; Sir M. Watson, Londres ; J. Bordet, Bruxelles ; E. Marchoux, Paris ; F. d'Hérelle, Paris ; K. Todorovitch, Belgrade ; J. Vaïtis, Athènes ; C. Levaditi, Paris ; Philipp H. Manson-Bahr, Londres ; R. Lœwenstein, Vienne.

Chirurgie : Sir H. Gillies, Londres ; A.-H. Mclindoe, Londres ; J. Delchef, Bruxelles ; R. Leriche, Strasbourg ; C.-P.-G. Wakeley, Londres ; R. Nissen, Istanbul.

Section cardio vasculaire : P. Rijlant, Bruxelles ; G. Heymans Gand ; V. Amolievic, Belgrade.

Cancer : A.-P. Dustin, Bruxelles ; P. Mendelyeff, Bruxelles ; F. Blumenthal, Belgrade ; J.-H. Thomson, Londres.

Conférences libres : M. De Loet, Bruxelles ; G. Combrelin, Bruxelles ; I. Joliot-Curie, Paris ; F. Joliot-Curie, Paris ; F.-M. Messerli, Lausanne ; Mathieu Pierre-Weil, Paris ; A.-J.-D. Cameron, Tunbridge Wells ; Folke Henschen, Stockholm ; Lina Stern, Moscou ; P. Chevalier, Paris.

Syphiligraphie et dermatologie : A. Bessemans, Gands ; B. Dujardin, Bruxelles ; L.-M. Pautrier, Strasbourg.

Ce cours présentera un intérêt double, tant archéologique que médical, en effet, nous serons accompagnés par d'éminents archéologues français, belges et anglais, qui nous guideront à travers la Grèce antique. Nous envisageons notamment de visiter les si les suivants : Athènes, Delphes, Corfou, Crète, Mycène, Sparte, etc...

Pour tous renseignements, prière de s'adresser au secrétariat général : L.-W. Tomarkin, Faculté de médecine, 115, boulevard de Waterloo, Bruxelles (Belgique).

Association confraternelle des médecins français — Cette Association, qui a pour but de verser un secours immédiat de 10.000 francs au décès d'un sociétaire, a tenu son assemblée générale annuelle le lundi 16 mars, à 21 heures dans la grande salle de l'Hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux, 95, rue du Cherche-Midi.

850 membres étaient présents ou représentés.

Après une brève allocution de M. le Professeur Vanverts, président de la Société, indiquant que le secours au décès accordé par la Confraternelle et les assurances de la Mutuelle confédérale sont des œuvres indépendantes qui se complètent sans se concurrencer, le Docteur Barlerin, trésorier, donne lecture du rapport moral et financier de l'année 1935, lequel se résume ainsi :

85 adhésions nouvelles, ce qui porte à plus de 1.800 le nombre actuel des cotisants ; 300.000 francs de secours immédiats distri-

bués ; 1.100 francs de dons reçus de membres bienfaiteurs et versés au fonds de réserve.

Une addition aux statuts, destinée à conserver à l'œuvre, son caractère entièrement confraternel a été votée, puis le Bureau sortant a été réélu, confirmant ainsi la bonne gestion de cette Association, fonctionnant depuis 1908 et qui a déjà versé plus de deux millions et demi de secours aux familles médicales en deuil.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège social, 10, rue de Strasbourg, chez le Docteur Barlerin, trésorier archiviste, ou chez le Docteur Grahaud, secrétaire général, 7, rue Labie, Paris.

Journées internationales périodiques de cardiologie à Royat. — *Conférences de physiologie, pathologie et thérapeutique cardio-vasculaire* (31 mai-1er juin 1936). — Les premières Journées internationales périodiques de cardiologie auront lieu à Royat pour la Pentecôte 1936 (31 mai-1er juin). La question mise à l'ordre du jour est : le spasme vasculaire.

M. le Professeur Vaquez a accepté de présider en personne ces journées entouré de MM. Clerc, Laubry, Castaigne, Lian, Gallavardin et Dumas.

Le président d'honneur est le Professeur Achard.

Les rapports ont été confiés à : MM. les Professeurs C. Heymans (de Gand) et Lucien Brouha (de Liége : Le tonus vasculaire (physiologie) ; Riser (de Toulouse) : Les spasmes vasculaires de l'encéphale ; Leriche et Fontaine (de Strasbourg) : Les spasmes vasculaires des membres ; Maranon et Duque (de Madrid) : Les spasmes vasculaires dans leurs rapports avec l'endocrinologie ; Loeper (de Paris) : Le traitement des spasmes vasculaires.

Les cardiologues les plus en vue du monde entier se sont faits inscrire dans le Comité scientifique. Plusieurs d'entre eux bien qu'habitant de lointains pays, ont fait savoir aux organisateurs qu'ils viendraient assister personnellement à ces journées.

La grande actualité du sujet traité et les éminentes personnalités chargées d'en rapporter les différents chapitres en raison de leurs travaux scientifiques sur la question, sont les motifs de l'intérêt considérable suscité par les Journées de Royat.

Les médecins praticiens y trouveront maints enseignements pratiques d'application journalière, les chercheurs y rencontreront des hypothèses de travail, les savants y assisteront à une remarquable mise au point d'un sujet dont la pathologie courante offre chaque jour des exemples complexes et que les travaux récents ont mis au premier plan de l'actualité médicale.

Pour tous renseignements complémentaires, écrire au Secrétaire général : Docteur R. Boucomont, Royat (Puy-de-Dôme).

Nota. — Les médecins de Royat se sont interdits, d'un commun accord, toute communication lors des « Journées ».

Avant-programme du XVe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicales (Cinquantenaire de la fondation : 1er Congrès à Biarritz, 1886. Belgrade, Yougoslavie. Faculté de médecine. Dates provisoires : 25, 26, 27, 28, 29 septembre 1936.) — BUREAU DU CONGRÈS : président, M. le Professeur W. Tchonovitch, recteur de l'Université de Belgrade, membre de l'Académie Royale des Sciences ; vice-président, M. le Professeur L. Nenadovitch ; secrétaires généraux, M. le Professeur M. Neskovitch, M. le Docteur Garnier, Belgrade : secrétaire général adjoint, M. le Docteur V. Tassitch, Belgrade ; trésorier, M. le Docteur M. Rochkevitch.

INDICATIONS DES RAPPORTS ET DES RAPPORTEURS. — *Rapport d'hydrologie thérapeutique* : « La cure thermale du diabète ». Rapporteur en chef : M. le Professeur RATHERY, avec la collaboration de MM. FROMENT, DÉROT, LESCŒUR et DE TRAVERSE.

I. Etats diabétiques et cure thermale, par M. F. RATHERY. — II. Le traitement thermal chez les diabétiques (indications, contre-indications et résultats), par MM. F. RATHERY, FROMENT et DÉROT. — III. Le mécanisme biologique de l'action de la cure thermale sur les troubles métaboliques des diabétiques, par MM. F. RATHERY, LESCŒUR et TRAVERSE.

Rapport d'hydrologie : « Quelques problèmes nouveaux dans la biophysique de l'eau ». Rapporteur en chef : M. le Professeur VILLARET.

I. L'eau liée et l'eau imperméable à l'alcool, par M. le Professeur FONTÈS. — II. L'eau lourde, par M. Pierre URBAIN. — III. Applications crénothérapiques des données physico chimiques récentes sur l'eau, par M. le Professeur VILLARET et M. le Professeur agrégé L. JUSTIN-BESANÇON (Paris). — IV. Sur certaines caractéristiques physico-chimiques de l'eau, par M. le Professeur VLÈS.

Rapport de climatologie : « Les influences climatiques dans la prévention et la thérapeutique chez les adolescents » (en dehors de la tuberculose).

Rapporteur en chef : M. le Professeur PIÉRY. — I. Cure de la Riviera yougoslave et maladies de l'adolescence, par M. le Docteur ORLITCH (Dubronik). — II. L'héliothérapie dans les maladies de l'adolescence, par M. le Docteur ROLLIER (Leysin).

La désignation des autres sous-rapporteurs n'est pas encore définitivement fixée.

Rapport de géologie : « Géologie des stations hydrominérales yougoslaves ».

Rapporteur en chef : M. le Professeur LOUKOVITCH. — I. La radio-activité des sources thermales yougoslaves, par M. le Professeur YOVANOVITCH (Belgrade).

Prix médico-chirurgicaux pour 1936. — Un prix de 1.000 francs et un prix de 500 francs sont offerts par les *Archives Hospitalières* aux auteurs des deux meilleurs travaux accomplis ou parus dans l'année ; les travaux admissibles seront désignés par suffrage des médecins.

Trois prix de 500 francs sont offerts aux internes des hôpitaux libres après concours sur consultation écrite et orale.

Trois prix de 500 francs sont offerts par les *Archives Hospitalières* aux internes et anciens internes des hôpitaux libres de France, pour un travail à insérer.

Pour renseignements et règlements, prière de s'adresser au secrétariat général de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres, 1, place d'Iéna, Paris (XVI[e]).

Hommage au Docteur Antoine Béclère. — Des amis et des élèves du Docteur Antoine Béclère, à l'occasion du quatre-vingtième anniversaire de sa naissance, le 17 mars 1936, ont pensé que la meilleure manière de lui manifester leurs sentiments serait de lui offrir une médaille et un livre : la médaille portera l'effigie du maître ; le livre jubilaire contiendra un petit nombre d'articles, résumant l'ensemble de son œuvre scientifique.

Tout souscripteur d'au moins 100 francs recevra un exemplaire de la médaille et du livre jubilaire. Le médaillon « grand format », de l'avers de la médaille, de 24 centimètres de diamètre et fondu en bronze, sera mis à la disposition des souscripteurs moyennant un versement supplémentaire de 100 francs. Les adhésions et le montant des souscriptions sont reçus par M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (VI[e]). La date de la cérémonie sera fixée ultérieurement.

Vacances de Pâques sur la Côte d'Azur. — Rappelons que le X[e] Voyage médical international de Pâques, annuellement organisé par la Société médicale du littoral méditerranéen, se déroulera d'Hyères à Menton. Sa direction scientifique sera assurée par le Docteur Laignel-Lavastine, professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie à la Faculté de Paris, avec l'aide des médecins et des savants de la Côte-d'Azur pour les démonstrations journalières.

Les voyageurs se rendront à Hyères, le dimanche de Pâques 12 avril, et parcourront ensuite la presqu'île de Giens et les Iles d'Or, la Côte des Maures, Saint-Raphaël, l'Estérel, Cannes, le Cannet, le Golfe-Juan, Antibes, Juan-les-Pins, Grasse, Vence, Cagnes, Nice, la Turbie, Roquebrune-Cap-Martin, Menton, Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu, Villefranche et le Cap-Ferrat. Le voyage se terminera à Nice le dimanche 19 avril. On peut n'adhérer qu'à une fraction du voyage et la cotisation sera proportionnellement réduite. Des excursions dans les Alpes et en Corse seront organisées avant et après le voyage, si elles sont demandées.

Les parcours seront effectués en auto-cars et les séjours assurés dans les meilleurs hôtels. Les adhérents seront munis de permis de parcours individuels à tarif réduit, valables durant tout le mois d'avril sur les réseaux de chemins de fer français. Les familles des médecins sont admises, ainsi que les étudiants en médecine.

L'inscription est ouverte et le droit d'inscription est de 100 francs. Le secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice, envoie gratuitement tous les renseignements et les programmes qui lui sont demandés.

BIBLIOGRAPHIE

Sur l'utilisation du gaz carbonique comme spasmolytique dans les crises vasculaires, par Jean Cottet (1).

On sait la place importante occupée par le spasme artériel en pathologie.

Est-il besoin de rappeler le rôle du spasme en neurologie où il peut créer la plupart des syndromes neurologiques ? Est-il besoin de rappeler son rôle au niveau des membres où il crée la claudication intermittente et le syndrome de Raynaud, au niveau des yeux où il crée l'amaurose transitoire, au niveau du cœur où il déclenche une crise d'angine de poitrine. Certes le médecin n'est pas désarmé devant un tel accident vasculaire : les nitrites, l'acétylcholine, l'yohimbine, la vagotonine même sont autant d'excellents vaso-dilatateurs quoique de puissance différente et d'action plus ou moins rapide.

Jacques Sallé réunissant dans sa thèse un grand nombre d'expériences et d'observations de Mougeot (1) et de son collaborateur Aubertot envisage le rôle du gaz carbonique comme vaso-dilatateur. Dans une série de travaux Loeper et Mougeot avaient déjà montré qu'*in vitro* le gaz carbonique détend la fibre artérielle aussi rapidement que les nitrites. Aussi il était logique, et les faits l'ont d'ailleurs montré, d'utiliser le gaz carbonique en thérapeutique.

Cette question a été très étudiée par Loeper, Lemaire, Mougeot et Aubertot. Mais l'action du gaz carbonique dépendra en grande partie de

(1) Voir Les cœurs périphériques de Mougeot, Vigot, éditeur, 1936.

sa voie d'introduction. L'injection intramusculaire ou sous-cutanée a été employée par Lian et P.-N. Deschamps. L'inhalation est contre-indiquée dans le spasme vasculaire où elle déclenche une excitation d'ordre asphyxique sur les centres nerveux vaso-constricteurs. Au contraire les voies péritonéale et intestinale sont très efficaces. Retenons la facilité de la voie intestinale qui est vraiment remarquable et dont la tolérance est parfaite. La voie péritonéale est à peu près inapplicable à l'homme et n'est qu'une méthode d'expérimentation animale. Quant à la méthode balnéaire elle reste la technique de choix dans les cas chroniques tels que la claudication intermittente, elle est d'ailleurs depuis bien longtemps utilisée à Royat.

Elle a cet avantage d'être simple, d'application facile sinon toujours efficace. Jean COTTET.

Traitement chirurgical des cavernes de la base, par le Docteur Paul DAMBRIN. Un vol. grand in-8 de 231 pages avec 68 figures, 40 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

De tout temps les auteurs ont noté la rareté de cette localisation chez l'adulte. Laennec le premier a constaté que « les cavernes primitives se montrent très rarement au centre ou à la base du poumon ».

L'auteur considère que les cavernes de la base réagissent d'une façon particulière aux diverses méthodes thérapeutiques car elles sont soumises physiologiquement à des influences pariétales et surtout diaphragmatiques bien déterminées. Elles sont cependant susceptibles de guérir grâce aux traitements médicaux : cure hygiéno-diététique, pneumothorax, section de brides. Il faut savoir, aussi, souvent, les abandonner à temps.

Le Docteur Dambrin appuie son travail sur cinquante observations prises dans les grands services chirurgicaux, avec des illustrations soignées. Il l'a complété par une bibliographie consciencieuse des travaux publiés sur ce sujet.

Histoire de la Poésie française de la Renaissance au Romantisme, par Emile FAGUET. Tome X. André CHÉNIER (1762-1794). Un volume in-16, broché : 15 francs. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine (VIe).

Les trois premiers tomes de cette remarquable *Histoire de la poésie française*, ouvrage unique en son genre, nous donnent une étude d'ensemble de cette époque de 1600 à 1660, qui marque la transition entre l'humanisme de la Renaissance et le classicisme de la seconde moitié du XVIIe siècle.

Dans le tome IV, le critique nous montre comment toute la littérature française depuis 1550 et particulièrement la pléiade, a son développement le plus complet et son splendide épanouissement dans l'œuvre de La Fontaine.

Le tome V est consacré au rôle et à l'influence littéraires de Nicolas Boileau, influence particulièrement marquée chez les poètes qui font transition entre Boileau et Voltaire, et que Faguet étudie dans le tome VI.

Le tome VII, Voltaire, se distingue de nombreuses études consacrées à cet auteur, car il traite de Voltaire en tant que poète, angle sous lequel il est généralement peu connu. Tandis que les tomes VIII et IX étudient *les poètes secondaires du XVIIIe siècle.*

Dans le tome X, Faguet s'est appliqué à faire mieux connaître et apprécier au lecteur l'œuvre et le talent d'André Chénier.

Il a fait une mise au point utile en nous rappelant qu'il existe en Chénier trois hommes bien différents ; un humaniste (non pas par éducation comme le sont les humanistes de la Pléiade, mais par nature) ; un homme du XVIIIe siècle par sa sensibilité et sa foi dans le progrès de l'humanité ; un homme du XIXe siècle, enfin, par sa tendance à chercher un lien philosophique entre les différentes formes du savoir humain, lien que chercheront aussi Auguste Comte et Sully-Prudhomme.

Ces trois natures diverses, en se confondant ont fait de Chénier un poète original, un isolé, mais elles ont fait aussi que « son nom est l'un des plus grands dont une littérature puisse s'enorgueillir, un des plus significatifs qui puissent représenter une civilisation ».

Voir... et Savoir... ». La collection vraiment moderne publie mensuellement des ouvrages inédits, 5 fr. 50. Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris.

Chaque volume est signé par un maître écrivain. Chaque volume fait le tour d'un grand sujet. Plus de 150 illustrations entièrement tirées en héliogravure.

Ouvrages parus. — Jacques BAINVILLE : Vie de Napoléon ; F. FUNCK-BRENTANO : La Révolution française ; André DEMAISON : Fauves ; André MAUROIS : Les Anglais ; Francis DE MIOMANDRE : Danse ; Pierre de NOLHAC : La peinture italienne ; Fortunat STROWSKI : Etudiants et étudiantes ; Marcelle TINAYRE : Histoire de l'amour ; Henri GHÉON : Noël ! Noël !

AIMÉ ROUZAUD

Aimé Rouzaud s'est éteint hier après trois semaines de lutte contre une crise cardiaque que l'affection de son entourage et les soins de ses amis ne pouvaient conjurer.

Ce fut une grande pitié de le voir si violemment souffrir; c'est aujourd'hui pour nous tous un grand deuil de le voir disparaître à jamais.

Rouzaud n'était pas seulement l'administrateur et le directeur du *Progrès Médical* : il en était l'observateur attentif et le gardien vigilant. Il accomplissait sa mission avec une discrétion et aussi une clairvoyance, une conscience et une ferveur admirables.

Aucun jour, ou presque, il ne manquait de venir à son bureau pour y donner ses ordres, surveiller les envois, reviser la liste de ses abonnements et de ses annonces.

Et tous les vendredis il nous attendait scrupuleusement à 6 heures pour la réunion hebdomadaire du Comité de rédaction. Il émettait de sages suggestions et savait, malgré sa timidité naturelle, discuter nos propositions.

Venu à Paris il y a plus de quarante ans sans grande recommandation et sans appui sérieux, il avait décidé de faire son chemin lui-même. Il connut Bourneville qui venait de fonder le *Progrès Médical*, il l'aida à développer son journal et le fit briller d'un rare éclat.

Longtemps il travailla dans l'ombre, silencieux et discret, scrupuleux et méthodique. Il posa une à une les pierres d'un édifice qui fut bientôt solide et durable.

C'était à la fin du siècle dernier, époque où l'on ne comptait guère que trois grands périodiques médicaux, dont le sien.

Rouzaud eut la joie d'inscrire dans ses colonnes tous les grands noms de Paris : celui de Ch. Richet qui resta un de nos plus chers et vénérés amis, celui de P. Marie, de Chauffard, de Déjerine, de Fournier, de Carnot, de Lecène, celui de Charcot surtout à la mémoire duquel le *Progrès Médical* posait une pierre commémorative vers 1924, sur le bord du lac des Settons.

Administrateur, puis propriétaire du journal à la mort de Bourneville, Rouzaud conserva plus de trente ans une direction que la maladie seule, implacable, devait lui faire abandonner.

Je n'évoque pas le passé sans émotion ni gratitude. En 1910, en un temps vraiment difficile, le journal vit venir une nouvelle équipe dont on m'offrit d'être le chef. Vingt-cinq ans déjà ! Je n'oublierai pas l'accueil du directeur au jeune agrégé que j'étais et sa confiance immédiate, absolue de la première heure. Sentant combien il aimait son œuvre, j'ai fait de mon mieux pour lui conserver son prestige. Et j'ai eu le bonheur de trouver à ses côtés, avec des noms que chacun connait, Charles Esmonet et Maurice Genty.

Je n'ai pas qualité pour juger un journal à la vie duquel je fus si directement mêlé; pour dire la place qu'il occupe aujourd'hui dans la foule des périodiques médicaux ; pour apprécier le rôle qu'il a pu jouer dans l'évolution de la médecine, dans la défense des intérêts professionnels ou scientifiques des médecins, dans le développement de l'Association de la Presse Médicale française. Si Bourneville a créé le *Progrès Médical*, Rouzaud l'a outillé, perfectionné, agrandi, il lui a donné surtout cette belle impartialité qui doit être de règle dans un journal scientifique ; il l'a même embelli en réalisant le Supplément illustré qui a trouvé tant de crédit auprès de ses lecteurs.

Mais je veux dire aussi la grande amitié qui nous liait ; louer la parfaite correction de tous ses actes, la distinction de ses manières, l'extrême sensibilité et la délicatesse de son cœur et sa générosité peu commune.

Ces qualités, qu'un mouvement d'enthousiasme rendait parfois si vibrantes, il les prodiguait sans compter et tous les collaborateurs de ce journal les ont pu apprécier à nos rencontres hebdomadaires. C'est parce qu'ils les appréciaient, d'ailleurs, qu'ils lui avaient donné leur dévouement et leur sympathie.

Rouzaud, vers 1931, se sentit assez fortement touché. Il ne se ménagea guère. A peine remis d'une alerte assez vive, il reprit son labeur avec la même régularité et aussi avec le même sourire. Il ne montra jamais nulle amertume et ne fit entendre aucune plainte.

Au dîner annuel du *Progrès Médical* où il réunissait avec tant de joie et même de fierté, avec ses collaborateurs médicaux et pharmaceutiques, des maîtres éminents et même des politiques célèbres, il apporta l'an passé encore sa cordialité et sa bonne grâce !

Aujourd'hui le petit bureau de la rue des Ecoles est vide. On n'y voit plus que l'image de Pasteur, de Magnan et de Charcot, qui veillent au milieu des toiles qui rappellent la Provence.

Rouzaud aimait le soleil, la lumière et le ciel bleu. Il était parti de Draguignan un jour pour faire fortune à Paris. Il retournait volontiers sur la côte voisine, au printemps, pour un court séjour qui lui rappelait le passé.

C'est là qu'il va reposer maintenant dans le grand calme et dans les fleurs, tandis que nous continuerons ici, avec confiance et persévérance, la besogne qu'il nous a laissée.

Je voudrais que sa femme, que sa fille, que son gendre, que nous confondons dans notre sympathie, trouvent dans l'hommage que nous lui rendons tous et dans notre tristesse un apaisement à leur douleur.

Maurice LOEPER.

PATHOLOGIE COMPARÉE

Les maladies vénériennes chez les animaux [1]

Par M. Louis BORY

Nul sujet n'illustre mieux l'union intime des médecines expérimentale et comparée.

Ce n'est pas une description vétérinaire de ces maladies que je compte faire aujourd'hui devant vous.

Envisageant tout d'abord les maux vénériens qui affligent les hommes, nous allons voir s'il en existe dus aux mêmes causes chez l'animal et quelles réalisations expérimentales ont pu être faites sur les espèces communes avec les virus vénériens d'origine humaine.

Nous tacherons ensuite de constituer le groupement descriptif des maladies animales d'origine vénérienne habituelle ou exclusive.

Donc deux parties dans cet exposé :

L'une sur le plan humain et expérimental.

L'autre sur le plan vétérinaire et comparé.

I. Les virus vénériens de l'homme chez les animaux

Le sujet serait immense, si nous n'étions déjà décidés à le limiter aux notions indispensables sur des sujets tels que la syphilis expérimentale ou à des notions moins habituellement développées sur la transmissibilité à l'animal des microbes du chancre mou, de la blennorragie ou du virus de la maladie de Nicolas Favre et des papillomes vénériens.

I. ***Le tréponème de Schaudinn*** a son équivalent chez l'animal dans le *treponema cuniculi*, agent de la tréponémose spontanée du lapin, dont nous avons déjà fait l'étude comparée dans la précédente leçon et dont nous résumerons l'évolution tout à l'heure.

Mais vous savez quelle importance a prise depuis la découverte de Schaudinn l'étude de la syphilis expérimentale. Le sujet est trop complètement et clairement traité dans le livre déjà ancien de Levy-Bing et Laffont, dans le récent Traité de la syphilis de Jeanselme (article de Sézary, Schulmann et Lévy), enfin dans le livre plus récent encore de Gastinel et Pulvenis, pour que je ne me contente pas de vous résumer en quelques phrases ce que tout médecin doit savoir :

1° La syphilis humaine est inoculable avec plus ou moins de facilité à un grand nombre d'animaux ; mais ne sont véritablement sensibles à cette maladie, en dehors de l'homme, que les singes (surtout les singes inférieurs) et le lapin.

2° Chez ces deux espèces on a pu réaliser l'accident initial avec tous ses caractères humains : chez les anthropoïdes et surtout chez les singes inférieurs (macaques), on peut voir apparaître une syphilis secondaire très nette, avec éruption papuleuse généralisée, syphilides palmaires et plantaires, psoriasiformes, hypertrophie ganglionnaire.

3° Ces manifestations sont plus rares chez le lapin, mais ont été constatées. Cet animal constitue actuellement le réactif le plus commun de la syphilis expérimentale ; c'est surtout par inoculation à la cornée ou dans la chambre antérieure de l'œil, par inoculation au scrotum et dans la vaginale, que l'on réalise l'accident initial, après une incubation de durée comparable à celle observée chez l'homme.

4° Ces syphilis expérimentales *ne sont pas des manifestations purement locales* : les hypertrophies ganglionnaires et les autres manifestations à distance le démontrent déjà. Les réinoculations positives faites avec du sang ou des organes en apparence indemnes montrent la généralisation de l'infection.

5° *Le tréponème peut se conserver longuement* dans les organismes atteints, en l'absence de toute lésion apparente et même chez des animaux qui restent, comme les souris, insensibles apparemment aux inoculations ; car les ganglions prélevés sur ces animaux atteints de *syphilis inapparentes*, sont susceptibles d'être réinoculés avec succès et floraison de tréponèmes, à la cornée ou dans la vaginale du lapin.

II. ***Le bacille de Ducrey***, agent de la chancrelle ou chancre mou, ne paraît pas avoir d'équivalent dans la série animale.

Les singes. — Les premiers essais de transmission de la chancrelle à l'animal datent d'Auzias-Turenne, qui en 1844, essayant de reproduire le chancre syphilitique sur des macaques obtint, après *six à huit jours d'incubation, un accident local, susceptible de se reproduire par auto-inoculation* ; il est évident qu'Auzias-Turenne s'était trompé et avait inoculé à ses singes le chancre mou, non le chancre syphilitique. C'est particulièrement sur les paupières, le nez et les oreilles qu'il avait réussi à provoquer des pustules, bientôt recouvertes d'efflorescences croûteuses, qui se laissaient reproduire en série sur le même porteur, mais avec un affaiblissement progressif de la virulence. Un de ses élèves, le médecin allemand R. von Welz, quoique ayant reproduit la même erreur, apporta la meilleure preuve de la transmission au singe, en s'inoculant positivement à lui-même l'accident provoqué chez l'animal.

Krishaber, Fournier et Barthélémy ont été les premiers à réaliser vraiment, en toute connaissance de cause, mais avant l'ère bactériologique, l'inoculation positive de la chancrelle aux singes, la transmission d'animal à animal et l'auto-inoculation de place en place sur un même porteur.

Depuis la découverte du bacille de Ducrey, c'est à Ch. Nicolle que l'on doit d'avoir apporté la preuve bactériologique de la nature spécifique du pus de ces chancres mous obtenus sur le singe (1900).

Peu après Tomaszczewski a réussi les inoculations à partir des cultures pures et réobtenu des cultures pures en partant des lésions réalisées.

Ces résultats ont été confirmés depuis par de nombreux auteurs et plus particulièrement en France par Thibierge, Ravaut et Le Sourd, qui montrèrent que les inoculations à la paupière supérieure sont celles qui donnent les meilleurs résultats.

Neisser et Tomaszczewski, utilisant les singes anthropoïdes montrèrent que *la peau était plus favorable aux inoculations que les muqueuses*, sur lesquelles on n'obtient (surtout à la vulve) que des altérations minimes ou nulles.

Voici comment les phénomènes évoluent :

Après un temps d'incubation de même durée que chez l'homme, apparaît au point d'inoculation une ulcération, qui se caractérise par sa mollesse, ses bords décollés, un fond légèrement saignant et un exsudat très riche en bacilles de Ducrey, mais qui diffère de la chancrelle humaine par la formation de *croûtes* (sauf sur les muqueuses ou demi-muqueuses), *par une faible extension en*

(1) D'une série de conférences de pathologie comparée faites à la Faculté de médecine (cours de pathologie expérimentale et comparée : Professeur FIESSINGER).

surface et en profondeur, enfin par une rapide *évolution spontanée vers la guérison*. C'est comme une miniature d'ulcération, suivant l'expression d'A. Fournier. Enfin, il ne survient pas *d'adénopathie perceptible*.

Thibierge a pu reproduire sur deux singes des chancres mixtes, avec leur double évolution bien caractérisée.

Les phénomènes d'immunité, déjà entrevus par Auzias-Turenne ont été retrouvés dans une expérience unique de Rivallier sur un singe, et par Thibierge, Ravaut et Le Sourd par inoculations répétées à une seule et même place.

Le lapin. — Pour les autres animaux que le singe, la plupart des expérimentateurs sont arrivés à des résultats négatifs. Seul le lapin a permis, comme pour la syphilis, d'obtenir des inoculations positives. Encore cet animal est-il assez réfractaire.

C'est ainsi que si Fontana a obtenu sept résultats positifs sur vingt-cinq par *inoculation à la cornée* (production d'un trouble et de *petites ulcérations* guérissant en quatorze jours, transmissibles d'animal à animal et caractérisées par l'examen microscopique et la réinoculation positive à l'homme) ; Sapupo, ainsi que Ito n'ont dans les mêmes conditions rien obtenu. Par contre Reenstierna, à l'aide de cultures de strepto-bacilles, inoculées au scrotum, chez dix lapins, a obtenu chez quatre de ceux-ci des *pustulettes grosses comme des têtes d'aiguilles*, se desséchant au bout de quelques jours, *sans tendance aucune à l'ulcération* : le strepto bacille était visible sur les coupes et, si les cultures furent négatives, l'inoculation à l'homme fut positive.

Nicolau et Banciu (1) ont pu réaliser sur l'oreille du lapin, par injection sous-cutanée d'un quart de centimètre cube de leurs cultures, et à l'aide d'inoculations répétées ou d'une ligature peu serrée sur la base de l'oreille, un chancre simple expérimental tout à fait comparable à la chancrelle humaine.

III. ***Le gonocoque***, agent de la blennorragie humaine, ne paraît pas avoir d'équivalent chez l'animal. Nous ne connaissons pas d'affection vénérienne comparable à celle qui est si fréquente chez l'homme. La pseudo-blennorragie du chien, dont nous dirons un mot tout à l'heure, n'est pas une uréthrite ; elle ne paraît pas être transmissible par le coït. Elle est considérée par les vétérinaires comme une infection banale.

Bien que Hewes, Colombini disent avoir réussi à infecter avec le gonocoque la muqueuse génitale de la chienne et de la lapine, il s'agit là de faits exceptionnels à vérifier et qui n'infirment pas l'absence d'affinité du gonocoque pour les MUQUEUSES animales. Il faut cependant signaler les essais intéressants de Borjn et Serisorin, qui auraient observé une infection génitale gonococcique par le coït chez des lapins sensibilisés génitalement par des instillations de bile de bœuf ; et par Ossipora et Uchin, qui par un seul passage au lapin ont obtenu une augmentation de virulence telle que l'inoculation à l'urèthre d'autres animaux, sans sensibilisation biliaire préalable, provoquait le développement d'une uréthrite gonorrhéique ; ces deux derniers auteurs auraient aussi observé dans deux cas une infection gonorrhéique des mâles par saillie d'une femelle malade.

C'est sur la CONJONCTIVE qu'ont porté plus particulièrement les essais de transmission de la blennorragie et Korobkov est un des premiers à avoir provoqué une conjonctivite à gonocoques chez de jeunes lapins et cobayes, à la suite d'une sensibilisation obtenue par instillations préalables de bile de bœuf.

Les résultats sont plus constants si l'on abaisse la température des animaux par rasage du dos et des flancs et séjour dans une chambre froide (Alissoff et Faibitsch, Schereschewsky). Ce sont les jeunes qui paraissent plus réceptifs ; cependant Kalinin et Fahlberg disent avoir réalisé une blennorragie typique de l'œil chez des lapins adultes, tandis que l'infection de l'urèthre et du vagin restait sans suite. Il est probable que les auteurs arrivés à des résultats positifs possédaient une souche de gonocoques particulièrement virulente, car, par les mêmes méthodes que ci-dessus, d'autres auteurs (Partsch et Nagell, Schrader, Retzlaff) sont arrivés à des résultats complètement négatifs.

Retzlaff (1) a noté l'importance de la preuve culturelle, dans l'interprétation du caractère positif des recherches antérieures, l'examen microscopique ne suffisant pas à caractériser les diplocoques gram-négatifs trouvés dans les exsudats. Dans ces conditions, il n'a pu confirmer les résultats positifs signalés ci-dessus.

Cohn (2) *n'a pas davantage réussi à fixer le gonocoque sur les muqueuses ou la conjonctive, après traitement par la bile concentrée ou par une solution de nitrate d'argent de 1 à 3 %*. Il fait d'ailleurs remarquer que les muqueuses du lapin supportent sans réaction appréciable ces solutions de nitrate d'argent.

Même sur les muqueuses du pénis et du vagin irritées par des injections de moutarde, nulle fixation du gonocoque ne put être réalisée.

En 1913 Debré et Paraf ont injecté de grandes quantités de gonocoques dans la CHAMBRE ANTÉRIEURE DE L'ŒIL du lapin et créé ainsi une panophtalmie purulente, que Mesinescu et Holban attribuèrent à une action toxique, n'ayant jamais pu pour leur part obtenir de cultures de gonocoques avec le pus de cette ophtalmie, alors que la même maladie pouvait être réalisée par l'injection de gonocoques tués.

Alfred Cohn a repris ces expériences, étudié la survie du gonocoque dans la chambre antérieure (il a pu en retrouver par les cultures de treize à vingt-huit jours après l'inoculation) et en a conclu que l'ophtalmie expérimentale à gonocoques était certaine et que le lapin pouvait devenir un excellent réactif pour l'étude de la blennorragie. Schereschewsky parle dans le même sens (3).

On a essayé vainement (Partsch et Nagell) de réaliser les *localisations articulaires* chez des chiens par traumatisme préalable de l'articulation. Debré et Paraf, qui ont étudié les diverses voies d'inoculation du gonocoque n'ont obtenu ainsi qu'une réaction inflammatoire banale. *L'injection intra-pleurale* détermine chez le lapin une pleurésie mortelle à gonocoques. Les mêmes auteurs ont enfin réalisé *chez le singe par injection intra-rachidienne* une méningite suppurée mortelle, avec liquide céphalo-rachidien purulent et rempli de gonocoques.

IV. ***Le virus de la poradénite*** ou maladie de Nicolas-Favre, encore inconnu, paraît appartenir à la série des virus filtrants ; le pus ganglionnaire, les ganglions atteints de l'homme, les lésions ganglionnaires expérimentales obtenues chez l'animal renferment en effet un virus, transmissible en série et qui doit être considéré comme la cause de la maladie (1).

Les premiers résultats positifs d'inoculation à l'animal ont été publiés en 1924 par Ravaut, Boulin et Rabaut et portaient sur LE COBAYE ; ils ont été confirmés depuis par nombre d'auteurs : on peut donc réaliser chez le cobaye, par injection sous-cutanée de pus ganglionnaire de l'homme, des adénopathies inguinales qui, il est vrai, ne suppurent jamais et guérissent spontanément après quel-

(1) NICOLAU et BANCIU. Sur le chancre simple expérimental chez le lapin. Réunion dermatologique de Strasbourg, 26 mai 1928. *Bull. de la Soc. fr. de Dermatologie*, juillet 1928.

(1) RETZLAFF. *Zentralbl. f. Bacteriol. Abt*, 1, T. 113, 8 juillet 1929 p. 130, 132.

(2) Alfred COHN. Verimpfing von gonokokken auf kaninchon. *Dermat. Zeitsch.*, 1931, T. 60, p. 35.

(3) SCHERESCHEWSKY. Experimentelle Kaninchen Blennorrhoë. *Arch. f. Dermat. u. syphiligr.*, 1930, T. CLX, p. 299.

(4) Voir RAVAUT. Étude biologique de la maladie de Nicolas-Favre. *Archives dermato-syphiligraphiques de la Clinique de Saint-Louis*, juin 1933.

ques semaines, mais qui contiennent le virus de la maladie transmissible au cobaye et au singe. Le lapin paraît peu réceptif.

Le singe par contre est l'animal de choix pour l'étude expérimentale du virus poradénique. Hellerström et Wassen l'ont démontré au Congrès international de dermatologie de Copenhague en 1930 : ils ont constaté que si l'on inocule par *voie intracérébrale*, à des macacus rhesus et cynomolgus, du suc de ganglions poradénitiques, le simiens présentent, après une *incubation de six à douze jours*, de la *somnolence*, de l'*asthénie* et, dans certains cas, des *troubles méningitiques* accompagnés de *convulsions*. La mort survient après un délai qui peut aller jusqu'à vingt sept jours ; mais quelques animaux survivent et le virus peut être entretenu par passages cérébraux. Les auteurs suédois ont démontré la spécificité de la maladie ainsi communiquée au singe :

1° Par le fait que l'inoculation intrapréputiale de cerveau virulent à un singe détermine chez lui une adénite satellite présentant les mêmes caractères histo-pathologiques que la maladie humaine ;

2° Par le fait que chez l'homme atteint de maladie de Nicolas-Favre, la réaction de Frei se montre très positive avec l'antigène préparé avec les centres nerveux, le liquide céphalo-rachidien et les ganglions des simiens infectés.

Ces belles recherches ont été reprises, confirmées et complétées par celles de Levaditi, Ravaut, Lépine et Mlle Schoen (*Annales de l'Institut Pasteur*, janvier 1932). L'espèce la plus sensible paraît être le *Cynocephalus babuin* ; la maladie débute huit à dix jours après l'inoculation ; dans les cas mortels elle dure de vingt jours à quatre à cinq semaines.

Le tableau clinique de la maladie est dominé par des symptômes d'irritation intense des méninges cérébro-médullaires (*raideur de la nuque, opisthotonos*), et surtout par des *crises épileptiformes* avec salivation et troubles oculaires.

Par ailleurs on note fréquemment des *parésies* ou des paralysies, ainsi que du tremblement et de l'*incoordination* motrice.

La mort survient par extension progressive des paralysies et coma terminal.

Au cours de l'infection l'examen du liquide céphalo-rachidien révèle une pléiocytose intense, dépassant parfois 300 lymphocytes par millimètre cube.

Par la *voie ganglionnaire*, l'inoculation provoque une adénite locale se propageant à l'autre côté et à d'autres ganglions éloignés, vers le quinzième jour.

Dans le *prépuce*, on fait apparaître, du sixième au quinzième jour, un accident local d'aspect nodulaire, à tendance ulcérative, spontanément résorbable et suivi d'une polyadénite inguinale et axillaire.

Le virus ne reste pas confiné aux points inoculés ou à leur voisinage ; on peut démontrer sa présence dans le sang, le liquide céphalo-rachidien, les viscères et les ganglions.

La souris blanche est, d'après Levaditi, Ravaut et Schœn un excellent réactif pour déceler ou conserver le virus lymphogranulomateux : l'inoculation intra-cérébrale détermine chez cet animal des lésions névraxiques ressemblant à celles constatées chez les simiens. L'encéphale continue à être virulent pendant au moins 108 jours et la transmission de souris à souris est possible par inoculation de cerveau à cerveau.

La maladie expérimentale de la souris ne donne lieu à aucun symptôme visible extérieurement et a tous les caractères d'une *infection inapparente*. Elle prend également parfois ce caractère chez les simiens (Ravaut).

Les autres maladies vénériennes de l'homme ne comprennent guère que les végétations génitales (vulgaires crêtes de coq), petites verrues acuminées sans réaction hyperkératosique et qui sont comme les verrues dues à un virus filtrant transmissible, surtout auto-inoculable. Les papillomes sont très fréquents spontanément chez l'animal, le chien surtout et leurs caractères sont tout à fait comparables à ceux de la pathologie humaine ; cependant l'origine vénérienne n'est pas habituelle. Plus importantes, nous le verrons tout à l'heure, sont les autres tumeurs transmissibles par le coït chez le chien et qui sont de l'ordre des lympho-sarcomes.

Le granulome vénérien est une affection très exceptionnelle dans nos climats et par conséquent assez mal étudiée.

II. Les maladies vénériennes animales

Les contacts vénériens peuvent provoquer chez l'animal l'éclosion de maladies qui n'ont rien de génital, et réciproquement il est des affections génitales qui n'ont ou ne paraissent pas avoir une origine vénérienne.

Ce que l'on appelle bien à tort la fièvre typhoïde du cheval rentre dans le premier groupe ; la fausse blennorragie du chien rentre dans le second.

Je ne vous dirai que quelques mots de ces deux affections.

I. ***La pseudo-fièvre typhoïde du cheval*** n'a rien de commun avec la fièvre typhoïde humaine ni avec le bacille d'Eberth qui cause cette dernière. Elle serait plutôt comparable à la grippe, en raison de sa grande contagiosité, de son allure rapide, de ses complications pulmonaires qui la prolongent et l'aggravent, de sa cause première qui semble être un virus filtrant et dont l'action paraît favoriser l'éclosion de germes moins spécifiques, responsables des complications.

C'est une affection aiguë : de trois à dix jours après l'infection, survient une brusque élévation thermique, à 41, 42°, demeurant en plateau pendant deux ou trois jours et suivie alors d'une chute brusque. Prostration, état typhoïde, stupeur, troubles nerveux accompagnent les phénomènes fébriles ; une teinte jaune rougeâtre, acajou, colore les conjonctives et les muqueuses.

La contagion se fait habituellement par voisinage et en masse, ce qui explique la diffusion rapide de l'épidémie. Mais celle-ci peut naître d'une autre source, par coït entre animaux sains porteurs de germes. On cite dans tous les ouvrages l'exemple d'un étalon fameux, qui transmit pendant six ans cette pseudo-typho-grippe à toutes les juments qui lui furent présentées. Car les animaux guéris conservent vivant le germe dans les humeurs et réservoirs organiques et sont susceptibles de transmettre encore, après deux ans même, la maladie par le coït. La virulence du sperme a été démontrée par Bergman (de Stockholm) chez un étalon, qui avait contaminé un grand nombre de juments au cours de six années consécutives (1). Le fait a été confirmé par les expériences de Bemelmans avec un autre étalon « Demi-Monde » acheté à Neuilly vers 1906 et dont les saillies furent particulièrement malfaisantes.

En pathologie humaine nous ne pensons peut-être pas assez à cette origine vénérienne possible de certaines affections n'ayant rien de génital au point de vue clinique. La question discutée du diabète conjugal, assez fréquemment observé, est une de celles qui nous remonte à la pensée, à l'occasion de ces observations de pathologie animale.

II. ***La pseudo-blennorragie du chien*** ne paraît pas avoir une origine vénérienne ; mais c'est une maladie génitale dont la ressemblance grossière avec la blennorragie humaine est frappante, car il s'agit d'une suppuration en goutte faisant issue à l'orifice préputial. L'urèthre ne paraît pas être atteint bien qu'il soit assez difficile souvent de s'en rendre compte. La suppuration provient

(1) L. Panisset. — Etiologie de la fièvre typhoïde du cheval. *Rev. gén. de Méd. vétérin.*, 1er décembre 1913.



d'une irritation légère de la muqueuse balano-préputiale. L'affection paraît indéfinie.

Dans le milieu vétérinaire, dont j'ai maintes fois exploré l'opinion, on considère cela comme tout à fait banal, tant la chose est fréquente ; un éminent professeur d'Alfort a même prononcé devant moi l'expression de « quasi-physiologique » pour désigner cet écoulement. Il n'existe dans les traités aucun chapitre sur ce petit mal en dehors d'une courte étude de Cadiot (1).

Tous les chiens cependant ne sont pas atteints pour une même race, si certaines races semblent plus particulièrement prédisposées (celles des bulles par exemple); d'autres sont rarement atteintes, si elles le sont Donc, déjà, au point de vue zootechnique il y aurait intérêt à établir une statistique.

Quant à considérer le fait comme physiologique, mon âme de médecin s'y oppose. Le chien urine, dit-on, dans son fourreau et ceci expliquerait cela. Argument bien faible ; car d'abord ce n'est pas très exact ; en second lieu c'est bien ce fait d'uriner un peu dans son fourreau qui est physiologique et la nature a dû depuis l'origine donner à la muqueuse préputiale les qualités nécessaires; enfin le chien avant d'uriner dans son fourreau urine dans son urèthre qui ne suppure pas.

Car il s'agit bien d'une suppuration et d'une suppuration abondante, active, avec réaction macrophagique importante (leucocytes inclus dans de grands mononucléaires), comme me l'ont montré de nombreux examens sur lame.

De plus il s'agit, d'après ces examens, non pas d'une infection banale où l'on peut trouver les germes les plus divers, mais d'une infection pauvre en germes ou riches en un fin bacille, un peu polymorphe, long ou court, un peu courbé, très fin, groupé parfois en diplo ou coccobacilles et *gram-négatif*. J'ai rencontré presque constamment ce germe, pur apparemment et je serais heureux qu'un bactériologiste nous éclaire sur sa nature et son pouvoir pathogène.

Je passerai rapidement sur :

L'exanthème coïtal du cheval et du bœuf (Blasschen Auschlag des Allemands. « Eruption de petites bulles. » — On ne trouve guère chez nous de description récente du premier et c'est à la relation faite sous ce nom par Renaud, d'Avallon (rapportée par Mégnin, dans son livre de 1868 sur la Dermatologie hippique) qu'on se reporte toujours à propos de cette dermatose.

Il s'agit d'une éruption localisée à la verge et au gland chez le mâle et à l'entrée et au pourtour de la vulve chez la femelle, éruption précédée de *tuméfaction* et caractérisée par des pustules qui se crèvent et se cicatrisent en laissant une tache blanche.

La durée de cette affection est de vingt jours à un mois ; elle se transmet par le coït, mais est toujours bénigne.

Nous avons de fortes raisons de croire, écrit Mégnin, qu'on n'a eu affaire qu'à une variété de horse pox.

La même maladie a été décrite et étudiée notamment par l'école allemande chez le bœuf (*Exanthema pustulosum coïtale*) plus récemment (2) et on l'attribue chez cet animal à un virus filtrant résistant à l'action de la glycérine, et dont l'atteinte, même répétée, *ne conférerait pas l'immunité*; ce qui ne se concilie pas avec l'hypothèse d'un horse-pox ou d'une variole animale. Les manifestations cliniques sont faciles à reconnaître au stade bulleux en raison de la petitesse des bulles et de leur couleur jaune blanchâtre caractéristique. On confond souvent l'exanthème pustuleux avec la vaginite infectieuse nodulaire, « AUSTECKEND SCHEIDENKATARRH » (Catarrhe contagieux du vagin). La confusion n'est possible que temporairement, si les pustules sont crevées et seulement au cas où l'inflammation de la muqueuse vaginale s'accompagne de suppuration.

Il semble qu'on ait tendance à attribuer à un virus très analogue à celui des varioles l'echtyma contagieux du mouton, qui paraît bien être la même maladie que celle-ci :

La necro-bacillose du mouton. — Maladie ulcéreuse des lèvres et des pattes, Lip and Leg ulceration des anglo-saxons. Maladie de bouche, aphte maligne, echtyma contagieux...) n'a d'intérêt pour nous dans ce chapitre que parce qu'on en a décrit une *forme vénérienne.*

Alors que la localisation habituelle est sur les lèvres et autour, sur le nez, les joues, les gencives ; dans la forme vénérienne les organes génitaux se trouvent atteints, soit isolément, soit en même temps que les régions ci dessus.

La copulation est accusée de transmettre le mal, mais elle n'est pas obligatoire et la contagion génitale peut aussi bien se faire par les sols et litières infectés.

Chez les mâles, le fourreau est plus souvent atteint que le pénis, qui est habituellement respecté. Le début se fait par un ou plusieurs points, petits, pustuleux, de couleur jaune pâle, situés dans les plis du fourreau, à la limite de la peau et de la muqueuse, sur le rebord préputial dirions-nous chez l'homme.

Très rapidement il se forme en chacun de ces points un ulcère, qui s'étend en surface sur la peau, rarement en profondeur. Ce ou ces ulcères s'étendent ou se réunissent pour ne former qu'une seule ulcération à la surface du fourreau.

Chez les brebis, les lésions siègent sur les lèvres de la vulve, la face inférieure de la queue et le périnée.

La mort survient souvent dans les formes très virulentes.

On attribue ce mal au bacille de la nécrose (B. necrophorus), bacille de Lœffler-Bang ; mais la tendance, dans ces dernières années est de n'attribuer à ce bacille qu'un rôle de germe surajouté, venant joindre ses effets à ceux d'un virus filtrant responsable, spécifiquement, de l'éclosion du mal.

Il y a ainsi quelque analogie sans doute entre ces formes génitales de l'echtyma contagieux et certains phagédénismes et gangrènes des organes génitaux chez l'homme. Je fais remarquer que celles-ci, d'après Milian seraient spécifiquement dues à un bacille spécial, B. gangrenæ cutis, bacille de Dureuil, cocco bacille gram-négatif, ressemblant au bacille de Ducrey et aérobie, poussant rapidement sur les milieux usuels. Le bacille de Bang est gram-négatif, mais il est anaérobie et d'aspect filiforme ; il pousse difficilement d'abord et c'est par l'inoculation au lapin qu'on parvient généralement à l'isoler. Il peut se présenter cependant sous une forme nettement bacillaire et coccoïde.

Toutes les affections ci dessus sont assez mal connues et les rapports vénériens n'en sont pas la cause la plus fréquente.

Les quatre maladies que voici méritent vraiment l'épithète de *vénériennes*, car la saillie en constitue le facteur important et pour deux d'entre elles au moins le facteur unique de contagion :

La blennorrhée nodulaire des Bovins

Je propose de désigner sous ce nom l'affection connue sous ceux de *vaginite nodulaire contagieuse* ou de *vaginite granuleuse* contagieuse des vaches, *vaginite contagieuses des bovidés, acrobustite nodulaire du taureau* (Nencioni), Ansteckend Scheidenkatarrh des Allemands (1).

(1) P. J. CADIOT, — Etude de Pathologie et de Clinique. Paris 1899. Asselin et Houzeau édit. p. 71-75.

(2) J. WITTE. — Untersuchungen über den Bläschen Ausschlag. (Exanthema pustulosum coïtale) des Rindes u. Zeitsch. f. Infektions Krank der Haustiere, t. XLIV, 31 mai 1933, p. 163-191.

(1) V.-A. LEFÈVRE. — La vaginite granuleuse des bovidés. *Annales de Méd. vétérin.*, avril 1924.

Très répandue chez les bovins, peu décrite chez les autres espèces, c'est une maladie spécifique, attribuée par la plupart des auteurs au streptococcus vaginalis de Hecker-Ostertag et qui n'est pas sans avoir quelques analogies avec la blennorragie humaine.

Symptomatologie générale.— Chez la vache où l'affection a été plus particulièrement étudiée, les premiers troubles surviennent dès le deuxième ou le troisième jour après la contamination (durée d'incubation sensiblement égale à celle de la blennorragie).

PÉRIODE AIGUË. La vulve devient prurigineuse, rouge, chaude, tuméfiée. La muqueuse vaginale (qui est élastique et molle chez les bêtes saines, luisante et blanche ou blanc rosé chez les bêtes âgées) prend une coloration rouge vif, se tuméfie et se plisse au niveau du vestibule. Prurit. Engorgement des lèvres vulvaires. Dysurie avec mictions fréquentes, saccadées. La *miction devient difficile*, ce qui montre l'atteinte au moins du méat urinaire. Un exsudat d'abord clair, aqueux, puis rapidement muco-purulent, filamenteux, de couleur gris-blanchâtre, crémeux ou floconneux, s'écoule des parties malades, qui sont parsemées de nombreux nodules, durs, luisants, rouge foncé, du diamètre d'un grain de mil à celui d'un grain de chènevis et couvrant surtout la partie inférieure du vestibule vaginal, dans le voisinage du clitoris. Ces nodules, caractéristiques, représentent des follicules lymphatiques turgescents. Ils sont douloureux et l'examen au spéculum est difficile en raison de la défense opposée par l'animal. Il permet d'apercevoir parfois le col de l'utérus littéralement enduit d'une couche épaisse de pus blanc ; l'orifice du col donne issue lui-même à du pus et la *métrite* paraît indubitable ; elle doit se limiter au col, car le toucher rectal ne révèle qu'une tuméfaction légère de l'organe ; la métrite d'ailleurs est inconstante. L'écoulement est toujours sans odeur.

Après trois ou quatre semaines, les accidents aigus s'atténuent ; les nodules pâlissent, deviennent rouge clair ou jaune, vitreux et transparents, mais ils ne disparaissent pas. La maladie passe à l'état chronique et persiste pendant des mois.

Dans cette PÉRIODE CHRONIQUE, l'affection paraît se localiser à la région vulvaire ; c'est une vulvite seulement sans métrite et sans vaginite : les sécrétions utérine et vaginale apparaissent normales. Seule la vulve est souillée par un exsudat muco-purulent qui agglutine les poils de la commissure inférieure. Les granulations caractéristiques y persistent avec une couleur variant du jaune orangé au gris terne et une dureté donnant au doigt l'impression de petits grains scléreux. Ils sont presque l'unique symptôme de cette période.

Mais s'il n'existe plus d'inflammation du vagin et de l'utérus, pas une vache, d'après Lamy (1) n'aurait des ovaires normaux (faux corps jaunes, persistants, kystes).

On a accusé la vaginite contagieuse de provoquer l'infécondité des bêtes (dans 25 et 50 % des cas) et de déterminer l'avortement (dans 60 % des cas) à toutes les périodes de la gestation, alors que l'avortement dû au bacille de Bang se produit vers le sixième ou le septième mois (2). C'est cependant à la coexistence de ce dernier bacille que beaucoup d'auteurs récents attribuent la plupart des cas d'avortement observés au cours de la vaginite contagieuse.

Chez le TAUREAU, l'examen est plus difficile ; mais un signe qui impose cet examen minutieux du pénis c'est l'écoulement, très peu abondant il est vrai, mais qui dénote l'existence d'une *uréthrite*. Les signes essentiels sont, comme chez la femelle, représentés par les petites *nodosités*, formant parfois sur la muqueuse du prépuce, par confluence, un tapis granuleux.

(1) LAMY. — Contribution à l'étude de la vaginite granuleuse. *Bull. de l'Acad. vétérin.*, mars 1933.

(2) GASPER. La vaginite contagieuse et ses rapports avec la stérilité et l'avortement. *Tierärztliche Zentralblatt*, 20 août 1907, p. 393-397.

Ræbiger (1) a signalé à la période de début, quelques jours après la saillie, d'*orchites* tout à fait comparables à l'orchite blennorragique. Le testicule augmente de volume, atteint jusqu'à celui d'une tête d'enfant ; la température s'élève fortement ; le pouls s'accélère vivement (jusqu'à 140 à la minute). Le cordon est tuméfié et toute la région est extrêmement douloureuse à la palpation.

Histologiquement il semble qu'on ait surtout étudié les nodules à la phase chronique de la maladie. Il est admis qu'ils sont constitués par l'hypertrophie des follicules lymphatiques normaux existant dans le derme sous-épidermique de la muqueuse vaginale dans la région vestibulaire ; il y a là en réalité normalement un tissu réticulé lymphocytaire assez diffusément réparti ; les nodules constituent de véritables agglomérats lymphoïdes développés dans ce tissu et faisant saillie sous l'épithélium généralement intact.

Il serait intéressant de connaître les lésions au stade aigu de l'affection.

L'étiologie de la vaginite contagieuse est, malgré de nombreux travaux, encore mal établie ; en particulier le rôle du streptocoque de Ostertag n'est pas admis par tous ; il se pourrait qu'il ne soit qu'un agent d'infection associée. Ispolatow (2), sur 900 vaches atteintes de vaginite contagieuse, n'a jamais pu révéler la présence du streptococcus d'Ostertag ou du microbe plus récemment incriminé par Jones et Little ; d'après lui les germes le plus fréquemment rencontrés sont des diplocoques, qui joueraient un rôle secondaire dans le développement des nodules peut-être ; mais l'agent initial de la maladie serait à découvrir.

L'origine vénérienne seule ne fait pas de doute : le taureau s'infecte par accouplement avec une vache malade et contamine ensuite toutes les femelles qui lui sont données. Cependant, comme pour les maladies vénériennes de l'homme, l'infection peut se produire en dehors du coït. Dans une intéressante thèse (3), E. Caillot énumère ainsi les causes de contagion médiate :

Contact direct avec la litière souillée ;
Les mains souillées du personnel ;
L'ingestion de litière.

Cette dernière cause lui apparaît la plus redoutable, parce qu'elle est difficile à dépister et par suite à combattre. « Comme pour le bacille de Bang l'ingestion du streptocoque de Heckel-Ostertag par l'intermédiaire des fourrages et des litières souillées, reproduit à coup sur la vaginite contagieuse : ce qui explique l'infection des veaux à la mamelle par les trayons contaminés et permet d'interpréter l'opinion de Williams déniant toute valeur clinique aux granulations vaginales caractéristiques, sous le prétexte qu'on retrouve ces dernières sur toutes les vêles des étables contaminées, dès l'âge de quatre semaines. Caillot a vérifié expérimentalement cette contagion par ingestion.

Il est intéressant de remarquer que le traitement de la vaginite contagieuse permet quelque comparaison avec la blennorragie. D'après Caillot, en effet, la forme aiguë est facile à guérir par des injections de permanganate de K faite deux fois par jour, l'emploi de diurétiques et l'application nocturne dans le vagin de bougies à l'ichtyol. La forme chronique est justiciable des solutions de sulfate de zinc ou du crayon de nitrate d'argent.

La guérison ne confère pas l'immunité et les animaux peuvent rester porteurs ds germes et par suite contagieux.

(1) RÆBIGER. Orchite chez trois taureaux, causée par le microbe de la vaginite infectieuse. Berlin. *Tierärztliche Wochenschrift*, 11 avril 1907, p. 254.

(2) ISPOLATOW. Sur la question de la vaginite contagieuse des bovins. *Zeitsch. f. Infektions Krankheiten der Haustiere*, t. XXXVI, 24 juin 1929, p. 30-43.

(3) CAILLIOT. Mémoire sur la lutte contre la vaginite contagieuse des bovidés par les syndicats d'élevage. *In Bull.* de l'Académie vétérinaire, 1935.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique d'anesthésie chirurgicale, par J. MAISONNET. Un vol. in-8° de 220 pages avec 93 figures dans le texte, 28 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe).

Au moment où le grave problème de l'anesthésie est à nouveau à l'étude à l'époque où, à juste titre, les chirurgiens réclament l'existence d'anesthésistes avertis, le Prof. Maisonnet publie un excellent « Manuel pratique d'anesthésie chirurgicale » qui rendra les plus grands services, non seulement à ceux qui ont la lourde mission de pratiquer une anesthésie, mais encore à ceux qui la subissent.

Sans rien négliger des progrès réalisés dans le domaine de la physiologie ou dans le mode d'administration des anesthésiques, tels que l'anesthésie de base, le carbogène, etc., le Prof. Maisonnet envisage successivement : les anesthésies générales avec leurs différentes variétés, les anesthésies locales et régionales, les anesthésies rachidienne et épidurale, l'anesthésie en spécialités (obstétrique, urologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie).

Après avoir signalé les méthodes et les procédés encore à l'étude, il décrit avec minutie, pour chacun des procédés d'anesthésie, les indications les produits utilisés leurs effets, leur mode d'administration, en faisant une large part aux accidents qu'ils peuvent provoquer et aux moyens de les éviter ou de les traiter.

De très nombreuses figures facilitent la description des appareils utilisables, ou précisent la technique des différentes anesthésies.

Le lecteur appréciera la clarté et la méthode de ce livre, très documenté. Tous ceux qui sont appelés à donner une anesthésie, médecins, étudiants, infirmières, trouveront dans ce manuel, non seulement les indications et la technique détaillée de chacun des procédés d'anesthésie, mais encore les notions qui, grâce aux progrès réalisés, permettent, pour le plus grand bien des malades, de diminuer les risques de la narcose.

A ce titre, le livre du Professeur Maisonnet est appelé à un légitime succès.

Phénomènes colloïdaux, par René DUBRISAY. Un vol in-16, 27 figures (Collection Armand Colin, 103, boulvard Saint-Michel, Paris (Ve). Broché :10 fr. 50.

M. René DUBRISAY n'étudie pas seulement les propriétés des solutions colloïdales et des gels qui peuvent résulter du passage de ces solutions à l'état solide : il expose également les particularités qui se manifestent à la surface de séparation de deux phases : liquide et gaz, liquide et liquide, solide et gaz, solide et liquide. Ceci le conduit à étudier les phénomènes physico-chimiques qui présentent un haut intérêt au point de vue de la science pure aussi bien que dans les applications. Mentionnons en particulier la tension superficielle des solutions avec ses applications aux émulsions ; la condensation des gaz par les solides poreux ou pulvérulents qui intervient aussi bien dans la catalyse hétérogène que dans la récupération des solvants volatifs et la construction des appareils filtrants contre les gaz toxiques ; la fixation ou adsorption par les solides des substances dissoutes (application à l'analyse chimique, à la teinture, à la filtration ou à la décoloration des solutions, à la fixation des engrais par le sol, etc.). Pour ce qui est des colloïdes proprement dits, l'auteur a développé plus qu'il n'est fait d'ordinaire l'étude de la structure des gels et les applications à cette étude des procédés de la physique moderne.

Professeur de chimie générale au Conservatoire des Arts et Métiers. M. Dubrisay joint à une longue pratique de l'exposé des questions scientifiques une compétence particulière en la matière. Il a en effet, dans le domaine de l'application des mesures de tension superficielle à l'analyse chimique et des phénomènes d'adsorption, poursuivi des recherches qui font autorité. Son livre constitue un précis indispensable qui n'existait pas encore dans la littérature scientifique française.

L'album de la femme, par le Docteur Ch. FOUQUÉ et G.-L. ARLAUD. Editions G.-F. Arlaud, 3, place Meissonier, Lyon (Rhône).

La morphologie esthétique de la femme d'après l'étude du nu...

Les divers types féminins, leur classification d'après l'âge, la race, d'après l'anatomie et la physiologie.

Le canon de la beauté...

Comment, grâce à la culture physique et à l'endocrinologie, on peut sculpter un corps de femme...

Considérations physiologiques et philosophiques sur l'esthétique de la femme.

Illustrations : quatre-vingt-dix études de nu, dont beaucoup en pleines pages, vous mettront sous les yeux, dans les positions les plus harmonieuses, ces types que le texte vous décrit.

Œuvre non encore réalisée et vivante due à la collaboration d'un médecin très spécialisé et d'un grand artiste.

Splendide ouvrage de luxe (format 24 × 32) qui fera la joie des esthètes et des bibliophiles.

Prix : 150 francs. Prix de faveur pour les souscripteurs jusqu'à la parution du livre : 100 francs. Les 500 premiers volumes seront numérotés et porteront la signature des deux auteurs.

La chèvre et ses produits, par Mme Jenny NATTAN. Un vol. de 254 pages, 52 figures. Prix : 12 francs. Librairie Agricole et Horticole de la Maison Rustique, 26, rue Jacob, Paris (VIe).

Son livre est vécu, en plus des principes généraux d'élevage et d'utilisation exposés, il donne force tours de main, quantité de petits trucs. Relevons parmi les principaux chapitres ceux qui ont trait aux races et aux types, au logement, à la manière d'acheter une chèvre, à l'alimentation. Ce livre foisonne de renseignements d'ordre pratique notamment sur la gestation et la mise bas, sur la traite, sur l'utilisation du lait et sur les maladies dont l'exposé a pris un développement important. Il rendra bien des services ; il intéressera les professionnels et charmera les amateurs.

Williams a signalé *la vaginite contagieuse chez les ovins*. D'après Payard, qui l'a étudiée récemment, ce paraît être une maladie bénigne, passant facilement inaperçue ; les symptômes et lésions sont cependant identiques dans les deux espèces et la maladie doit avoir la même origine, les ovins étant plus ou moins en contact avec les bovins (1).

La syphilis spontanée du lapin

Est une maladie vénérienne des lièvres et des lapins, qui a déjà fait l'objet (surtout depuis que le lapin est devenu un test d'inoculation de la syphilis humaine) de nombreuses recherches, dont la plupart ont établi, à la suite surtout des travaux de Jacobstahl, que la syphilis spontanée du lapin et la syphilis humaine n'ont entre elles aucun rapport. Ce serait à revoir.

Le Tr. Cuniculi, qui cause la première, est cependant identique au Tr. de Schaudinn morphologiquement ; peut-être est-il un peu plus long, mais ses affinités tinctoriales, sa mobilité sont les mêmes. Cela ne signifie certes pas que les deux micro-organismes puissent être considérés comme n'en faisant qu'un, mais ils sont plus proches parents que ne le sont les bacilles de Koch et de Hansen.

Dès lors analysons, comparons les symptômes des deux tréponémoses et voyons s'ils sont aussi différents que ceux de de la tuberculose de Koch et de la maladie de Hansen.

Evolution et symptomatologie comparées. — L'infection naturelle par Tr. Cuniculi a lieu pendant l'accouplement. Après une période d'*incubation* de 61 à 123 jours (20 à 72 jours après l'inoculation expérimentale par friction de la muqueuse génitale avec le matériel infectant) on voit apparaître une sécrétion liquide entre le pénis et le prépuce, liée à une congestion, une *tuméfaction* des muqueuses ; au bout de deux ou trois semaines la sécrétion devient muco-purulente et l'on trouve sur le prépuce ou le vagin de *petites ulcérations* des dimensions d'un grain de mil. Puis, tandis que la tuméfaction et la congestion persistent, les ulcères se dessèchent peu à peu et forment de petites pellicules, desquamant facilement.

Mais l'affection ne se localise pas à l'appareil génital. Ultérieurement elle se généralise par la formation de petites *papules squameuses* à la face, surtout autour des yeux et de la bouche, ainsi qu'autour de l'anus. Ces élevures ont le volume d'une lentille ; elles deviennent confluentes, s'ulcèrent et sécrètent une sérosité renfermant de nombreux spirochètes.

Des infections secondaires se font au niveau des foyers ulcérés, qui suppurent et les animaux maigrissent, se cachectisent et meurent au bout de douze à dix-huit mois, sans lésions organiques bien déterminées. Ainsi, malgré la généralisation en diverses zones cutanées de l'affection, celle-ci demeure-t-elle, en apparence tout au moins, une simple dermatose. Il ne faut cependant pas conclure trop vite sur ce point, car la tréponémose spontanée évolue comme une syphilis humaine schématique, passant insensiblement et même plutôt rapidement de l'accident initial vénérien à l'efflorescence papuleuse secondaire, puis sur celle-ci et autour d'elle, à l'ulcération molle, que l'on pourrait considérer comme l'équivalent des gommes de la période tertiaire ; d'autre part, bien intéressantes sont les expériences de Bessemans et Van Canneyt (2) qui, par inoculation de fragments ganglionnaires inguinaux et même poplités provenant de lapins atteints par Tr. Cuniculi ont pu reproduire des *blépharites et des orchites transmissibles*, toutes indubitablement dues à ce tréponème et bien que l'ultra-microscope n'en ait pas révélé dans les ganglions utilisés.

« La tréponémose spontanée du lapin est donc, disent ces auteurs, tout comme la syphilis expérimentale, susceptible de produire des généralisations certaines, au cours desquelles l'agent causal semble subir des métamorphoses parfaitement comparables à celles du Tr. Pallidum. »

Expérimentalement les mêmes auteurs ont réussi à inoculer Tr. Cuniculi (à partir d'une lésion naturelle ou d'une hyperplasie d'inoculation) dans le testicule de lapins neufs et à provoquer des *orchites* et des *vaginalites transmissibles* en série, qui débutent après une incubation de 37 à 65 jours et guérissent assez rapidement sans laisser de traces apparentes (1).

Avec le matériel provenant de ces lésions testiculaires, ils ont réalisé des kératites et diverses lésions oculaires et palpébrales, en particulier les papulo-squames palpébrales à tréponèmes, caractéristiques de la tréponémose spontanée (2).

Il n'y a donc pas de différence essentielle entre les deux réalisations expérimentales sur le lapin de la tréponémose spontanée et de la syphilis humaine, si ce n'est par la nature même des lésions, qui se rapprochent beaucoup de celle-ci, lorsqu'on reproduit par exemple par inoculation au scrotum de lésions syphilitiques humaines un syphilome initial accompagné d'adénopathies, tout à fait comparable au chancre induré.

Les réactions sérologiques comparées de la tréponémose spontanée et de la syphilis expérimentale du lapin sont intéressantes et devaient attirer l'attention des chercheurs.

Or, contrairement à ce que l'on pouvait attendre, les réactions de Bordet-Wassermann type donnent des résultats inconstants et difficiles à interpréter, du fait que des léporidés normaux ont souvent des réactions positives.

Dans la syphilis expérimentale, le Bordet-Wassermann est généralement positif mais de façon inconstante ; dans la tréponémose spontanée, il est généralement négatif. Mais cela, sous toutes réserves.

La *réaction d'opacification de Meinicke*, d'après Mutermilch et Nicolau, serait constamment positive chez les lapins syphilitiques, constamment négative au contraire chez les lapins atteints de tréponémose cuniculi et chez les lapins normaux. Elle constituerait ainsi un excellent moyen de diagnostic des deux tréponémoses.

L'anatomie pathologique comparée montre que les lésions histologiques de la syphilis expérimentale sont à peu près identiques à celles de la syphilis humaine. L'ulcération est profonde ; l'infiltration de plasmazellen, la néoformation conjonctive intense, l'endo et la périartérite s'y reconnaissent aisément.

Dans la tréponémose au contraire, où les ulcérations sont superficielles et ne dépassent pas la partie sous-épidermique du derme, l'altération est du type inflammatoire (infiltration leucocytaire et abcès miliaires avec *peu ou pas d'infiltration péri-vasculaire*). Mais surtout il existe une prolifération intense du tissu épithélial, qui bourgeonne vers la profondeur, ce qui donne aux lésions l'*aspect de végétations papillomateuses*.

Retenons ces faits, que nous retrouverons dans le plan humain. La *distribution topographique des germes* est caractéristique : alors que dans la syphilis, ils prédominent dans le derme, dans la tréponémose ils se groupent, formant un lacis très serré, dans la couche germinative de l'épiderme ; les cellules épithéliales y sont comme enchâssées dans un épais feutrage de parasites. Les spirilles se raréfient vers la surface.

(1) Payard. La vaginite contagieuse granuleuse des ovins. *Rec. de médec. vétérin.*, mars 1935.

(2) A. Bessemans et J. Van Canneyt. Infection spécifique des ganglions inguinaux et poplités chez le lapin atteint d'orchite et de vaginite à Tr. Cuniculi. *C. R. Soc. de Biologie belge*, 26 sept. 1931, p. 441.

(1) A. Bessemans et Van Canneyt. Production nouvelle et directe chez le lapin, à partir d'une vaginite survenue à l'état naturel d'orchites et de vaginites à Tr. Cuniculi, transmissible en série. *C. R. Soc. de Biologie belge*, 26 sept. 1935.

(2) A. Bessemans et J. Van Canneyt. *C. R. Soc. de Biolog.*, 1929, t. 102, p. 951 et 1931, t. 108, p. 440 et Séance du 19 déc. 1931, p. 69.

Cependant les germes sont également très multipliés dans les papilles dermiques, où ils dessinent un réseau, dans les mailles duquel sont enclavées « des cellules rondes, lymphocytes et éléments plasmatiques ». Il n'y a donc pas tellement de différence entre les deux tréponèmes, quant aux réactions qu'ils provoquent. Seul l'envahissement plus marqué de la couche germinative de l'épiderme explique sans doute la prolifération irritative et l'aspect papillomateux qui en résulte.

La thérapeutique efficace dans la syphilis humaine montre la même efficacité, quel que soit l'agent employé, dans les deux tréponémoses du lapin.

On ne peut nier, en définitive, qu'il s'agisse de deux maladies extrêmement voisines, difficiles à différencier, ce qui explique que certains biologistes aient admis et admettent encore leur identité, tout en reconnaissant aux deux races de tréponèmes, à l'origine des inoculations tout au moins, une virulence différente ; celle-ci restant plus atténuée et le demeurant toujours proportionnellement plus, malgré les passages successifs, exaltant l'un et l'autre virus.

Ces questions de virulence suffisent à expliquer que la syphilis expérimentale du lapin soit inoculable à l'homme et aux singe, alors que la tréponémose spontanée ne l'est pas (1) ; mais sur ce chapitre tout n'est peut-être pas encore écrit.

La dourine

Maladie propre aux équidés et exclusivement transmise par le coït, la dourine a toujours été comparée à la syphilis humaine et on la connaît toujours encore sous le nom de syphilis du cheval. Je ne vous en ai cependant parlé qu'incidemment dans ma leçon sur les syphiloïdes, car, étudiant en médecin et en syphiligraphe les maladies animales, il m'est apparu, contrairement à ce qui est enseigné en général dans le milieu vétérinaire, qu'entre la dourine et la syphilis il n'y avait que des dissemblances.

Le seul point commun est qu'il s'agit d'une maladie vénérienne et que les premiers accidents débutent dans la zone génitale, ceci étant évidemment la conséquence de cela.

L'agent causal trypanosoma équiperdum est extrêmement facile à différencier du tréponème. Bien que Schaudinn ait vu quelque analogie entre les deux espèces, il n'en demeure pas moins que le dernier est un simple filament chromatique spiralé, tandis que l'autre est une véritable cellule, de morphologie très différente.

D'ailleurs la question de savoir si les tréponèmes ou spirochètes sont des bactériacées végétales ou des protozoaires animaux n'est pas encore résolue.

Comparons maintenant les deux maladies.

L'évolution d'abord. La division classique en trois périodes de la dourine est un des principaux éléments de comparaison avec la syphilis. Il y a là cependant moins d'analogies que de différences :

L'évolution de la dourine se fait sur une *durée de deux à dix mois*, rarement davantage et les phénomènes se succèdent avec une régularité à peu près fatale :

P. Primaire. Après une *incubation de cinq à six jours pour la femelle*, de onze à vingt jours pour le mâle, on voit apparaître chez celui-ci pris comme exemple, une *tuméfaction douloureuse* des organes génitaux et des parties voisines (partie déclive du fourreau, testicules, paroi abdominale inférieure). Légère infiltration ganglionnaire.

Après trois ou quatre semaines les symptômes aigus s'amendent ; l'œdème, plus dense devient indolore ; un *bourrelet* volumineux, dur, tendu, persiste dans la région correspondant au sillon balano-préputial. Pas d'ulcération ou ulcération sans aucun caractère.

(1) Levaditi, A. Marie et S. Nicolau. Non virulence pour l'homme du spirochète de la spirillose spontanée du lapin, *C. R. Soc. de Biol.*, 11 juin 1921.

L'animal maigrit progressivement, est facilement essoufflé et ses reins sont sensibles.

P. Secondaire. Quarante à cinquante jours après le coït infectant.

Les *phénomènes généraux* s'aggravent, en particulier des troubles parétiques font leur apparition (paralysies transitoires ou persistantes de l'oreille, des lèvres, de l'œil, du train postérieur).

Une *éruption* cutanée survient, le plus souvent en arrière des épaules, sur les côtes, la croupe, les flancs : il s'agit de plaques rondes, saillantes, œdémateuses, non inflammatoires (ni chaudes, ni douloureuses), des dimensions d'une pièce de deux francs à celle d'une paume de main ; leur apparition se fait irrégulièrement par poussées ; leur évolution est rapide, elles peuvent disparaître dans les vingt-quatre heures ou persister cinq à huit jours, sans changer de caractères, pour s'effacer, sans laisser de traces, en quelques heures. Ces plaques ou « douros » sont les seuls symptômes caractéristiques de la dourine. Souvent elles sont précédées d'une éruption fugace d'éléments assez comparables à ceux de l'urticaire.

Les *ganglions* lymphatiques sont engorgés, volumineux, mous, indolores. Toutes les régions lymphatiques sont prises et l'atteinte des zones cervicale et médiastine explique sans doute les phénomènes de catarrhe bronchique et la toux sèche et quinteuse observée chez certains malades.

La fièvre, la faiblesse et l'amaigrissement s'accentuent.

P. Tertiaire. Les troubles paralytiques se précisent ; la paraplégie s'établit, et l'animal tombe pour ne plus se relever.

La mort survient, vingt à trente jours en moyenne après le début de la paralysie.

La marche est plus rapide chez la jument que chez l'étalon (Blaise).

Ce schéma descriptif montre bien la continuité d'évolution, le *caractère cyclique*, l'*uniformité* de cette maladie animale. Il n'y a dans tout cela rien qui rappelle l'évolution habituelle de la syphilis ; seules certaines formes exceptionnelles de la syphilis grave compliquées en pleine période secondaire de myélite aiguë avec paraplégie flasque, entraînant généralement une mort rapide, pourraient se comparer à la dourine, au seul point de vue de ces troubles nerveux paralytiques terminant l'affection. Même dans ces cas, l'analogie est fort lointaine. Elle disparaît si l'on fait l'analyse des symptômes.

Symptomatologie comparée. Ne considérons que les trois signes ou manifestations essentielles de la dourine, l'accident initial, les plaques cutanées et la paralysie terminale.

L'accident initial. Il succède au coït, c'est entendu et après une incubation, à la rigueur comparable à celle de la syphilis, au moins pour l'étalon. Mais ce n'est pas l'érosion, le chancre induré, cartilagineux, si caractéristique, nettement limité, si petit parfois et bientôt accompagné de l'adénopathie inguinale dure, également si caractéristique ; c'est *une lésion au contraire diffuse*, un *œdème froid*, non inflammatoire, *non ulcéré* (ou fort peu et secondairement) dont on pourrait à peine trouver une analogie dans ces œdèmes diffus de la verge, qui accompagnent les chancres sous-préputiaux compliqués de phimosis, œdèmes durs, douloureux, inflammatoires, rouge sombre, donnant à la verge l'aspect si spécial du battant de cloche ; ou dans ces œdèmes de la vulve entourant l'érosion indurée spécifique et gonflant unilatéralement la grande lèvre qui la porte et la dissimule.

L'accident secondaire. La plaque cutanée de la dourine peut rappeler *grosso modo* et toutes proportions gardées, la papule syphilitique de la période secondaire, mais le caractère œdémateux de la première et sa fugacité ne permettent pas longtemps la comparaison.

De plus quelles variétés de lésions peut déchaîner la syphilis à cette période, sur la peau et sur les muqueuses,

roséole, papules, plaques muqueuses, alopécies... en contraste avec cette éruption monomorphe et exclusivement cutanée de la dourine !

Quelle comparaison faire avec ces longs silences éruptifs de la syphilis, ces réapparitions localisées habituellement de la période dite tertiaire, avec leurs ulcères serpigineux ou à l'emporte-pièce, leurs lésions sclérogommeuses circinées... ! avec ces lésions viscérales, qui peuvent revêtir le masque de tant de maladies et qui font de la syphilis, pour un bon tiers au moins, la cause la plus répandue des morbidités humaines.

La PARALYSIE TERTIAIRE de la dourine n'a aucun rapport avec les accidents nerveux de la syphilis, sauf nous l'avons dit avec ces formes de myélite aiguë flasque exceptionnelles, qui se voient au cours de la première ou de la deuxième année de la maladie. Les myélites chroniques (M. transverses) spasmodiques s'éloignent déjà beaucoup du tableau de la paraplégie de la dourine : enfin *celle-ci est fatale* et fait partie du tableau clinique de toutes les dourines ou peu s'en faut ; les *myélites syphilitiques sont heureusement rares.*

Quant aux autres manifestations nerveuses de la syphilis, tabes et paralysie générale, la dourine n'en provoque pas d'analogues.

Les réactions histologiques comparées seraient intéressantes à connaître ; malheureusement je n'ai pu avoir à ma disposition des coupes des plaques cutanées douriniques et n'ai pu trouver de description détaillé des lésions.

Les réactions sérologiques comparées également seraient intéressantes. Il existe des réactions de précipitation, d'agglutination, de déviation du complément, qui, faites avec des extraits de trypanosomes, paraissent spécifiques. Il semble que les antigènes habituellement employés dans la réaction de Bordet-Wassermann donnent également des résultats positifs, dénotent l'existence d'une sensibilisatrice spécifique pendant tout le cours de la maladie, sauf aux phases terminales ; mais les recherches sur ce sujet me paraissent insuffisantes.

La thérapeutique comparée rapproche évidemment beaucoup plus la dourine des autres trypanosomiases où l'*atoxyl*, l'*émétique* sont plus actifs que les arsénobenzènes. Je ne sais si le bismuth a été essayé ; je ne crois pas qu'il ait, comme d'ailleurs le mercure, une efficacité reconnue. Le *naganol* (205 Bayer; 309 Fourneau), qui est une urée complexe, sans arsenic, mercure, ni bismuth, est actif sur la dourine et paraît sans action sur la syphilis.

Le lympho-sarcome infectieux des chiens

La dernière affection dont je dois vous parler aujourd'hui est une des plus intéressantes pour les recherches de pathologie expérimentale et comparée. Car il s'agit d'une tumeur maligne, transmise par le coït, chez le chien.

Depuis longtemps l'attention des pathologistes a été attirée par une maladie vénérienne des chiens, caractérisée par son origine coïtale, la présence de tumeurs nodulaires sur les parties génitales, le développement de tumeurs secondaires sur la peau, de métastases ganglionnaires dans les aines et l'abdomen, une cachexie enfin entraînant souvent une terminaison mortelle.

Symptomatologie. — Les chiens et les chiennes, jeunes ou adultes, sont également atteints.

Chez la chienne, la maladie débute par de petits nodules ou de petites végétations, des papillomes, isolés ou multiples, sur la muqueuse du vagin ; ces petites tumeurs sont molles, douces au toucher, s'ulcèrent facilement, se réunissent en une tumeur unique, faisant alors plus ou moins saillie à la vulve et recouverte alors d'une glaire muco-purulente, souvent sanguinolente.

Ultérieurement peuvent apparaître des métastases dans la peau voisine, les ganglions inguinaux et abdominaux, parfois dans des régions ou des organes éloignés.

Chez le chien, les premiers symptômes consistent généralement dans la présence d'*un peu de sang noir à l'extrémité du prépuce*. En évaginant le pénis on reconnaît la présence des petites tumeurs papillomateuses sur la couronne du gland tout d'abord, puis, à la longue, sur toute la surface du pénis.

Ces tumeurs sont assez caractéristiques, car elles n'ont pas l'aspect habituel des végétations génitales ; elles sont assez régulièrement *hémisphériques* au début, avec une base assez large d'implantation ; elles apparaissent bien circonscrites et comme encapsulées, *sans signe de réaction inflammatoire*. Les végétations protégées restent habituellement intactes ; celles qui affleurent la surface peuvent s'ulcérer, se nécroser, s'infecter et donner lieu à une suppuration séreuse ou purulente, tandis que la peau et la muqueuse voisines s'infiltrent de façon diffuse.

Une régression spontanée est possible et la maladie peut ainsi disparaître par fibrose et atrophie. L'excision précoce, les curetages suivis de cautérisation peuvent également amener la guérison. Mais les récidives sont fréquentes.

Anatomo-pathologiquement il s'agit d'un lymphosarcome et les quelques cas que j'ai pu observer nous ont confirmé cette opinion nettement affirmée par Sticker, dont l'étude de cette maladie est si complète qu'elle mérite vraiment d'être appelée de son nom.

On a discuté sur la nature de ces tumeurs, certains en faisant un sarcome authentique, d'autres un simple granulome infectieux.

La discussion provient vraisemblablement d'erreurs de diagnostic : il existe en effet, d'après Stickler, deux maladies inflammatoires du chien ressemblant au lymphosarcome infectieux : les *condylomes acuminés* (végétations vulgaires), petites excroissances papillaires, qui souvent atteignent un volume considérable et forment des tumeurs lobulées saillantes à l'extérieur ; l'histologie est celle des bourgeons charnus, avec un épithélium hypertrophique supporté par un tissu conjonctivo vasculaire infiltré de cellules rondes ; une *vaginite ou balanite infectieuse nodulaire*, survenant au cours d'un écoulement purulent chronique et produisant de multiples tumeurs des dimensions d'un pois ou d'une fève, constituées histologiquement par des nodules lymphoïdes hypertrophiés.

Cette dernière affection, d'après Sherwood serait de même nature que le lympho-sarcome infectieux.

Expérimentalement Nowinsky a le premier obtenu en 1877 la transmission de la maladie à trois jeunes chiens. En 1888 89, Wehr réalise l'inoculation à une série de vingt-quatre chiens. Depuis, Duplay et Cazin, Geissler, Smith et Washbourn, Powell White, Sanfelice, Sticker et Bashford, Murray et Cramer ont reproduit ces expériences (1).

Les observations de ces auteurs ont démontré nombre de faits importants. Toutes les races de chiens sont également susceptibles, mais les tumeurs n'ont pu être inoculées au chat, au cobaye, au rat et à la souris.

Après insertion d'un fragment de tumeur sous la peau, on n'observe rien pendant deux ou trois semaines. A partir de ce moment, le nodule s'accroît en diamètre pendant quatre ou cinq mois, produisant une tumeur bien circonscrite du volume d'un œuf de poule ou d'une petite orange. Des tumeurs secondaires peuvent se développer dans le voisinage ou dans l'abdomen, la rate, le foie et le poumon.

Sticker, qui a particulièrement étudié l'affection, a réalisé la contagion non seulement par inclusion de débris de tumeur, mais encore par simple contact, par copulation de chiens avec une chienne portant au niveau de l'entrée du vagin deux noyaux sarcomateux ulcérés. *L'incubation durait environ trois mois et demi.*

---

(1) Docteur A. STICKER. Transmission des tumeurs par le coït chez le chien. *Berliner tierärztliche Wochenschrift*, 13 décembre 1906, p. 894.

Rappelons que Borrel, étudiant le lympho-sarcome de Sticker, avait incriminé le rôle possible des demodex dans la transmission de ce cancer. Nous n'avons pu sur nos coupes caractériser ces parasites dans les foyers tumoraux.

Avec M. Henry, nous avons essayé, dans un de nos cas de réaliser la transmission expérimentale de la tumeur et n'avons obtenu que des résultats négatifs, après cinq mois (1).

UROLOGIE

La conduite à tenir dans les tumeurs et les kystes rénaux

L'impossibilité de reconnaître à l'intervention une tumeur maligne du rein ou du bassinet, le fait qu'une tumeur rénale bénigne présente toujours un certain potentiel de malignité, font que toutes ces tumeurs doivent être enlevées par néphrectomie. Il semblait que les papillomes du bassinet pussent être traitées de façon plus économique ; en réalité, la difficulté de préciser les limites exactes de la néoformation, de ses ramifications au niveau des calices, leur extrême tendance à la récidive locale ou à de nouvelles localisations justifient le même traitement radical. Quelles sont les indications ou, mieux, les contre-indications de cette néphrectomie ? Avant de pratiquer une néphrectomie, le chirurgien devra, en effet, apprécier suivant les conditions locales et générales, l'opportunité de cette néphrectomie. Il devra mettre en balance la gravité de l'intervention et le profit que le malade pourra en retirer.

Il existe une contre-indication majeure ; c'est l'existence de métastases à distance (foie, poumons, os). Cependant, une exception pourra être faite, et on pourra opérer chez un malade porteur de métastases, en excellent état et présentant, soit une hématurie d'une exceptionnelle abondance et sur laquelle les thérapeutiques médicales n'auront en aucune action, soit des douleurs impossibles à soulager.

Ces cas mis à part, les malades peuvent être groupés suivant trois catégories (2) : ceux nettement opérables, ceux à la limite de l'opérabilité, enfin les cas franchement mauvais.

On peut ranger *dans le premier groupe* les malades présentant une tumeur rénale petite, encore intracapsulaire, très mobile à la respiration et à la palpation et ceux porteurs d'une petite tumeur ne se traduisant que par des douleurs, sans hématurie, ni signes à la pyélographie. De tels cas s'observent surtout chez les enfants et les adolescents. Seule une lombotomie exploratrice permettra de poser un diagnostic certain.

Dans le second groupe, on peut ranger les tumeurs de volume nettement plus important et plus ou moins mobiles. Dans ces cas, on est autorisé à pratiquer une incision exploratrice pour juger de l'opérabilité ; mais le chirurgien ne devra pas hésiter à refermer sans avoir touché à la tumeur si les conditions ne permettent pas de l'enlever complètement et d'une façon certaine. Il faut connaître les dangers d'un shock opératoire important, la possibilité d'hémorragies et d'une dissémination des cellules néoplasiques même après une très légère manipulation.

(1) A. Henry et Louis Bory. Lymphosarcome de Sticker (sarcome infectieux, vénérien des chiens). *Bull. de la Soc. fr. de dermatologie et de syphiligraphie*, n° 9, décembre 1936.
Voir également : A. Henry et Louis Bory. Etudes de dermatologie comparée, in *Nouvelle pratique dermatologique*. Tome VII, Masson, édit., 1936.

(2) R. M. Le Comte. — The menagement of renal tumors, including cysts. *Journ. of Amer. Med. Ass.*, déc. 19, 1935, Vol. 105.

Enfin, le *dernier groupe ou groupe des tumeurs inopérables*. Celles-ci sont très fixées, adhérences, non mobiles ni à la respiration ni à la palpation, elles ont dépassé la capsule rénale, la présence d'une circulation collatérale superficielle traduisant une gêne dans la circulation cave par compression ganglionnaire ou par extension de la tumeur à la lumière du vaisseau.

Les *néphrectomies* pour tumeur du rein sont rarement aisées. La voie lombaire présente de gros intérêts, entre autres la possibilité de lier le pédicule avant toute manipulation du rein, empêchant ainsi les métastases par mobilisation de cellules tumorales dans la circulation sanguine. La graisse péri-rénale sera également enlevée, car on sait que, dans les hypernéphromes, on peut trouver à son niveau des îlots caverneux. Enfin, dans les tumeurs primitives du bassinet, on pourra être amené, en cas d'envahissement de l'uretère, à pratiquer une urétérectomie très large et, parfois, même totale si l'uretère est envahi jusqu'en bas.

Il y a peu de temps que l'on pratique l'*irradiation pré-opératoire*. Elle provoquerait des transformations fibreuses dans les tumeurs corticales et rendrait leur extraction plus aisée. Mais, outre que cette méthode donne une fausse sécurité au malade, puisque les rayons ne détruisent pas complètement la tumeur, elle demande trois semaines pendant lesquelles peuvent se produire des métastases. Actuellement, il semble qu'il faille réserver la radiothérapie aux cas inopérables ou au cas limités qui pourraient ainsi être rendus plus facilement opérables.

Quant à l'*irradiation post-opératoire*, elle semble indiquée pour détruire les parties de tumeur qui sont passées inaperçues ou laissées délibérément en place lors de l'intervention. Ce traitement n'étant, d'ailleurs, pas sans danger, ne devra être mené que par un radiothérapeute compétent.

Les reins polykystiques. Il s'agit là d'une maladie congénitale, bilatérale et progressive, dont le traitement doit être soigneusement individualisé. Un rein polykystique ne doit pas être enlevé s'il n'est que polykystique. Il n'existe pas de traitement chirurgical véritable que cette affection et toutes les interventions qui ont pu être pratiquées n'ont qu'une influence temporaire. La ponction ou l'excision des kystes peuvent diminuer la douleur, les hémorragies.

Les malades présentant une masse palpable ou chez lesquels les manifestations hypertensives (par diminution de la fonction rénale) prédominent, doivent être soignés médicalement.

Le néphrectomie ne pouvait être justifiée que par une infection rénale coïncidante ou par une hématurie incoercible.

Kystes hydatiques du rein. Leur diagnostic est actuellement difficile et ils restent souvent silencieux jusqu'à leur ouverture dans le bassinet se traduisant par des coliques néphrétiques avec présence dans les urines de scolex et de vésicules filles. Cette ouverture est extrêmement importante à connaître pour la conduite du traitement ; car elle entraîne presque fatalement l'infection du kyste. Lorsque l'on intervient avant l'ouverture, on l'évacue par ponction au trocart en protégeant soigneusement les tissus environnants pour éviter les greffes secondaires et les accidents anaphylactiques. On remplit la cavité d'alcool durant cinq minutes, puis on ferme le kyste et on met un drain au contact du kyste, mais non dans le kyste. Les kystes ouverts sont traités par la néphrectomie.

Les kystes solitaires. Les volumineux kystes séreux solitaires sont en général uniloculaires et unilatéraux. Leur étiologie est indéterminée et, si leur diagnostic en est difficile. Leur pronostic est favorable. Leur traitement est extrêmement simple et consiste à inciser la paroi du kyste à sa limite avec la substance rénale et à détruire la membrane limitante rénale par le phénol suivi d'alcool. Puis on referme la cavité restante avec ou sans drainage, suivant son volume. Ce traitement donne d'aussi excellents résultats que les autres méthodes qui consistent à passer dans le rein en tissu sain pour exciser toute la paroi du kyste.

La marsupialisation, en raison des dangers de fistulisation secondaire, sera réservée aux cas avec adhérences importantes avant l'intervention sur le kyste. La néphrectomie ne sera indiquée que lorsque le rein est complètement détruit par le kyste, ou lorsqu'il existe une affection intercurrente nécessitant la néphrectomie (infection, tuberculose, néoplasme).

Autres cas particuliers : les kystes hémorragiques. Il est fréquent de trouver dans leur membrane des cellules carcinomateuse, aussi examinera-t-on celle-ci avec beaucoup de soin. S'il existe des plages épaissies, si la surface interne, après l'avoir détergée est rugueuse, on devra soupçonner la malagnité et pratiquer une néphrectomie.

Jean CHATAIN.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Clinique médicale

Une maladie de Raynaud, à localisation atypique, prédominant aux lobules de l'oreille, a été observée chez une femme de 61 ans. De tels cas sont exceptionnels. Celui-ci, comme le fait s'était déjà produit dans une observation précédemment rapportée, a guéri complètement et rapidement à la suite d'un traitement antisyphilitique.

La malade niait toute spécificité, il n'existait rien dans son histoire clinique qui pût faire penser à la syphilis. Une réaction de Bordet-Wassermann s'était montrée négative. Une biopsie du lobule auriculaire fut pratiquée et montra une endo-périvascularite manifeste. L'amélioration fut presque immédiate et extrêmement nette à la suite de 20 injections de 1 centigr. de cyanure de mercure intraveineux.

De telles observations montrent une fois de plus le rôle étiologique considérable que joue la syphilis dans les syndromes vasculaires des extrémités et en particulier dans la maladie de Raynaud.

(G. Milian, A. Ravina et L. Périn. — Maladie de Raynaud prédominant aux lobules des oreilles, guérie par le traitement antisyphilitique. Syphilis ignorée. *La Presse Médicale*, 16 novembre 1935.)

Un nouveau syndrome, le syndrome ostéo-dermopathique, a été individualisé. Il est caractérisé par des lésions pachydermiques, avec plicatures du front, du cuir chevelu, du visage et des extrémités, associées à une pachypériostose des os longs, sans atteinte des articulations.

C'est une affection de l'adulte jeune ; elle est toujours très nettement caractérisée à l'âge de 25 à 30 ans. Elle débute toujours avant la vingtième année. Tous les malades observés jusqu'ici sont du sexe masculin. Rien ne permet de supposer une influence professionnelle quelconque. Aucun indice ne permet de penser à une maladie héréditaire ni familiale. Aucun signe ni stigmate d'hérédo-syphilis n'a été signalé.

C'est incidemment que le malade ou son entourage remarquent que la peau du visage s'épaissit, que les rides du front s'accentuent, que les extrémités augmentent de volume.

Le tableau clinique se complète lentement, progressivement, en quelques années.

L'aspect du malade est alors très caractéristique. Il est en général de taille moyenne et paraît, dans son ensemble, de constitution normale. Le thorax et l'abdomen sont ceux d'un homme de sa taille ; les masses musculaires sont bien développées Aucun de ces malades ne présente d adiposité. Mais on est frappé par leur facies très spécial et par l'hypertrophie des extrémités. Ces deux ordres de symptômes, pachydermie plicaturée, pachyperiostose, résument toute la maladie.

L'affection ne paraît comporter aucun pronostic grave. Elle évolue lentement, progressivement, sans poussées aiguës, sans épisodes fébriles ; elle paraît rester longtemps stationnaire. L'état général demeure excellent.

Les divers traitements essayés jusqu'ici se sont montrés fort peu efficaces. Dans l'ignorance où nous sommes de sa véritable cause, aucun traitement étiologique ne peut encore être formulé.

(A. Touraine, G. Solente et L. Golé. — Un syndrome ostéodermopathique. La pachydermie plicaturée avec pachypériostose des extrémités. *La Presse Médicale*, 16 novembre 1935.)

Chez la femme, l'asthme peut être lié à la fonction menstruelle. Même dans les cas où l'asthme est d'autre origine, la fonction menstruelle peut être un des facteurs pathogéniques. Les injections opothérapiques, en particulier les injections d'extraits de corps jaune, doivent être essayées. Ce traitement est employé depuis des années, à la consultation du service de M. Pasteur Vallery-Radot — avec des résultats favorables. On pratique les injections pendant les dix jours qui précèdent les règles. A ces injections on ajoute souvent, pendant les jours qui suivent les règles, trois ou quatre injections d'autosang.

Les asthmes ménopausiques sont traités par des injections d'extraits hypophyso-ovariens ou mieux, par des injections d'extraits de corps jaune. Les résultats sont souvent remarquables.

(Carlo Alice. — Asthmes d'origine ovarienne. *Le Bulletin Médical*, 1935.)

Thérapeutique chirurgicale

Le propidon est utilisé comme moyen de prévention de l'infection méningée dans les fractures de la base du crâne, chirurgicalement inaccessibles, par M. Lecercle, de Damas. L'injection, qui doit être faite aussi près que possible du moment de l'accident — passé dix ou douze heures il peut être trop tard — est pratiquée suivant la règle, à raison de 1 centimètre cube chez les tout petits jusqu'à 4 ou 5 centimètres cubes chez l'adulte ; injection renouvelée deux fois à deux jours d'intervalle.

Cinquante fractures de la base — directement constatées ou cliniquement diagnostiquées — ont été traitées préventivement par des injections de propidon. Elles ont évolué sans complication infectieuse.

Six fois des phénomènes de *méningisme* sont apparus à des degrés divers et pouvant laisser présumer des réactions infectieuses, mais ils disparaissaient au bout de deux ou trois jours, et à aucun moment ni les examens ni la culture n'ont pu mettre en évidence la présence d'un élément pyogène dans le liquide céphalo-rachidien.

A opposer, à ces 50 cas, 4 cas inexplorés ou non soumis en temps voulu au propidon préventif et morts de méningite.

Coïncidence heureuse, peut-être ? L'accumulation des cas jugera.

(Lecercle, de Damas. — Fracture de la base et propidon. *La Presse Médicale*, 27 novembre 1935.)

Tumeurs

Une observation de tumeur du corpuscule carotidien est rapportée par M. Mirizzi. Dans la littérature on en trouve environ 200 cas. Le diagnostic des tumeurs carotidiennes se base : sur leur situation latéro supérieure en rapport avec la bifurcation carotidienne, sur leur longue évolution, et sur les phénomènes provoqués sur les nerfs de la région.

En fait, en dehors des tumeurs d'origine ganglionnaire, avant de faire le diagnostic de tumeur du corpuscule carotidien, on pensera au neurinome, au goitre aberrant et au branchiome. L'augmentation de volume de la tumeur au cours des périodes menstruelles, donnée comme caractéristique du goitre aberrant a été constatée dans le cas rapporté.

La longue évolution de ces tumeurs parle en faveur de leur fréquente bénignité. La littérature contient des cas de plus de trente-cinq ans d'évolution.

Il est le plus souvent impossible de diagnostiquer cliniquement la malignité de ces tumeurs. Cette circonstance et certains troubles mécaniq ement provoqués dans la sphère nerveuse rendent leur extirpation obligatoire.

Le traitement est très discuté. Les rayons X et le radium n'ont pas encore donné à l'heure actuelle de résultats satisfaisants. Le traitement idéal jusqu'à nouvel ordre, est la dissection de la tumeur avec libération des vaisseaux.

(P.-L. Mirizzi (Argentine). — Tumeur du corpuscule carotidien. *La Presse Médicale*, 16 novembre 1935.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 mars 1936

L'acétate de testostérone, hormone testiculaire synthétique. — *M. E. Roussel* rappelle que l'hormone mâle, extraite du testicule, à l'état cristallisé, par Laqueur, peut être obtenue aujourd'hui par synthèse, à partir du cholestérol (Butenandt, Ruzicka).

Il a pu réaliser la synthèse de la testostérone dans ses laboratoires, par un procédé original, et il apporte, de plus, une contribution personnelle à l'étude de cette hormone, en montrant qu'un de ses esters, l'acétate de testostérone, présente une activité beaucoup plus grande. Il permet de restituer, en peu de temps, au chapon, tous les caractères sexuels secondaires du coq et provoque l'hypertrophie des vésicules séminales du rat impubère, propriétés qui sont caractéristiques de l'hormone testiculaire même.

A l'appui de cette communication, *MM. Brocq-Rousseu*, qui en a donné lecture, présente à l'Académie trois chapons qui après traitement présentent la même apparence que les plus beaux coqs.

Conséquence de la diminution de la consommation nationale du pain. — *M. Gauducheau* montre que la diminution actuelle de la consommation nationale du pain ayant été compensée par une augmentation de la consommation du lait, du beurre et des fruits, denrées qui coûtent, à valeur nutritive égale, plus cher que le pain, il en résulte que l'on se nourrit plus richement qu'autrefois et que le chiffre d'affaires de l'agriculture et du commerce de l'alimentation s'est élevé de plusieurs milliards par an. Contrairement à ce que l'on pense généralement, l'agriculture ne doit pas souhaiter une augmentation de la consommation du pain, car il s'ensuivrait automatiquement une diminution globale des bénéfices agricoles.

Emploi thérapeutique du sérum des convalescents de fièvre récurrente hispano-africaine (étude expérimentale). — *M. André Sergent* (présentation faite par M. Edmond Sergent). — 1° Le sérum de convalescent a une action heureuse sur le cours de la fièvre récurrente hispano-africaine expérimentale du cobaye. Il coupe l'accès fébrile et parasitaire.

C'est dans la semaine qui suit la fin de l'accès aigu que le sérum possède le plus fort pouvoir curatif. C'est à ce moment qu'il convient donc de prélever le sang aux convalescents.

C'est lorsqu'elle est faite au plus fort de l'accès que l'injection de sérum a l'action la plus nette. Il convient de ne pas la pratiquer trop tôt, pour ne pas entraver l'établissement de la prémunition.

Il est préférable d'injecter en une seule fois une dose massive de sérum.

2° L'emploi du sérum de convalescent pour le traitement de la récurrente hispano-africaine chez l'homme paraît indiqué, et d'autant plus qu'à la différence de la fièvre récurrente à poux, la fièvre récurrente hispano-africaine n'est pas justiciable du traitement par les arsenicaux, qui peuvent même être dangereux, — et que la maladie est souvent grave, avec de nombreuses rechutes.

3° On peut donc envisager d'inscrire la fièvre récurrente hispano-africaine sur la liste des maladies qui sont susceptibles de bénéficier d'un traitement par le sérum de convalescents.

La recherche du bacille tuberculeux dans l'estomac. — *M. P. Armand-Delille,* avec la collaboration de M. Kerambrun, rapporte une importante statistique des recherches faites dans son service d'hôpital depuis dix ans au moyen de cette méthode, inspirée par H. Meunier, qu'il a perfectionnée avec son élève J. Vibert et dont il a, depuis 1927, préconisé l'emploi systématique pour le diagnostic de la tuberculose des enfants et des adolescents.

La valeur de cette méthode a été contrôlée et adoptée dans différents pays, et en France, les publications récentes de Lesné, Debré et Saenz avec culture de contrôle en ont montré la grande importance.

Dans les affections respiratoires non tuberculeuses, on ne trouve pas le bacille, mais ce mode de recherche peut éviter des erreurs de diagnostic, c'est ainsi que sur 596 enfants atteints de manifestations respiratoires de caractère non tuberculeux, on a relevé 583 résultats négatifs et 3 positifs qui ont été envoyés en observation au sanatorium.

Sur 712 enfants chez lesquels existaient des commémoratifs de contact tuberculeux, des signes stétacoustiques ou radiologiques suspects, ils ont trouvé 117 résultats positifs sur 121 cas de formes ulcéreuses, 102 positifs sur 141 cas de formes pneumoniques non excavées. Dans les tuberculoses évolutives de primo-infection, 64 cas positifs sur 118 et même dans des cas considérés comme tuberculose ganglionnaire formée, ils ont trouvé 3 positifs sur 38.

Ces chiffres concernent seulement la coloration sur lames après homogénéisation, l'inoculation au cobaye permet de déceler des cas qui paraissent négatifs à l'examen microscopique simple. Les auteurs insistent en terminant sur l'importance du perfectionnement apporté à leur méthode par Saenz et Costil, grâce à la culture sur milieu de Lœwenstein qui permet, dans les cas d'apparence négative, d'avoir une réponse en deux ou trois semaines, beaucoup plus rapide que par l'inoculation au cobaye.

Cette méthode est utile non seulement au point de vue diagnostic, mais aussi au point de vue thérapeutique, puisqu'elle donne des indications pour le traitement qui peut ainsi être plus précoce et par conséquent beaucoup plus efficace.

Accouchement spontané après élargissement définitif d'un bassin rétréci par greffes ostéo-périostiques. — *M. Yves Delagenière.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 mars 1936

Deux cas de septicémie à bacille de Pfeiffer. — *MM. A. Lemierre, André Meyer* et *R. Laplane* rapportent deux observations de septicémie à bacille de Pfeiffer.

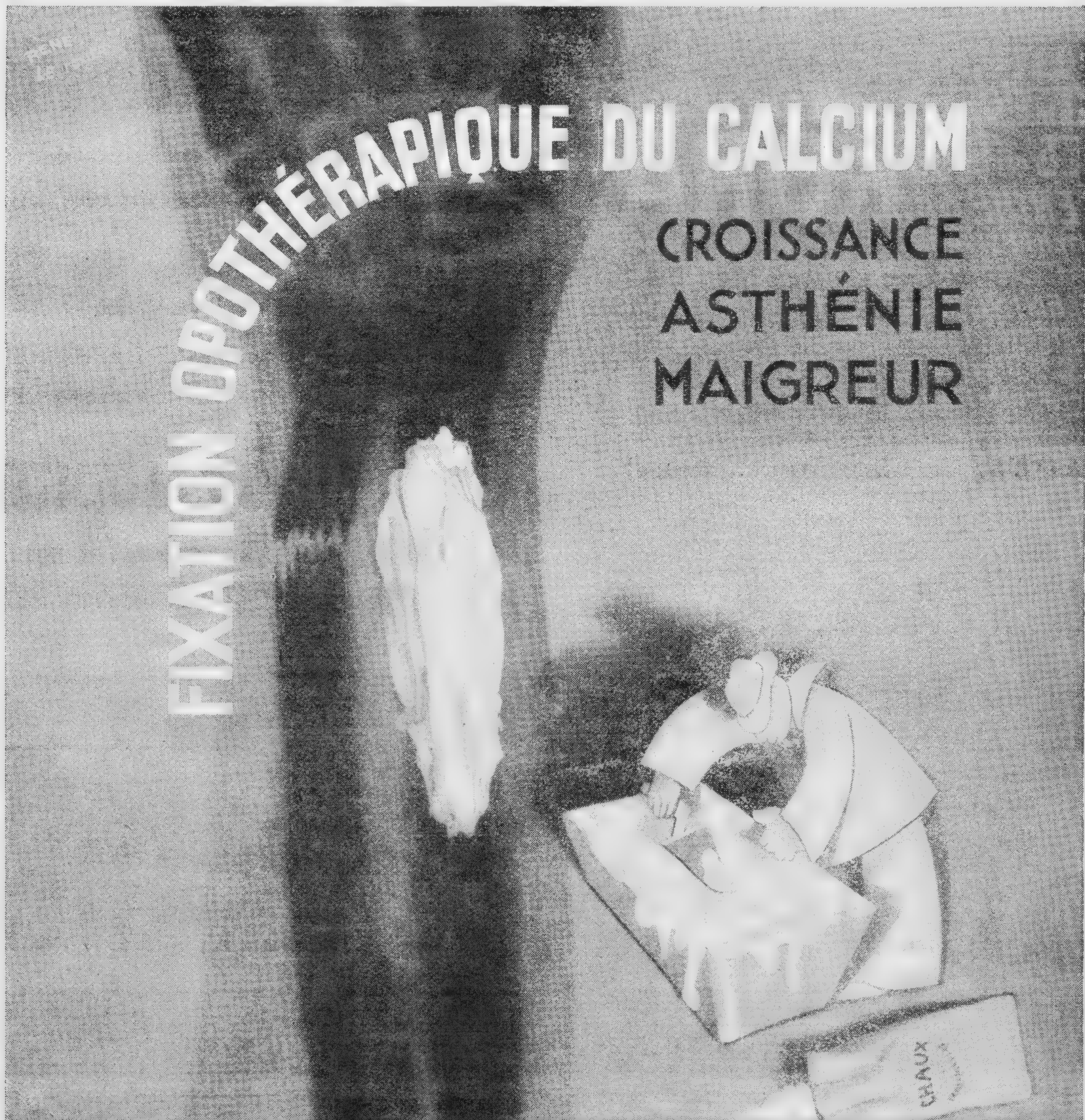
La première concerne une endocardite mitrale apparue consécutivement à une angine. Elle s'est compliquée d'arthralgies, de déterminations pleuro-pulmonaires et a entraîné la mort en deux mois.

La deuxième a débuté par une angine avec œdème du pharynx et de l'épiglotte ayant déterminé une crise de suffocation qui a fait penser tout d'abord à une laryngite diphtérique. Il existait de plus une ulcération de la face postérieure de la luette et ultérieurement sont survenues d'autres ulcérations de la luette et du larynx. Trois hémocultures pratiquées les troisième, sixième et huitième jours de la maladie ont donné du bacille de Pfeiffer. Sur la poitrine s'est développé un placard d'aspect érysipélateux avec formation d'une large phlyctène remplie de pus où fourmillaient les bacilles de Pfeiffer. La septicémie s'est, de plus, compliquée d'arthrites des deux épaules, de l'articulation sterno-claviculaire droite et du coude droit qui ont rétrocédé sans suppurer, de foyers bi-latéraux de congestion pulmonaire, d'anémie, de dépression nerveuse et d'amaigrissement. La guérison est survenue au bout d'un mois.

Les auteurs attirent tout particulièrement l'attention sur l'intensité des accidents pharyngés initiaux, accidents dus à des lésions d'un aspect très spécial et dont le bacille de Pfeiffer est certainement l'agent responsable. Ce mode de début des septicémies à bacilles de Pfeiffer mérite d'être connu. On le retrouve dans des observations antérieurement publiées par Friedrich Koch, par Gunnar Benestad.

Sur un cas d'azotémie survenue après des vomissements. Étude de la chlorémie et de l'élimination urinaire des chlorures. — *MM. A. Lemierre, M. Laudat* et *André Meyer* rapportent l'observation d'un homme envoyé à l'hôpital Claude Bernard avec le diagnostic de diphtérie et qui était en réalité atteint d'une pharyngo-stermatite azotémique. Cette azotémie semble avoir été la conséquence de vomissements incoercibles, prolongés pendant huit jours dont l'origine est demeurée obscure et qui avaient cessé deux jours avant l'entrée à l'hôpital.

A ce moment les urines étaient abondantes, non albumineuses, mais la concentration de l'urée n'y était que de 8 gr. pour 1.000. L'urée sanguine était à 4 gr., le chlore plasmatique à 1 gr. 99, le chlorure globulaire à 0 gr. 92, la réserve alcaline à 47. Cet état de choses a persisté sans changement jusqu'au moment où le patient a été soumis à la rechloruration qui a amené une guérison rapide.


FIXATION OPOTHÉRAPIQUE DU CALCIUM
CROISSANCE
ASTHÉNIE
MAIGREUR
CHAUX

Il semble bien que, dans ce cas, il n'y ait pas eu de néphrite et que l'azotémie ait été la conséquence de la spoliation chlorée de l'organisme déterminée par les vomissements.

Les auteurs signalent d'autre part que, pendant les premiers jours de mise en observation du malade, et en dépit de l'hypochlorémie accentuée, l'élimination de chlorure de sodium par les urines a très notablement dépassé la quantité de sel ingérée, elle-même très minime. La déperdition de chlorure a donc continué à s'effectuer par l'émonctoire rénal après la cessation des vomissements. L'administration de sel à forte dose a eu au contraire pour effet une rétention chlorurée, le relèvement de la chlorémie et la rétrocession de l'azotémie.

Anémie hypochrome avec syndrome de Plummer-Vinson et cure martiale. — ***MM. Ed. Benhamou*** et ***G. Cohen-Solal*** rapportent l'observation d'une femme de 40 ans, qui souffrait depuis plusieurs mois de dysphagie et qui présentait en outre une langue huntérienne, de l'achlorhydrie gastrique, des déformations des ongles et une anémie hypochrome. Ces symptômes qui constituent le syndrome de Plumer-Vinson guérirent sous l'influence du fer a hautes doses : 12 gr. de protoxalate de fer par jour.

La dysphagie qui survient au cours des anémies hypochromes essentielles est généralement considérée comme un spasme de l'œsophage. L'examen œsophagoscopique montra que la muqueuse œsophagienne était lisse, vernissée, sèche, dans sa moitié supérieure, et émaillée de plaques blanchâtres, comme la muqueuse buccale ; qu'il y avait une parésie, et non un spasme de l'entrée de l'œsophage.

La guérison du syndrome dysphagique de Plummer-Vinson coïncida avec le retour à la normale de la muqueuse bucco-pharyngée, montrant ainsi que le médicament spécifique de l'anémie hypochrome était aussi celui de ses manifestations anatomo-cliniques, sans qu'on ait besoin d'invoquer des troubles nerveux, spasmodiques, surajoutés, de prescrire des médicaments antinervins ou de pratiquer des dilatations œsophagiennes.

Les formes camouflées de l'anémie de Biermer. — ***MM. Ed. Benhamou*** et ***Mlle C. Marill*** attirent l'attention sur les formes masquées de l'anémie de Biermer, camouflées par une autre affection viscérale.

C'est ainsi qu'une femme de 49 ans atteinte de néphropathie chronique et considérablement anémiée (900.000 globules rouges) avait, non une anémie brightique, mais une maladie de Biermer associée à une albuminurie irréductible. C'est ainsi qu'une femme de 47 ans, atteinte de dissociation auriculo-ventriculaire avec souffle aortique et artérite sténosante des membres inférieurs, et très anemiée, avait une maladie de Biermer masquée par une cardiopathie chronique.

Ces formes camouflées de l'anémie de Biermer ne sont pas exceptionnelles, quand on les recherches systématiquement. En dehors des stigmates biermériens classiques (anémie hyperchrome, mégalocytose et mégaloblastose, hyperbilirubinémie indirecte, langue de Hunter, achylie gastrique perte du sang vibratoire), c'est la fièvre qui doit faire penser à de telles associations morbides quand elle apparaît et persiste au cours d'une affection viscérale chronique, généralement apyrétique.

La cure de Whipple, en provoquant au huitième jour du traitement d'épreuve la crise réticulocytaire et en faisant disparaître rapidement et définitivement la fièvre et l'anémie, sans modifier cependant l'affection viscérale elle-même, apporte la preuve de l'existence d'une maladie de Biermer associée et peut ainsi améliorer considérablement le pronostic de certaines néphropathies et de certaines cardiopathies fébriles cryptogénétiques.

La mesure de la vitesse circulatoire avec l'éther, la saccharine et la fluorescéine dans les principaux types d'insuffisance cardiaque. — ***MM. C. Lian*** et ***J. Facquet*** appliquent l'épreuve de l'éther en injectant 30 centigr. d'éther dissous dans 3 c.c. de sérum physiologique. Les sujets sains éprouvent un goût d'éther quatre à huit secondes après le début de l'injection intraveineuse au pli du coude.

1) Dans l'encombrement vasculaire progressif (poumon et foie cardiaques de l'hyposystolie, œdèmes de l'asystolie), la vitesse circulatoire est toujours ralentie avec les épreuves à la saccharine et à la fluorescéine, elle l'est seulement dans les deux tiers des cas avec l'éther.

La vitesse circulatoire peut être ralentie dans des cas où l'encombrement vasculaire progressif est encore assez léger pour ne pas se traduire par des signes physiques ou fonctionnels nets (insuffisance cardiaque latente de Lian et Mme Barass, insuffisance cardiaque inapparente de P. Cossio et Berconsky).

2) Dans l'encombrement ventriculaire gauche pur, la vitesse circulatoire reste normale. On ne la trouve ralentie que lorsque des signes d'encombrement vasculaire (hyposystolie, asystolie) ou un encombrement vasculaire latent se surajoutent aux signes d'encombrement ventriculaire (bruit de galop, insuffisance mitrale fonctionnelle).

3) De même, la vitesse circulatoire est ralentie dans l'hyposystolie et l'asystolie faisant suite à un encombrement ventriculaire droit. Elle est normale dans l'encombrement ventriculaire droit pur.

Mécanisme des résultats de la mesure de la vitesse circulatoire à l'état physiologique et dans l'insuffisance cardiaque. — ***MM. C. Lian*** et ***J. Facquet.*** — Dans l'épreuve à l'éther, la sensation sapide se produit lors de l'arrivée de l'éther dans la branche artérielle des capillaires pulmonaires. Dans l'épreuve à la saccharine, avant que les sensations sapides se produisent, le produit a dû parcourir les anses capillaires pulmonaires sur toute leur longueur, et il a suffi ensuite que la saccharine arrive à la branche artérielle des capillaires de la langue. Dans l'épreuve à la fluorescéine, il y a deux systèmes capillaires entiers à parcourir par le produit injecté pour qu'il apparaisse dans la veine du pli du coude.

Cette interprétation physiologique cadre bien avec les résultats fournis par la mesure de la vitesse circulatoire dans les divers types d'insuffisance cardiaque. L'allongement du temps de circulation est alors la conséquence du ralentissement dans la traversée partielle ou complète des capillaires, soit de la petite circulation, soit de la petite et de la grande circulation. Ainsi l'épreuve à la saccharine montre s'il existe ou non de la stase capillaire pulmonaire, d'où une vitesse circulatoire ralentie dans l'hyposystolie et l'asystolie (encombrement vasculaire progressif), et normale dans l'insuffisance ventriculaire gauche de P. Merklen et Lian (encombrement ventriculaire gauche n'ayant pas encore retenti notablement sur la petite circulation). L'épreuve à la fluorescéine montre s'il y a ou non de la stase dans les capillaires de la petite et de la grande circulation. Elle donne donc des résultats de même sens que l'épreuve à la saccharine. Toutefois l'emploi simultané de ces deux méthodes pourra révéler des stases dissociées : par exemple stase de la grande circulation beaucoup plus accentuée que celle de la petite, ou bien stase nulle dans la petite circulation et accentuée dans la grande circulation.

Aux résultats de cette méthode sont à soumettre les notions classiques sur les hyposystolies et les asystolies locales.

Méningite scarlatineuse à lymphocytes. — ***M. Jean Olmer*** et ***Mlle Legré.***

Dilatation aiguë de l'estomac au cours d'une réaction pleurale violente chez une porteuse de pneumothorax droit. — ***MM. P. Jacob*** et ***Dupuy*** présentent l'observation d'une femme de 30 ans, porteuse depuis deux mois d'un pneumothorax droit créé pour tuberculose pulmonaire, quand apparaît subitement une réaction pleurale avec fièvre très élevée, exsudation liquidienne rapide, et hyperpression entraînant une importante déviation vers la gauche du cœur et du médiastin, l'ensemble des phénomènes fait penser à une perforation pulmonaire transitoire. Treize jours plus tard, le lendemain d'une décompression par soustraction de gaz, apparaissent les signes d'une dilatation aiguë de l'estomac avec intolérance gastrique absolue, vomissements fréquents, extrêmement abondants, bilieux, hypothermie et état général rapidement très grave. La rechloruration, la réhydratation, les lavages d'estomac apportent une amélioration rapide, mais l'intolérance gastrique persiste sept jours et cesse subitement.

Les auteurs, faisant allusion à une observation de dilatation aiguë à la suite d'un traumatisme uréthral léger rapportée par Papin, invoquent ici un réflexe inhibiteur à point de départ pleural.

L'action thérapeutique dans la syphilis d'un iodure double de bismuth et de sodium. — ***MM. Ch. Flandin, Poumeau-Delille*** et ***Richon*** exposent les raisons qui leur font employer et conseiller l'usage d'un iodure double de bismuth et de sodium en solution hydro-alcoolique dans le traitement de la syphilis : la tolérance parfaite, l'absence de toxicité, l'efficacité et la rapidité d'action qui paraît aussi remarquable que celle du novarsénobenzol. En outre, la haute teneur en iode du produit motive son emploi dans les lésions viscérales, vasculaires, scléreuses.

Dissociation complète avec flutter auriculaire transitoire. — ***MM. P. Soulié, Cattan*** et ***Bachmann*** présentent

un cas de bradycardie avec dissociation complète au cours de laquelle sont apparues de courtes phases de flutter auriculaire. Chez une femme de 70 ans, la bradycardie est apparue depuis cinq ans avec accidents syncopaux répétés.

L'examen du cœur montre seulement une bradycardie à 40. La tension artérielle est de 30-14.

L'électro-cardiogramme montre la dissociation auriculo ventriculaire complète, sans déformation marquée des complexes ventriculaires.

Par périodes apparaît un flutter auriculaire (5 : 1) qui dure deux ou trois révolutions cardiaques, parfois dix ou douze. Les auteurs insistent sur la rareté de ces cas. Il est exceptionnel de saisir le passage du flutter auriculaire à la dissociation complète.

Nouvelles courbes radiokymographiques de compression sinocarotidienne. — ***MM. E. Bordet*** et ***H. Fischgold*** publient trois tracés enregistrant simultanément la courbe du bord droit (oreillette et ventricule) et celle du ventricule gauche et objectivant la pause diastolique puis les effets puissants de la reprisse systolique, selon la loi de Starling. Ainsi la radiokynographie permet la confirmation clinique des tracés expérimentaux pris chez l'animal, en extériorisant chez l'homme vivant les mouvements mêmes des parois du cœur.

Un cas d'asystolie aiguë irréductible guérie par l'ablation du lobe droit du corps thyroïde. — ***MM. P. Brodin*** et ***D. Petit-Dutaillis***, à propos de la communication de MM. L. Gauy et Max Lévy, sur la « radiothérapie de la maladie de Basedow », rapportent un cas d'asystolie aiguë irréductible où la seule ablation du lobe droit du corps thyroïde a amené une guérison complète en moins d'un mois.

Ce très beau résultat paraît dû au fait que le goitre d'apparence parenchymateuse banale était, en réalité, un goitre multinodulaire toxique. Malheureusement le diagnostic de la variété de goitre est souvent très difficile cliniquement, aussi est il préférable de recourir d'emblée à la chirurgie dans les cas très graves où toute perte de temps peut être fatale.

Michelle Zagdoun Valentin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

séance du 12 mars 1936

Le procès de la sacralisation. — ***M. Carle Rœderer*** nous dit que le diagnostic de la sacralisation a connu une grande faveur au moment où le syndrome de Bertolotti a été connu en France, mais déjà les maîtres s'étaient insurgés contre l'abus qu'on en faisait. Avec le recul du temps, on peut dire que trop souvent la constatation d'une sacralisation partielle et surtout de la simple hypertrophie de l'apophyse transverse de la cinquième vertèbre, même s'il y a certitude de contact avec la masse latérale du sacrum ou le tubercule iliaque, cache un autre diagnostic comme il a été donné à l'auteur de le constater à différentes reprises (ostéites vertébrale ou sacro iliaque, affections du petit bassin ou de l'arbre urinaire, etc.) Le vrai syndrome est rare. Quant au traitement, la proportion heureuse donnée par les statistiques en ce qui concerne l'exérèse fait penser que seuls les résultats favorables sont publiés. En pareilles circonstances, la greffe qui immobilise est peut-être préférable à moins qu'un examen neurologique formel ne prouve la compression de la cinquième racine antérieure lombaire.

Ulcère duodénal ancien. Sténose pylorique. Gastrectomie. Présentation de la pièce. — ***M. Pierre Le Gac*** à propos de cette présentation fait un plaidoyer en faveur de la gastrectomie large, seul traitement radical de l'ulcère ou gastrique ou duodénal. Opération sans danger si on opère loin de la poussée ulcéreuse, sur un malade bien préparé.

Traitement radiothérapique des infections inflammatoires. — ***M. Nemours Auguste*** nous dit que depuis de nombreuses années les radiologistes ont noté les bons effets de la radiothérapie dans les infections inflammatoires aiguës. Ce traitement est susceptible d'amener les guérisons de certaines infections aiguës soit profondes, soit superficielles. L'auteur après avoir fait un court résumé de l'action des rayons X dans les inflammations mentionne les inflammations aiguës profondes qui peuvent bénéficier de ce traitement et s'est attaché surtout à montrer les bons effets de cette thérapeutique dans les affections inflammatoires aiguës cutanées (furoncles, abcès, anthrax, abcès tubéreux de l'aisselle.)

G. Luquet.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 18 mars 1936

Actinomycose du côlon descendant. — ***M. Querneau*** (Quimper) eut l'occasion d'opérer un homme en état de subocclusion. L'extériorisation de la tumeur causale ne permit pas le diagnostic exact : on pensa à un cancer. Or la coupe et l'histologie montrèrent qu'il s'était agi d'une actinomycose ayant envahi le colon en respectant la muqueuse.

Kyste du mésentère. — ***M. Cabouat*** (Nîmes) enleva une tumeur kystique du mésentère, et fut obligé de pratiquer l'ablation de vingt centimètres d'intestin. La première suture intestinale fut suivie d'une occlusion. Ultérieurement une réintervention, à points séparés, fut suivie du succès.

Le rapporteur (*M. Toupet*) insiste sur la nécessité d'employer plus souvent les sutures à points séparés qui permettent d'obtenir des anastomoses élastiques, même sur des intestins de calibre très réduit, et même en réunissant des segments intestinaux de calibre très différent. Le seul inconvénient est la longueur de la technique, que l'habitude réduit d'ailleurs.

Hyperextension forcée et incision transversale dans la chirurgie des voies biliaires. — ***M. A. Desjardins.***

Névralgie du glosso pharyngien. — ***M. Petit Dutaillis*** rapporte un travail de ***M. P. Martin*** (Bruxelles). Cette affection très rare, ressemble à la névralgie du trijumeau, sauf en ce qui concerne la localisation des douleurs. Ces cas furent heureusement traités par neurotomie intracranienne du glosso-pharyngien.

Le rapporteur, à l'occasion de trois cas personnels, conteste l'efficacité de la neurotomie. D'ailleurs l'intrication du territoire du nerf avec les territoires des voisins, les anastomoses nombreuses qu'il contracte avec le sympathique, le facial, le pneumogastrique, peuvent expliquer les échecs rencontrés.

M. Welti a pratiqué deux fois la section extracrânienne du glosso-pharyngien et dans ces deux cas a eu un résultat heureux définitif.

Affaissement de la tubérosité tibiale externe. — ***M. J.-Ch. Bloch*** avait traité un affaissement tubérositaire par reposition sanglante et ostéosynthèse. Il n'eut qu'un mauvais résultat. Secondairement l'auteur fit une arthrotomie, avec modelage de la tubérosité externe qui fut sous le contrôle de la vue replacée en situation normale, et maintenue par des greffes osseuses. Le résultat de cette arthroplastie partielle fut excellent ou point de vue fonctionnel.

L'auteur insiste sur la nécessité absolue de l'arthrotomie pour pouvoir correctement placer soit les greffons, soit la vis de l'ostéosynthèse.

M. Roux-Berger appuie sur ce dernier point qu'il considère comme capital de même que ***M. Brocq***.

La colite ulcéro-hémorragique. — ***M. Lardennois*** étudie des recto-colites indépendantes de la maladie de Nicolas Favre et de la dysenterie.

Ces formes ulcéro-hémorragiques sont caractérisées non par un germe spécial, mais par des lésions anatomo-pathologiques particulières : hypersécrétion et inflammation de l'épithélium qui ensuite desquame, découvrant le chorion œdématié. Celui-ci toujours atteint s'hypertrophie, saigne, et suppure. En même temps s'esquisse la réparation de l'épithélium et la sclérose réactionnelle.

Ce dépouillement ulcéreux de la muqueuse sera donc suivi, si l'on obtient la sédation des phénomènes, d'une déchéance fonctionnelle très importante du côlon. Encore les récidives sont-elles fréquentes.

Le traitement chirurgical s'est pendant longtemps borné à la cæcostomie, qui semble actuellement insuffisante de même que l'appendicostomie. L'iléostomie préconisée par les Mayo entraîne encore une importante mortalité (1/2). La colostomie du côlon ascendant, faite juste en aval du cæcum, et de façon à détourner complètement le cours des matières ne peut-être réservée qu'aux cas ou l'intégrité de la région cæco-colique semble très probable. L'auteur est porté à admettre que le processus ulcéronécrotique commence dans le côlon gauche et s'étend de ce point mais en respectant pendant longtemps le côlon ascendant et la plus grande partie du transverse. L'intervention logique, si l'état général le permet, est la colectomie gauche précoce.

M. Soupault et ***M. Brocq*** confirment les conclusions de M. Lardennois.

J. Calvet

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, où à vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Ivan Pavlov. — JOURNAL DE MOSCOU, 3 mars 1935 :

Ivan Pétrovitch Pavlov naquit à Riazan, le 27 septembre 1849. Il fit ses premières études à l'école ecclésiastique et au séminaire de sa ville natale. En 1870, I. Pavlov, poussé par l'intérêt grandissant que suscitaient à cette époque les sciences naturelles, entre à la Faculté des sciences naturelles de l'Université de Saint-Pétersbourg. Il y fit ses études sous la direction du célèbre physiologue Cyon. En 1874, il reçut une médaille d'or pour des travaux scientifiques. En 1875, après avoir terminé ses études à l'université, Pavlov fut admis à la troisième année de l'Académie militaire de médecine.

En 1878, encore au temps où il était étudiant de cette académie, Pavlov écrivit un ouvrage sur *Les conséquences de la ligature du canal pancréatique chez les lapins*, publié dans la *Revue allemande de physiologie*, éditée par Pflueger. Cet ouvrage fut le premier pas vers le grand travail classique de Pavlov sur le fonctionnement des glandes digestives, paru dix-neuf ans plus tard.

En 1879, Pavlov termina ses études à l'Académie militaire de médecine et obtint, en 1883, le titre de docteur en médecine avec une thèse sur *Les nerfs centrifuges du cœur*. En 1884, il fut nommé agrégé de l'Académie militaire de médecine et envoyé à l'étranger pour deux ans. Il passa ces deux années en Allemagne, où il travailla sous la direction des célèbres physiologues Ludwig et Haidenhain. En 1890, Pavlov fut désigné au poste de professeur à l'Université de Tomsk, mais le ministre de l'Instruction publique, Délianov, ne le confirma pas dans cette charge. La même année, Pavlov fut nommé professeur à l'Université de Varsovie et, simultanément, professeur de l'Académie militaire de médecine à Saint-Pétersbourg pour la chaire de pharmacologie. En 1891, il devint chef de la section de physiologie à l'Institut de médecine expérimentale et, l'année suivante, obtint la chaire de physiologie à l'Académie militaire de médecine, ce qui lui ouvrit un vaste champ pour ses recherches physiologiques. En 1897, parurent ses *Conférences sur le fonctionnement des glandes digestives principales*, qui lui apportèrent la célébrité mondiale.

Vers 1890, Pavlov fit pour la première fois la démonstration scientifique à l'aide d'expériences d'un intérêt exclusif, du rapport qui existe entre les processus digestifs et les phénomènes psychiques chez l'homme. C'est ainsi que naquit la doctrine des réflexes conditionnés, qui a immortalisé le grand savant. Cette doctrine a été exposée dans son œuvre classique *Conférences sur le fonctionnement des grands hémisphères du cerveau*, parue en 1927 et qui est le résultat de vingt-cinq années de recherches dans le domaine de la physiologie.

Durant ses cinquante-huit années d'activité scientifique, Pavlov a publié des dizaines de travaux scientifiques.

Membre honoraire et effectif des académies de la plupart des pays, il a été pendant trente ans le chef reconnu d'une des plus grandes écoles de physiologues.

Le Professeur P. Kapitsa écrit d'autre part, JOURNAL DE MOSCOU, (3 mars 1935) :

... Au cours de mon travail en Angleterre, j'ai eu l'occasion de ressentir cette atmosphère d'estime dont le nom de I. Pavlov était entouré. Dans ce pays, qu'il avait souvent visité et dont le peuple lui plaisait, il était toujours accueilli avec affabilité et on lui faisait même grâce de ce qu'il ne savait pas l'anglais. Ses mérites scientifiques y étaient hautement appréciés et les grades académiques existants lui ont tous été décernés. Il était membre de presque toutes les sociétés scientifiques, possesseur

de toutes les médailles, docteur *honoris causa* des plus grandes Universités.

Aujourd'hui encore, on raconte à Cambridge comment s'est passée la cérémonie du décernement à I. Pavlov du grade d'honneur par l'Université. Les traditions universitaires n'admettent pas la présence d'étudiants dans la salle des séances du « Sénat » de Cambridge et les étudiants se sont donc rassemblés dans les galeries supérieures de la salle. Au beau milieu de la séance quelqu'un a fait descendre de là, attaché à une ficelle, l'offrande modeste et symbolique des étudiants au grand savant : un petit chien expérimental empaillé. Ce petit cadeau a fait beaucoup de plaisir à I. Pavlov pour qui il était un indice de ce que ses travaux devenaient familiers aux auditoires d'étudiants. L'initiateur de ce cadeau fut le petit-fils de Charles Darwin, aujourd'hui professeur de physique bien connu de l'Université d'Edimbourg.

Au cours des longues années de son activité scientifique, I. Pavlov n'a jamais eu le loisir d'apprendre les langues étrangères : il ne possédait que l'allemand et encore à un degré insuffisant. Toutefois, son parler animé, d'une force d'expression extraordinaire dans les intonations et les gestes, devenait accessible aux auditeurs des nationalités les plus variées. Toute sa manière de se comporter et de parler témoignait d'une nature ardente, d'une individualité puissante, indépendante et forte. C'est cette individualité qui a inspiré I. Pavlov dans tout le cours de son travail scientifique.

C'est peut-être à ceci qu'est dû le fait que le grand savant n'a livré au public ses travaux les plus importants qu'à l'approche de la quarantaine, tandis que la plupart des savants les formulent bien avant cet âge ; je ne connais parmi les hommes de science que Faraday qui eût commencé la série de ses découvertes d'importance mondiale au même âge que Pavlov. Le fait est qu'apparemment les natures fortes préfèrent ouvrir des voies nouvelles, au lieu de suivre les chemins battus et calmes que d'autres ont ouverts avant eux. Il se peut que I. Pavlov ait mis bien des années à tracer une nouvelle piste dans la science et à en faire une voie large que d'autres seront appelés à suivre.

Dès les premiers mots qu'on échangeait avec lui, on sentait qu'on avait à faire à une individualité forte. I. Pavlov ne savait pas ce que c'est qu'un sujet « facile », superficiel ; une attitude flegmatique, négligente ou indifférente envers ce qui l'entourait lui était organiquement étrangère. Dans tout, depuis les problèmes les plus compliqués de son œuvre vitale, et jusqu'aux distractions de ses loisirs, aux amusements, aux jeux de cartes, se décelait le tempérament vif et passionné d'un véritable homme qui ne fait rien sans aller jusqu'au bout.

Bien des questions de la vie, en dehors de celles qui découlaient immédiatement de son activité scientifique, occupaient I. Pavlov profondément. Ces derniers temps, il disait qu'il aurait voulu vivre encore une dizaine d'années au moins. On découvrait tant de force et de clarté d'esprit dans sa conversation, et il semblait qu'il était encore si loin de la mort...

Un article posthume de I. Pavlov, LE JOURNAL DE MOSCOU (3 mars 1936) :

Le Comité central de l'union des jeunesses communistes ayant prié I. Pavlov de dire son avis sur les tâches qui incombent aux jeunes savants, I. Pavlov a adressé dans les premiers jours de février la lettre ci-contre à la revue La Technique pour la Jeunesse *et à la rédaction du recueil* Une génération de vainqueurs.

Vous me demandez ce que je souhaite à la jeunesse de mon pays qui se consacre à la science ?

Je lui souhaite avant tout d'avoir de l'esprit de suite. Je ne saurais jamais parler sans émotion de cette condition primordiale pour la fécondité de tout travail scientifique. De l'esprit de suite toujours et en tout ! Dès le début de votre travail, habituez-vous à accumuler des connaissances avec un esprit de suite rigoureux.

Apprenez l'ABC de la science avant de tenter l'ascension de ses sommets. N'entreprenez jamais l'étude de choses nouvelles avant de bien posséder ce que vous avez appris. N'essayez jamais de camoufler les lacunes de votre savoir par des conjectures et des hypothèses, si hardies soient-elles. Quel qu'attrayant que vous semble l'éclat chatoyant de cette bulle de savon, elle crèvera inévitablement, ne vous laissant que de la confusion.

Habituez-vous à vous maîtriser, habituez-vous à la patience. Apprenez à faire le gros ouvrage de la science. Etudiez, confrontez, accumulez les faits !

Si parfaite que soit l'aile de l'oiseau, elle ne pourrait jamais l'élever dans les cieux s'il n'avait pas l'air pour appui. Les faits, voilà l'air du savant ! Sans eux, vous ne pourrez jamais prendre le vol. Sans eux, toutes vos « théories » resteront de vaines tentatives.

Mais, en étudiant, en expérimentant, en observant, efforcez-vous de ne pas rester à la surface des faits. Ne devenez pas des archivistes de faits. Tentez de pénétrer le mystère de leur apparition. Cherchez avec persévérance les lois qui les régissent.

La deuxième qualité est la modestie. Ne pensez jamais que vous savez déjà tout. Si haute que puisse être l'appréciation des autres, ayez toujours le courage de vous dire : je suis un ignorant.

Ne laissez pas l'orgueil s'emparer de vous. L'orgueil vous fera persister là où vous devez céder. Il vous fera repousser un bon conseil, et le concours d'un ami, il vous fera perdre la mesure dans l'estimation objective des faits.

Dans le collectif que je dirige, c'est l'atmosphère qui fait tout. Nous sommes tous attelés à une cause commune, et chacun fait avancer cette cause dans la mesure de ses moyens et de ses forces. Bien souvent on ne peut même pas discerner chez nous ce qui est « à moi » et ce qui est « à toi », mais notre cause commune profite seulement de cette situation.

La troisième qualité est la passion. N'oubliez pas que la science exige de l'homme qu'il lui voue toute sa vie. Et même si vous aviez deux vies, elles ne vous suffiraient pas. La science demande à l'homme beaucoup de tension de forces et une grande passion. Soyez passionnés dans votre travail et dans vos recherches !

Notre patrie ouvre de vastes possibilités aux savants et, il faut le reconnaître, on fait généreusement pénétrer les sciences dans la vie. Vraiment, avec une générosité incroyable !

Que dire de la situation qui est faite chez nous au jeune savant ?

Tout est clair à ce sujet. Il lui est beaucoup donné, mais on en lui demandera beaucoup aussi.

Pour la jeunesse, comme pour nous-même, c'est un point d'honneur de justifier les grandes espérances que notre patrie a eues en la science.

I. PAVLOV.

L'énigme du coucou. — *Il est peu de questions qui aient fait couler autant d'encre depuis deux mille ans et le Docteur F. Cathelin y revient* (L'OISEAU ET LA REVUE FRANÇAISE D'ORNITHOLOGIE, n° 1, 1936) *en proposant une nouvelle explication :*

« En ce qui concerne, dit-il l'élimination des jeunes propriétaires par le jeune coucou, depuis près de 140 ans, nous vivions tous à ce sujet sur la *doctrine de Jenner*, le génial inventeur de la vaccine qui fut à la fois un grand médecin et un perspicace observateur de la nature. On la connaît, grâce à sa description, jusque dans les détails. Le jeune coucou serait bien le responsable *volontaire* de l'élimination des jeunes, rejetant *volontairement* ses voisins hors du nid, ou les œufs eux-mêmes, les projetant par dessus bord pour s'assurer ainsi une place confortable. Franklin vint étayer cette explication de Jenner en montrant que la cuvette creusée sur le dos du jeune coucou favorisait cette prise en charge et était en quelque sorte inventée — oh ! prévoyante Nature ! — pour cette expulsion *manu militari* ! D'où les qualificatifs d'assassin, d'ogre et de brigand que les poètes n'ont pas manqué d'attribuer au jeune coucou.

A l'opposé de cette doctrine de Jenner, nous trouvons celle de Raspail qui qualifie de fable toute cette histoire, qui montre que le jeune coucou ne saurait être assez fort pour une semblable besogne et qui, carrément, innocentant le jeune, incrimine la mère coucou de perforer les œufs étrangers et de les rejeter au déhors.

Devant l'évidence des faits où, malgré la présence du jeune coucou, des observateurs ont vu tantôt les œufs du propriétaire du nid et même des petits, Raspail invoque alors la disparition de la mère coucou, tuée ou mangée par un rapace.

A notre avis, la question se pose et doit se résoudre d'une manière beaucoup plus simple.

En relisant toutes les observations, on voit que tantôt il y a des œufs de l'insectivore et l'œuf de coucou, que tantôt il y a des œufs et le jeune coucou, qu'enfin, il peut y avoir des jeunes et le jeune coucou.

Or, il faut se rappeler que dans l'immense majorité des cas, il s'agit de nids toujours petits et très étroits, à cuvette peu marquée, ce qui explique l'impossibilité absolue pour la femelle coucou de pondre dans une telle demeure et la nécessité par conséquent de déposer *directement* l'œuf qu'elle emporte dans son large gosier.

Il faut se rappeler en outre, comme nous l'avons tous vu, que trois ou quatre de ces petits insectivores éclos remplissent déjà toute la coupe, étant même souvent singulièrement à l'étroit.

Il faut se rappeler encore que le jeune coucou seul, gros à sa naissance comme trois de ses petits camarades, ne trouverait aucune place pour se loger et que la nécessité veut que seul il se débrouille comme il pourra, d'après les lois de l'évolution. Il y a là un cas d'adaptation remarquable et rien de plus. C'est un merveilleux mode de sélection naturelle.

S'il vient au monde avant l'éclosion des autres œufs ou après cette éclosion, il lui est nécessaire, pour occuper toute la couche, de rejeter par dessus bord tout ce qui contrarie ses mouvements.

Il n'y a rien de volontaire là-dedans. Cela résulte d'une *disposition mécanique* dont il n'est pas maître. Jenner n'a pas tort et Raspail non plus. L'expulsion est certaine, aucun d'eux ne le nie. Mais il est inutile d'accorder la moindre parcelle d'entendement au jeune coucou, victime d'une loi naturelle, basée sur un phénomène d'adaptation.

C'est la loi du plus fort, comme dans les théories darwiniennes ; c'est le triomphe du plus apte.

Le jeune coucou — y compris son dos — n'y est pour rien, car il n'est pas plus large qu'un autre oiseau de sa taille. Il s'agit d'une affaire purement mécanique. Ce sont les mouvements *involontaires* de ce poussin d'adoption, mouvements de translation que nous connaissons bien, avec les jeunes ailes formant mue qui, à l'insu du jeune coucou, font rejeter sur le côté petits ou œufs, d'autant plus que la chose est très facile dans les nids occupés par l'intrus. Ce qui serait étonnant, c'est qu'il n'en fût pas ainsi. La chose est immanquable et le jeune coucou n'y est pour rien.

Une fois l'œuf ou le jeune oiseau relégué sur le rebord du nid, la chute est fatale. Il suffit du balancement des branches par un coup de vent pour faire le reste.

Jenner a donc raison dans la vérité du fait — sinon dans son interprétation — et Raspail n'a pas tort quand il écrit que le jeune coucou est incapable en naissant de se livrer à des acrobaties de déménageur.

Tout revient à l'équation : petitesse du nid et dimensions du jeune coucou. C'est une équation algébrique de la plus élémentaire solution.

Inutile donc de se charger la conscience inexistante du jeune coucou des méfaits les plus graves. Son comportement lui est imposé par les circonstances et toute la poésie de la doctrine de Jenner se réduit à un simple mode de sélection naturelle.

Toutes les hypothèses et toutes les invectives tombent devant ce fait évident que le bon sens et le jugement sanctionnent.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois, du 15 décembre au 30 juillet. Le numéro : 4 fr. 50. Abonnement : France, 60 francs. Boivin, édit., 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 29 février 1936 : P. HAZARD : Les caractères originaux du lyrisme romantique français. — J. PLATTARD : « L'institution chrétienne », de Calvin, premier monument de l'éloquence française. — Ch. SEIGNOBOS : Histoire des conditions générales de la vie civilisée chez les peuples de l'Europe (II). — Marcel BOUTERON : Balzac et « le médecin de campagne » (II). — Henri HAUSER : Etudes sur l'histoire des prix (III) : Essai d'interprétation des documents sur les prix. — Gustave MICHAUT : La Bruyère (V) : Le chapitre des « Ouvrages de l'Esprit ». — C. SPRIETZMA : Lamartine et Th. Foisset (III) ; Foisset et la Révolution de Juillet.

Le Gérant : A. ROUZAUD CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 14 LE NUMÉRO : 50 Centimes 4 AVRIL 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Travaux originaux

R. GLÉNARD et M. FAUQUÉ : Insuffisance hépatique et déformations du foie 553

Pharmacie militaire

M. PERRIN : Le formulaire pharmaceutique du service de santé de l'armée 557

Chirurgie

Sur un point de technique dans les hystérectomies abdominales. — L'hématome chronique sous-dural, par J. CHATAIN 562

Revue de Presse départementale et coloniale, par J. LAFONT 567

Variétés, par P. LE GENDRE 579

Sociétés savantes

Académie de Médecine 571
Académie de Chirurgie 572
Société Médicale des Hôpitaux 572
Société de Thérapeutique 575
Société des Chirurgiens de Paris 576

Notes cliniques et thérapeutiques 576

Nouvelles 547

Echos et Glanures 579

Bibliographie 564

Les Livres de la semaine 582

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 24 mars. M. Hutin. Absence congénitale du vagin (traitement chirurgical). — M. Slim. Traitement local des furoncles et anthrax par l'acide salicylique cristallisé. — M. Goldstein. Etude de la présentation du siège. Statistique de la maternité Pitié des six dernières années.

25 mars. — Mme Mercier. L'œuvre anatomo-pathologique du Professeur Maurice Letulle. — M. Charlot. Accidents nerveux (troubles moteurs et sensitifs) secondaires à l'emploi de l'émétine. — M. Laplane. Hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde, pathogénie. Rôle du système neuro-végétatif. — M. Netter. Les cardionéphrites.

26 mars. — M. Tego Demosthène. Recherches sur l'étiologie et la fréquence du rachitisme.

28 mars. — M. Duquesne. Nécessité de supprimer les petits abattoirs particuliers au point de vue de l'hygiène. — M. Mercier. Etude de l'action de l'anhydride sulfureuse sur la conservation des vins. — M. Oster. Etude de la pathogénie professionnelle dans l'industrie textile. — M. Pittchalsky. Tropisme buccal et immunité locale dans les infections buccales du nouveau-né. — M. Pouget. Hygiène individuelle de la jeunesse travailleuse française.

30 mars. — M. Barraya. La thyroïdectomie totale. — M. Labougle. Anévrismes de l'artère ischiatique. — M. Duchêne. Les dysembryomes de l'ourique. — Mlle Hix. Les sillons congénitaux, dits par brides amnéotiques. — M. Lerouge. Etude du traitement des dysménorrhées par l'anémone pulsatile. — M. Delamare. Sécrétion rénale et tension superficielle.

31 mars. — M. Salomon. Etude des tumeurs épithéliales de l'amygdale. — M. Duret. Etiologie et prophylaxie de récidives du trichiasis de la paupière supérieure. — M. Pétavy. Gérontoxon signe d'intoxication cholestérinique dans la cataracte, le glaucome et l'iritis de la cinquantaine.

— *Concours pour l'adjuvat.* — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le jeudi 7 mai 1936, à midi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves français de la Faculté sont admis à prendre part à ce concours.

Ils devront au préalable déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 2 de l'arrêté ministériel du 30 avril 1935.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté de 15 à 17 heures, tous les jours, jusqu'au mardi 21 avril inclusivement.

— *Concours pour le prosectorat.* — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le vendredi 1er mai 1936, à midi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Ils devront au préalable déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 17 de l'arrêté ministériel du 30 avril 1935.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 à 17 heures, tous les jours, jusqu'au mardi 21 avril inclusivement.

— *Vacances de Pâques* 1936. — Du dimanche 5 avril au dimanche 19 avril inclus.

Les cours, travaux pratiques et examens reprendront le lundi 20 avril.

Secrétariat. — Le secrétariat sera fermé du samedi 11 avril au mardi 14 avril inclus.

En dehors de ces dates, il sera ouvert tous les jours, aux heures habituelles.

Bibliothèque. — La bibliothèque sera ouverte :

1° Les lundi 6, mardi 7 et mercredi 8 avril, de 13 à 17 heures ;
2° Les vendredi 17 et samedi 18 avril, de 13 à 17 heures.

Elle sera fermée du jeudi 9 au jeudi 16 avril inclus.

Académie de chirurgie. — Ont été élus membres libres :

MM. d'Arsonval professeur honoraire au Collège de France, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine ; Leclainche, vice-président de l'Académie des sciences ; Antoine Béclère, ancien président de l'Académie de médecine, et Cl. Regaud, professeur à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine,.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgien des hôpitaux* (admissibilité). — Sont déclarés admissibles :

MM. Couvelaire et Jean Gosset, 69 ; Gérard-Marchant, Patel et Padovani, 65 ; Longuet, 64.

Hôpitaux de Bordeaux. — Sont nommés :

M. Lachapèle, électro-radiologiste de l'hôpital Saint-André, en remplacement de M. Nancel-Penard, admis à l'honorariat.

M. Mathey-Cornat, électro-radiologiste de l'hôpital Pellegrin, en remplacement de M. Lachapèle, appelé à d'autres fonctions.

M. Guichard, électro-radiologiste de l'hôpital des Enfants, en remplacement de M. Mathey-Cornat, appelé à d'autres fonctions.

Muséum national d'histoire naturelle. — *Cours de physiologie générale.* — M. J. Tissot, professeur, a commencé ce cours le mardi 24 mars 1936, à 15 heures, dans l'amphithéâtre du Laboratoire (entrée rue Cuvier, n° 57), et le continue le jeudi suivant, à 15 heures, et les mardi et jeudi de chaque semaine, aux mêmes heures.

Le cours sera complété par des conférences avec démonstrations pratiques qui auront lieu au laboratoire.

Etude de la constitution élémentaire des tissus animaux et des déviations que peut subir leur forme végétative normale ; rela-

tions entre la forme végétative et les phénomènes physiologiques ; étude, dans leur culture *in vitro*, des éléments constitutifs normaux des tissus.

— *Leçons de dessin appliqué à l'étude des animaux.* — M. Edouard Mérite commencera ces leçons le lundi 6 avril 1936, à 13 heures et demie, et les continuera les jeudis et lundis suivants, à la même heure, dans la salle de dessin (Porte d'Austerlitz).

M. Mérite s'occupera spécialement du dessin d'histoire naturelle pour la zoologie, des procédés de reproduction et de l'application des documents scientifiques aux Beaux-Arts.

Des leçons auront lieu dans la Ménagerie quand le temps le permettra.

— *Leçons de dessin appliqué à l'étude des plantes.* — M. Henri Hissard commencera ces leçons le mercredi 22 avril 1936, à 13 heures et demie, et les continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure, dans la salle de dessin (Porte d'Austerlitz).

Des leçons auront lieu dans les jardins quand le temps le permettra.

Concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le vendredi 5 juin 1936, à 9 heures, à l'Administration centrale (salle des Commissions), 3, avenue Victoria. Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration, de 14 à 17 heures, du lundi 11 au mardi 19 mai 1936 inclusivement, dimanches et fêtes exceptés.

Concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 11 mai 1936, à 9 heures, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration, de 14 heures à 17 heures, du mercredi 15 avril au mercredi 22 avril 1936 inclusivement.

Les exonérations de l'augmentation des droits d'inscription. — « Pendant les années scolaires de 1935-1936 à 1940-1941 incluse, les étudiants pourvus au 1er octobre 1935 d'au moins deux inscriptions non périmées afférentes à un diplôme d'Etat et poursuivant régulièrement leurs études en vue dudit diplôme seront exonérés des augmentations des droits d'inscription résultant du décret-loi du 10 août 1935. »

(*J. O.*, 24 mars).

Légion d'honneur. — Intérieur. — Sont nommés :

Au grade de chevalier. — MM. les Docteurs Cambiès (de Paris), Ill (de Sceaux).

Asiles publics d'aliénés. — M. le Docteur Bobé, médecin chef de l'Asile d'aliénés de Sarreguemines (Moselle), est nommé médecin directeur de l'Asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), en remplacement de M. le Docteur Briau.

M. le Docteur Dagand, reçu au concours de médecin des Asiles de 1935 avec le numéro 2, est nommé médecin chef de service à l'Asile privé faisant fonction d'asile public de Limoux (Aude), en remplacement de M. le Docteur Piquemal, décédé.

Le Premier Congrès mondial des médecins juifs en Palestine. — On nous communique, qu'au premier Congrès mondial des médecins juifs en Palestine, qui aura lieu le 21 avril à Tel-Aviv, prendront part les savants universellement connus dans le monde médical.

Le théâtre connu « Habima » donnera une représentation spéciale à l'honneur des délégués du Congrès.

Des excursions à travers la Palestine et la Syrie auront lieu.

Pour tous les renseignements il faut s'adresser à l'Union Ose, 92, avenue des Champs-Elysées, Paris (VIIIe), Tél. : Balzac 07-27, et à l'Agence de Voyage « Palestine Express Compagnie », 7, boulevard des Capucines, Paris (IIe), Tél. : Opéra 74-77.

Association générale des médecins de France. — *Bourses familiales du Corps médical* (Fondation de M. le Docteur Roussel). — Il est rappelé que des bourses annuelles de 10.000 francs ont été créées par le Docteur Roussel, en faveur des médecins ayant au moins cinq enfants et des veuves en ayant trois à leur charge, et dont la situation est particulièrement digne d'intérêt.

Comme les années précédentes, les demandes devront être adressées au siège de l'Association générale des médecins de France, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe), pour le 1er mai au plus tard.

Les confrères ou veuves qui se sont déjà mis en instance devront avertir par lettre du maintien de leur candidature pour 1936.

Service de santé. — *Promotions trimestrielles.* — Au grade de médecin colonel. — Les médecins lieutenants-colonels : Lambert des Cilleuls, de la sect. techn ; Baur, de l'hôp. Sédillot, Nancy ; Salinier, des troupes du Maroc ; Bergeret, du min. de la Guerre ; Bellot, de l'hôp. Gaujot ; à Strasbourg ; de Gauléjac, de l'hosp. mixte de Reims ; Cavarroc, de la place de Lyon ; Anglade, médecin des hôpitaux militaires, hôpital militaire de Versailles, président de commission de réforme ; Legendre, ministère des Pensions.

AU GRADE DE MÉDECIN LIEUTENANT-COLONEL. — Les médecins commandants : Guillaume, de l'hôp. de Grenoble ; Sarrot, de la légion de la Garde républicaine, à l'hosp. mixte de Tarbes ; Gardey, de l'hôp. de Thionville ; Codvelle, de l'Ecole d'applic. du Serv. de santé ; Delaye, de l'Ecole d'applic. du Serv. de santé ; Belbèze, du 46e d'inf., à l'hosp. mixte de Montauban ; Renoux, de l'hôp. Maillot, à Alger; Mercier, du centre de réf. de Nancy, à l'hôp. Scrive, à Lille Heyraud, de l'hosp. mixte d'Agen Sondag, des troupes du Maroc ; Wulliam, de l'hôp. d'Epinal.

AU GRADE DE MÉDECIN COMMANDANT. — Les médecins capitaines : Hourdille, des troupes du Levant ; Le Berre, du 137e d'inf. ; Bétirac, du 19e C. A. ; Thibault, du 18e chasseurs à cheval ; François, du 170e d'inf. ; Roche, du 404e d'art. ; Chainet, de l'hôp. du camp de Coetquidan ; Rouget, de l'hôp. d'Ajaccio ; Krick, du 146e d'inf. ; Carlioz, du 403e d'art. ; Veyrenc, du 95e d'inf. ; Rousse, de la Commission consult. médicale ; Deminuid, du 186e d'art., à Dijon ; Allègre, du 110e d'inf. ; Migayron, de l'hôp. de Grenoble ; Souchay, d la base d'aérost. n° 152 ; Leblais, du 3e génie ; Staub, du 2e génie.

AU GRADE DE MÉDECIN CAPITAINE. — Les médecins lieutenants Serny, du 3e d'inf., au 4e gr. d'auto-mitraill. ; Mathière, du 6e génie ; Rouquet, du 501e chars ; Palon, du 5e génie ; Pagès, de la base aér. n° 112 ; Mabille, des troupes de Tunisie ; Lautrette, du 6e spahis algériens ; Boursiac, du 126e d'inf. ; Peyne, du 74e bat. alpin de fort ; Chantegreil, de la Légion de la Garde républicaine ; Tripier, du 8e zouaves ; Cazeilles, du 30e d'art. ; Cuzin, de la base aér. n° 104, au 61e d'art. ; Munaret, du 19e C. A. ; Siau, du 52e d'art. ; Deumié, de la base aér. n° 136 ; Rozier, du 109e d'art ; Gouilly, de la base aér. n° 121, au 170e d'inf. ; Mirebeau, de la 14e comp. de l'air ; Gauthier, Zeude, Mathey et Faugère, des troupes du Maroc.

AU GRADE DE PHARMACIEN COLONEL. — Le pharmacien lieutenant-colonel Leulier, de l'hôp. d'instruction Desgenettes, à Lyon.

MUTATIONS SEMI-MENSUELLES. — Les médecins colonels : Grenier, de l'hosp. mixte de Châlons-sur-Marne ; Maisonnet, de l'hôp. Percy, Clamart, à l'Ecole d'applic. du Serv. de santé ; Bercher, de l'hôp. du Val-de-Grâce, à l'hôpital Percy, Clamart ; Dizac, de l'hosp. mixte de Tarbes, sous-dir. du Serv. de santé de la 16e région.

Le médecin lieutenant-colonel Minel, de l'hôp. de Rennes, médecin chef.

Les médecins commandants ; Grenot, du centre de réforme de Strasbourg, au centre de réforme de Nancy ; Jahl, du 19e C. A., à la Légion de la Garde rép. de Paris ; Vidal, de l'infirmerie-hôp. du camp de Sissonne, au 46e d'inf. ; Bonneterre, des troupes du Maroc, à l'hosp. mixte de Nice ; Peusse, de l'hosp. mixte de Tours, à l'hosp. mixte de Châlons-sur-Marne ; Cordier, du 19e C. A., au 21e tir. algériens ; Ginestet, de l'hôp. Desgenettes, Lyon, à l'hôp. du Val-de-Grâce.

Fédération des Syndicats medicaux de la Seine. — Les Groupements médico-pharmaceutiques se sont entendus pour une action commune en vue des élections prochaines, action qui s'exercera en dehors de toute question politique. Un cahier de revendications sera présenté à l'acceptation formelle des candidats et les résultats des demandes seront communiqués aux membres de ces groupements.

Le Comité d'action demande à tous de s'en inspirer pour leur vote, et, en particulier aux médecins de n'envisager que les intérêts étroitement liés de la médecine et de la santé publique.


THÉOSALVOSE

TRAVAUX ORIGINAUX

Insuffisance hépatique et déformations du foie

Par MM. R. GLÉNARD et M. FAUQUÉ

Peu de termes médicaux prêtent actuellement à autant de controverses que celui d'insuffisance hépatique.

Vue sous l'angle de la chimie pure, où aucun diagnostic ne saurait être retenu sans la possibilité d'en avoir un contrôle scientifique exact, celle-ci est devenue une notion difficilement vérifiable.

Les innombrables travaux de laboratoire auxquels elle a donné lieu se sont toujours heurtés, et nous n'y pouvons rien, à l'embarras de reconnaître le rôle personnel du foie dans tant de fonctions diverses où l'organisme joue tout entier.

Si nous nous plaçons au point de vue de la pratique médicale courante, nous ne saurions oublier que l'insuffisance chronique fonctionnelle du foie fut la définition adoptée par l'hépatisme, en 1890.

Or c'est l'hépatisme, bien des années avant le laboratoire, qui nous a appris l'importance fonctionnelle du foie dans la pathologie, sur le double témoignage de l'interrogatoire des malades et de la palpation hépatique.

Devant une telle incertitude, et considérant que nos récentes acquisitions sur les « réactions vaso-motrices » du foie donnent aux enseignements de la palpation un intérêt renouvelé, nous avons cherché, en collaboration avec M. Fauqué, à serrer de plus près la question.

Pour y parvenir, nous avons entrepris de confronter, chez 200 malades notoirement hépatiques d'après l'interrogatoire, mais généralement peu atteints, les indications conjuguées de la palpation du foie et des examens chimiques. Ce sont nos résultats que nous vous apportons.

L'interrogatoire des sujets, qui tous avaient été envoyés comme « hépatiques » à Vichy, pour y faire une cure hydrominérale, a été établi avec soin, tant pour les symptômes actuels que pour les antécédents personnels ou héréditaires.

La palpation a été réalisée le mieux possible, généralement par le « procédé du pouce » seul capable de déceler avec précision, par le ressaut du bord inférieur du foie en fin d'abaissement inspiratoire, les moindres anomalies de sensibilité, de volume, de forme, de mobilité, de consistance de cet organe, intermédiaires entre l'état normal et les volumineuses hypertrophies.

Les recherches de laboratoire ont été nombreuses, comme cela est obligatoire devant l'indépendance des multiples fonctions du foie.

En plus des examens habituels, nous avons réalisé certaines épreuves actuellement préconisées (galactosurie provoquée, courbe de glycémie provoquée, rose bengale, index biliaire plasmatique.) Mais, d'une façon constante, nous avons établi, chez tous nos malades, le bilan suivant :

Dans l'urine : coefficient de Maillard
urobiline.

Dans le sang : urée.
acide urique.
cholestérol
glucose.
bilirubine.
azote résiduel.

Nous ne nous dissimulons pas les critiques auxquelles est exposée cette manière de faire.

La valeur de chacun des termes de semblables analyses est de plus en plus battue en brèche, celle du cholestérol par exemple, en ce qui concerne sa signification pour le foie.

Nous avons cependant maintenu cette ligne de conduite, pour uniformiser nos résultats, et pour rester dans les conditions où se trouvent l'immense majorité des praticiens, obligés de se contenter des seuls renseignements qu'ils peuvent généralement obtenir.

D'ailleurs ne peut-on estimer que le nombre de ces recherches compense ce que chacune d'elles présente d'imprécis pour le foie, et donne un tableau suffisamment approché du fonctionnement régulateur de cet organe ?

Nous n'attachons du reste à ce premier travail qu'une valeur d'indication générale, souhaitant vivement que les services spécialisés mettent leurs ressources exceptionnelles au profit d'enquêtes analogues. Nous leur proposons seulement de faire porter leurs examens, moins sur des sujets d'hôpital, que sur des malades ambulatoires de la clientèle privée, plus au début de leur affection.

Nos résultats d'ensemble, sur 200 malades, nous ont donné :

80 % de parallélisme entre la palpation et le laboratoire.

20 % de discordance, dont 5 % par prédominance de la chimie, 15 % par celle de palpation.

Cas de concordance

Les cas de concordance entre les résultats de la palpation et ceux des recherches de laboratoire l'emportent de beaucoup.

Chez deux sujets où la sensibilité de la région vésiculaire contrastait avec l'absence de signes physiques anormaux du côté du foie, seuls les éléments biliaires de l'urine et du sang s'écartaient de la normale.

Dans plusieurs observations, les indications de ces deux sortes d'examens, faits au début et à la fin de la cure, furent de même ordre, quel qu'ait été le sens des résultats thérapeutiques obtenus.

Déjà, en collaboration avec M. Rouzaud, en 1921, l'un de nous avait montré la constance des troubles chimiques d'insuffisance hépatique dans 21 cas d'hépatoptose.

Sur un groupe de 20 malades atteints de déformations hépatiques marquées, MM. Fauqué et Manceau, ont noté, récemment chez tous, des chiffres anormaux dans le dosage des lipoïdes sanguins.

Maintenant il faut bien dire que tous les degrés existent, au point de vue chimique, entre l'état normal et les insuffisances hépatiques nettement caractérisées.

Les analyses normales sont difficiles à définir, étant donnée la marge des variations non pathologiques. Il y a parfois des signes d'hyperhépatie peu commodes à interpréter.

On peut estimer que certains écarts n'ont pas une signification absolue, et ne peuvent réellement prendre de la valeur que s'ils persistent à des examens successifs.

L'analyse chimique n'a pas toujours des rapports très étroits avec le tableau clinique.

Dans les cas encore peu accentués, elle ne donne guère de renseignements différents, qu'il s'agisse de sensibilité vésiculaire ou hépatique, de ptose, de congestion simple ou de cirrhose du foie, syndromes pourtant bien dissemblables au point de vue clinique ; et elle ne saurait toujours être assez souvent répétée pour pouvoir utilement suivre leurs fréquentes et rapides variations, tout au moins au début (Soc. gastro-anat., février 1935).

Ce n'est que plus tard, lorsque les déformations hépatiques se sont stabilisées, que les renseignements du laboratoire deviennent de haute importance pour le pronostic et pour le traitement.

Mais, quelles que soient ces réserves, on arrive parfaitement à comprendre comment la palpation du foie a pu, tout d'abord, à elle seule, nous renseigner sur la fréquence et la diversité des

troubles fonctionnels hépatiques, sur le caractère de chronicité qu'ils prennent chez certains malades et sur les indications thérapeutiques qui s'en suivent.

Désaccord par prédominance chimique

Dans 10 de nos cas, la palpation du foie était négative tandis que l'analyse chimique nous donnait de précieux renseignements.

Cela peut venir de ce que la palpation se trouve en défaut, du fait de quelque obstacle à sa bonne application (obésité, météorisme, contracture, douleur) ou de sa difficulté, en cas d'hépatoptose, si souvent méconnue par exemple.

Mais il arrive qu'un foie fonctionne mal, sans que la forme extérieure s'en trouve modifiée.

Dans deux de nos cas existait seulement une légère sensibilité hépatique, devant un syndrome chimique nettement défavorable, mais on sait que ce trouble de sensibilité peut être l'indice d'une réaction active du foie, s'accompagnant de désordres fonctionnels chimiques marqués, comme dans l'ictère catarrhal.

Dans un cas d'hypertrophie indurée du foie, seule l'exploration chimique traduisit une amélioration que n'accompagnait aucun changement de la forme extérieure de l'organe.

Chez un homme de 60 ans, dont le foie n'était pas perceptible à la palpation, l'excès d'urée dans le sang (0,79) l'élévation de la constante d'Ambard (K = 0,24) et celle de la pression artérielle (13/24), firent modifier le diagnostic en faveur d'une insuffisance rénale.

L'examen du fonctionnement hépatique est donc toujours un auxiliaire diagnostique précieux, et qui demande à être fait toutes les fois que cela est possible.

Désaccord par prédominance de la palpation

Sur nos 200 observations, nous avons relevé 30 cas où l'existence marquée de déformations du foie ou de sensibilité à la pression ne présentait qu'une contre-partie chimique à peu près normale.

Tous les sujets avaient des symptômes subjectifs très nets, parmi ceux qu'on a coutume de désigner sous le nom de « petits signes de l'hépatisme » (douleurs hépatiques locales ou lointaines, troubles intestinaux particuliers, teint jaune, fatigue, etc.) et la plupart signalaient des antécédents hépatiques.

Au point de vue séméiologique, nous notons :

Quatre cas de simple sensibilité de la région vésiculaire,

Trois où la sensibilité était strictement localisée sur la crête du bord inférieur du foie, légèrement débordant,

Quatre cas de cette variété d'hépatoptose dite résiduelle, avec foie souple ou à ressaut, qui, sans être accompagnée de signes de ptoses viscérales, correspond à la phase de résolution de poussées congestives récentes et permet de faire le diagnostic d'hépatisme dans leur intervalle.

Deux cas dans lesquels on reconnaissait l'existence d'un certain degré de stase sanguine d'origine hyposystolique.

La majorité se rapporte à des poussées congestives du foie, avec simple rénitence et plus ou moins de sensibilité à la pression.

Pour beaucoup, la cause semble provenir de suralimentation, écarts de régime, alcoolisme, et tenir à de la congestion vaso-motrice par surmenage fonctionnel. D'aucuns l'attribueraient plutôt à de l'augmentation de la réserve de glycogène (M. Fiessinger), ou à de la stase par contraction des veines sus-hépatiques (Villaret, Justin-Besançon et Fauvert) (Thèse Paris, 1935).

Enfin cinq font penser à de la congestion vaso-motrice d'origine nerveuse sympathique.

Parmi les causes provocatrices on trouve les émotions, les orages, certaines applications externes (chaleur, rayons ultraviolets), l'absorption d'aliments ou de remèdes mal tolérés, et l'on reconnaît l'existence soit d'une hypersensibilité locale du foie, soit d'un déséquilibre endocrino-sympathique général.

Chez une de nos malades, très nerveuse, le ressaut du bord inférieur du foie au procédé du pouce provoqua aussitôt l'explosion d'un fort accès d'angoisse, dont l'origine hépatique fut ainsi démontrée.

De semblables faits sont entièrement d'accord avec ceux que l'un de nous signalait en 1932 avec M. J. Vinchon (*Presse Médicale*.)

Tous ces cas nous ramènent à la question nouvellement développée des réactions vaso-motrices du foie.

De nombreuses expériences physiologiques nous ont montré la possibilité d'obtenir, de diverses manières, des phénomènes de vaso-dilatation, de vaso-constriction, d'atonie les plus nets, par changement dans la réplétion sanguine de ce volumineux organe.

La clinique ne cesse d'offrir à notre observation manuelle des modifications pathologiques du foie exactement superposables : congestion, rétraction, ptose.

On comprend fort bien que de sembables troubles circulatoires puissent exister et donner naissance à des symptômes hépatiques subjectifs, locaux ou à distance, sans que les examens de laboratoire soient capables d'en traduire exactement l'image par un tableau chimique d'insuffisance fonctionnelle.

Pour que cette dernière apparaisse à nos analyses, il faut qu'elle soit assez forte pour pouvoir vaincre la suppléance des parties du foie restées saines, et la compensation provenant des autres organes en liaison fonctionnelle avec lui. Une importance croissante et attribuée aux symptômes hépato-endocriniens.

Du reste, est-on sûr que l'exploration scientifique actuelle du fonctionnement du foie n'arrive pas un jour à nous révéler quelque élément biologique ou hormonal, encore inconnu bien que pressenti (Marañon et Collazo), qui corresponde à ce faible degré de troubles pathologiques décelables jusqu'ici seulement par la palpation ?

Dans tous les cas de ce groupe, l'interrogatoire et la palpation du foie eurent une importance capitale, puisque l'examen chimique ne donna qu'une réponse négative ; mais cette normalité eut sa part d'intérêt parce qu'elle fit pencher le pronostic dans un sens favorable, qui chaque fois fut confirmé par la rapide efficacité du traitement.

Conclusions

De l'ensemble de notre étude se dégagent les conclusions suivantes :

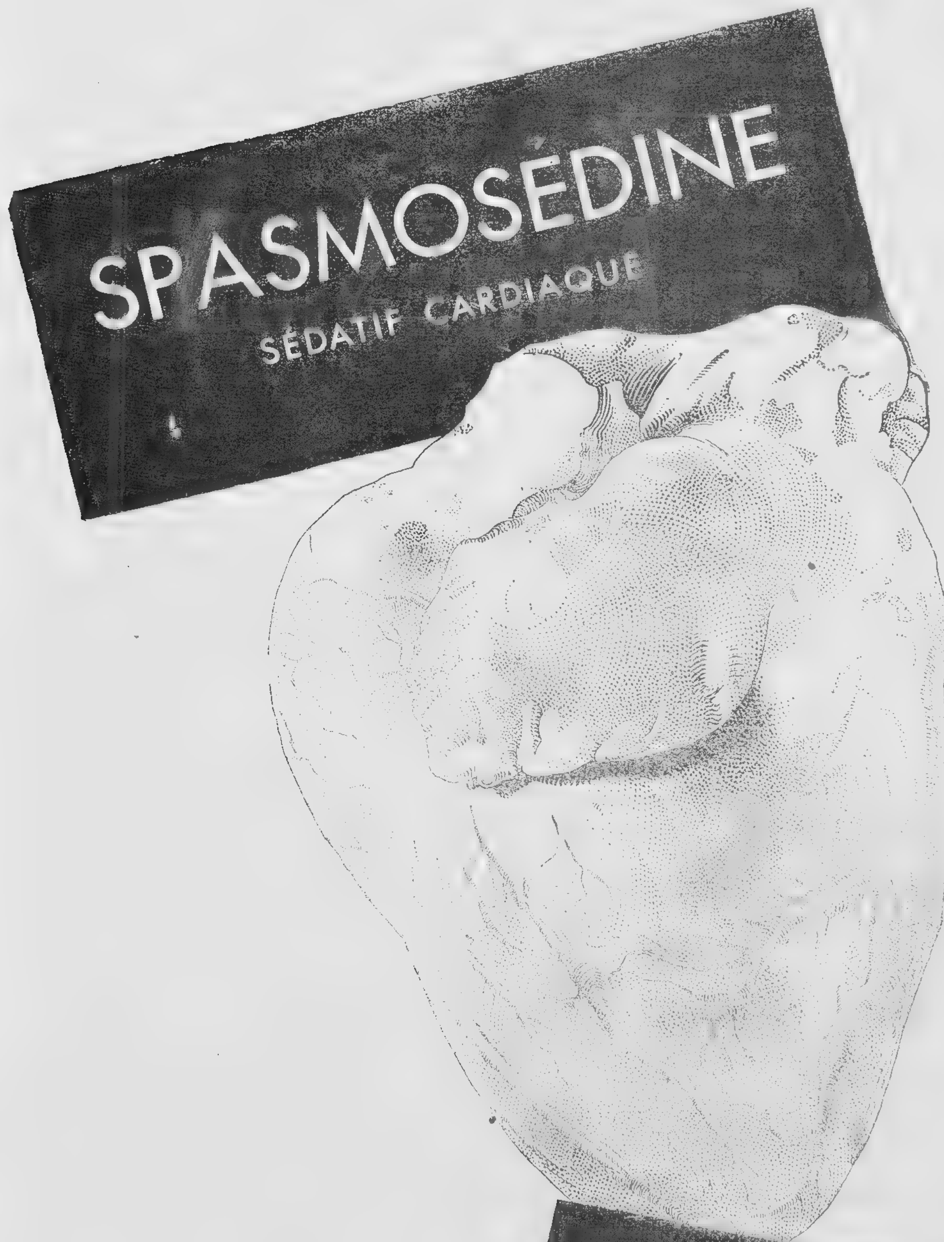
Sur un groupe de 200 malades ayant les caractères habituels de l'insuffisance hépatique à l'interrogatoire, 80 % nous ont donné des résultats concordants à la palpation du foie et à l'exploration chimique.

C'est dire que, lorsqu'on est en présence d'une malformation hépatique, on a presque toutes les chances de ne pas se tromper en concluant que le foie est ou a été malade, et qu'en tout cas il requiert les soins de la thérapeutique.

Chez 15 % d'entre eux existait une anomalie du foie à la palpation sans concomitance de désordres chimiques nettement caractérisés. Il conviendrait donc de faire une place dans la nosologie à des cas d'insuffisance fonctionnelle seulement clinique du foie.

La meilleure explication qu'on en puisse donner est qu'alors la malformation du foie dépend plus de réactions vaso-motrices de cet organe que d'altérations cellulaires proprement dites.

« Je pose en principe que 80 % des hommes sont, en venant au monde, aptes à faire un chirurgien, et je pense que si le destin les dirige vers une autre carrière, qui exige, elle aussi, l'adresse, la faculté d'organisation, l'esprit de décision, la conscience, etc., ils y feront aussi bien leur chemin ; ils seront industriels, ingénieurs, avocats, mécaniciens, généraux, etc., sans qu'il vienne à l'idée de personne de dire que ces carrières exigent un tempérament spécial. » (Pr Lambret. — Réponse à une enquête de « Pallas » sur le Tempérament chirurgical. *Pallas*, 15 janvier 1936.)


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE

PHARMACIE MILITAIRE

Le Formulaire pharmaceutique du Service de santé de l'Armée [1]

Par le Docteur **Maurice PERRIN**
Professeur à la Faculté de Médecine de Nancy

L'étude que nous allons faire ensemble du « Formulaire pharmaceutique du Service de santé de l'Armée » est destinée aux officiers de réserve du Service de santé de la XXe Région.

Je suis confus de voir dans mon auditoire un nombre imposant de médecins militaires du cadre actif, plus habitués que moi à puiser dans les ressources précieuses de ce livre. Je n'ai rien à leur apprendre ; mais j'espère qu'ils m'écouteront quand même avec plaisir, car il est toujours agréable d'entendre parler d'un ami.

Ce livre est un ami. C'est le guide sûr pour les prescriptions journalières, et c'est l'arsenal des armes de réserve à opposer aux maladies rares ou compliquées.

Il nous intéresse tous : médecins, pharmaciens, dentistes, officiers d'administration. Il intéresse même les vétérinaires, comme nous le verrons.

Ce formulaire contient tout ce qui est nécessaire en fait de médicaments, pour les soins à donner, non seulement dans les hôpitaux militaires, mais aussi dans toutes les formations sanitaires et dans les corps de troupe.

C'est pourquoi il a perdu, pour sa nouvelle édition, son titre séculaire de « Formulaire pharmaceutique des hôpitaux militaires » pour prendre le nouveau titre, plus exact, de « Formulaire pharmaceutique du Service de santé de l'Armée ».

Nous verrons, chemin faisant, tout ce qu'il contient ; mais je crois devoir, dès maintenant, souligner l'esprit large, moderne, pratique, soucieux du mieux-être des malades, avec lequel il a été conçu. Le premier alinéa de son texte vous le démontre :

« Les médicaments inscrits dans la Nomenclature générale du Service de santé peuvent seuls être employés dans les hôpitaux militaires. Il ne peut être dérogé à cette règle qu'exceptionnellement et en cas d'urgence. Dans ce cas, le médecin-chef d'un hôpital militaire peut, par ordre écrit, faire acheter un médicament ne figurant pas à la Nomenclature ; mais il en rend compte au directeur du Service de santé. »

Cette deuxième éventualité n'est pas une rareté, puisque je puis vous présenter le modèle polycopié en usage à l'hôpital militaire Sédillot.

Vous voyez que, contrairement à un préjugé regrettable, la liberté de prescrire est, sous réserve d'autorisation du médecin-chef, aussi étendue dans la pratique médicale militaire que dans la pratique civile.

Jetons un coup d'œil sur les origines du Formulaire ; après quoi nous en examinerons les diverses parties.

Historique

Le premier formulaire dont j'ai connaissance est un formulaire manuscrit de Rochard en 1706 (1). Lui fait suite un formulaire imprimé de Morand et Geoffroy, en 1747, qui fut critiqué par Jean Helvétius. Son édition de 1793 fut probablement revue par Parmentier ; celle de 1804 le fut sûrement. Vous savez que le vulgarisateur de la pomme de terre était pharmacien militaire et fut directeur du Service pharmaceutique des Armées.

Réimprimé en 1812, ce formulaire fut modifié en 1821, d'après le Codex de 1818. Son évolution commença alors à être parallèle à celle des connaissances chimiques qui se développaient, alors que la place faite aux substances végétales s'amoindrissait.

Nouveaux perfectionnements dans l'édition de 1837, dans celle de 1857, qui fut complétée par une instruction sur les analyses et expertises, ainsi que dans une série d'éditions ultérieures, à la révision desquelles ont collaboré les médecins et les pharmaciens les plus remarquables du siècle dernier et du début de celui-ci.

L'édition actuelle, qui porte le millésime de 1930, a profité de l'expérience du Codex de 1908 et de ses suppléments. Nous la devons à une Commission composée des médecins généraux inspecteurs Vincent, Rouget, Toubert et Dopter, des pharmaciens généraux Bodard et Gautier, des médecins généraux Rouvillois, Lévy et Lahaussois, des pharmaciens colonels André, Breteau, Chaput, Bruère, Moreau ; des pharmaciens commandants Debucquet et Bourgoin, du vétérinaire commandant Vivien, du médecin-commandant Bercher, des Professeurs Carnot, Bourquelot, Gautier, Radais, Grimbert, des pharmaciens Martin, Lafay et Weill.

***

Description générale

L'édition complète comprendra quatre fascicules : le premier fascicule est le formulaire proprement dit que je vous présente. Il se compose d'un préambule en deux parties et d'une table alphabétique. Le préambule, paginé de I à VI, comprend le titre, la préface, des renseignements sur la Commission de révision du formulaire, la signification des abréviations utilisées dans le texte.

Le corps de l'ouvrage comprend d'abord la première partie intitulée : « *Les médicaments simples et composés* ». Elle est subdivisée en sept catégories :

1° Pages 1 à 484 (pages blanches) : Les médicaments chimiques et galéniques.

2° Pages 485 à 520 (pages bleues) : notices concernant la sérothérapie et la vaccinothérapie.

3° Pages 521 à 524 (pages rouges) : médicaments opothérapiques.

4° Pages 525 à 536 (pages jaunes) : matières alimentaires employées à titre médicamenteux.

5° Pages 537 à 552 (pages orangées) : médicaments spéciaux au service vétérinaire.

6° Pages 553 à 568 (pages violettes) : produits spéciaux pour l'art dentaire.

7° Pages 569 à 596 (pages jaunes) : produits employés pour l'hygiène, la désinfection, les services généraux.

La deuxième partie, pages 597 à 682 est intitulée : « *Exécution du service pharmaceutique.*

Enfin, la table alphabétique, pages 683 à 716, ne fait que double emploi avec l'ordre alphabétique du corps de l'ou-

(1) Conférence faite à l'Ecole de perfectionnement des officiers de réserve du Service de santé de la XXe Région, sous la présidence de M. le médecin général Spire, alors directeur du Service de santé de la XXe Région.

(1) Je suis heureux d'adresser ici mes remerciements au Professeur Pastureau, au pharmacien colonel Fromont, au Docteur Pierre Bonnette, qui ont bien voulu me communiquer d'intéressants documents.

Le second volume, consacré aux méthodes d'analyses, est très apprécié par les pharmaciens et par les chimistes.

vrage, où certains médicaments sont classés par groupes, et où les synonymes sont portés en sous-titre. La table classe à leur place alphabétique tous les noms utilisés, une même substance peut donc y figurer plusieurs fois sous ses divers vocables.

Après ce coup d'œil d'ensemble, feuilletons ce formulaire.

***

Première partie

Première catégorie : *Médicaments chimiques et galéniques* (pages blanches, de 1 à 484, plus de la moitié du livre).

C'est ici que se trouve la majeure partie des 895 médicaments ou préparations. Ce nombre a été compté par le pharmacien commandant Lagneau, qui signale que l'édition de 1930 contient 41 formules de plus que l'édition de 1917 (150 supprimées, 191 ajoutées). Y figurent 493 médicaments simples et 402 préparations, dont 241 préparations officinales et 161 préparations extemporanées.

Il y a des médicaments très modernes : essence de chénopodium, extraits fluides, hydroxyde de bismuth, iodobismuthate de quinine, stovarsol, sulfarsénol, tous les arsénobenzènes nouveaux.

Sous le titre : arsénobenzol, il y a quatre spécialités et un, etc... ; le chiffre de 895, indiqué ci-dessus, pourrait donc être très augmenté.

L'ordre alphabétique est différent de celui du Codex ; je le trouve plus pratique. Les acides, ici à A, sont, dans le Codex, à azotique, chlorhydrique, sulfurique, etc...

Avec le mot « arsenic » sont groupés tous les dérivés arsenicaux ; le Codex en reporte une partie à sodium, où ils ont leur place parmi les sels de sodium dans l'ordre alphabétique, etc...

Si l'on hésite, voir la table alphabétique finale qui donne jusqu'à quatre ou cinq fois, suivant la composition, les noms et les synonymes pour une même substance.

Nous disposons de 44 variétés de comprimés, soit pour l'emploi direct (quinine, rhubarbe, opium, glycérophosphate de chaux, etc...), soit pour fabriquer des solutions dans les ambulances ou dans les infirmeries (exemples : les comprimés d'iode ioduré, les comprimés de quinquina.)

A cette occasion, je tiens à évoquer le souvenir du pharmacien général Wagner qui m'expliqua jadis tous les soins apportés à la préparation des comprimés à la pharmacie centrale de l'armée.

Nous trouvons quatorze potions (préparation extemporanée) et dix-neuf sirops. Parmi les potions, j'attire votre attention sur la potion de café et la potion de café alcoolisée ; elles peuvent tenter le personnel subalterne et ne pas arriver toujours intactes aux malades.....

Pour chaque médicament, les renseignements sont donnés dans l'ordre suivant :

Titre, synonymes, formule chimique.
Composition.
Caractères.
Thérapeutique : doses usuelles, mode d'emploi (supériorité sur le Codex dont le texte ne contient pas ces renseignements).
Conservation.
Préparations pharmaceutiques.
Essai.
Dosage.
Mention : toxique (A ou B) ou dangereux (C) s'il y a lieu.

Deuxième catégorie : *Sérums et vaccins* (pages bleues, 485 à 520).

Nous y trouvons d'abord une recommandation : éviter les stocks périssables. Puis y sont reproduites les notices de l'Institut Pasteur : mode d'emploi de chaque sérum et principes généraux.

Les sérums doivent être demandés par télégraphe ou téléphone, s'il y a lieu.

Le Formulaire indique nettement la possibilité de faire des « achats sur place » pour les sérums de Vincent (Clin), etc...

Figurent au Formulaire (page 516) les vaccins suivants :

Le vaccin antivariolique (avec renvoi à la notice 3, volume 80).

Les vaccins préventifs variés (y compris les lipo-vaccins), le choix étant laissé aux vaccinateurs,

Les vaccins curatifs divers : Pasteur, Poulenc, lipo-vaccins.

Troisième catégorie : *médicaments opothérapiques* (pages rouges, 521 à 524).

Ce sont des extraits, après dessication dans le vide (mono ou pluriglandulaires). Ils sont mis sous forme de cachets, de comprimés, de pilules ou de capsules.

Les solutions d'extraits injectables ne sont pas admises jusqu'à présent, sauf l'insuline qui peut être achetée sur autorisation du médecin-chef.

Il est recommandé de ne pas constituer de stocks périssables.

Quatrième catégorie : *matières alimentaires employées à titre médicamenteux* (pages jaunes, 525 à 536).

Ici, les officiers d'Administration viennent au secours des pharmaciens et leur fournissent le café, le citron, l'eau de Seltz artificielle, la glace, les huiles d'arachides ou d'olives, le lait (le lait, sucré ou non, prescrit comme médicament, est toujours délivré par la pharmacie), les conserves de lait, de miel, les œufs de poule, le rhum, le riz, le sel blanc, le sucre, le thé, la viande fraîche, le vin blanc, le vin rouge, le vinaigre.

Cinquième catégorie : *médicaments spéciaux au Service vétérinaire* (pages orangées, 537 à 552).

Les bénéficiaires de ces méthodes sont ordinairement de grands animaux (chevaux, mulets, méharis), il y a, en outre, dans l'armée, quelques chiens et des pigeons voyageurs.

En sus des médicaments ordinaires, il y a vingt-trois produits spéciaux, par exemple acétanilide (antifébrine), arécoline, vératrine, poix noire, onguent vésicatoire (ne pas confondre avec le sparadrap vésicant destiné aux humains).

Il est fait mention de présentations spéciales, et notamment d'ampoules de 5 et 20 c.c.

Sixième catégorie : *produits spéciaux pour l'art dentaire* (pages violettes, 553 à 568).

Le mot « spéciaux » indique que ces produits sont en supplément de tout le reste. On en compte vingt-huit. En réalité, il sont plus nombreux, car, sous un seul titre, il y a trois formules courantes d'alliages métalliques, quatre formules d'amalgame à l'argent, deux formules de cire à modeler, deux compositions pour empreintes, quatre compositions pour soudures (avec l'indication : d'autres soudures contiennent du zinc).

C'est dans cette partie que j'ai trouvé deux « caries » du Formulaire, petites et pas bien graves.

Ainsi, page 560, dans la formule de cire à modeler, il entre de l'ozokérite et de la cire de Carnauba, pour varier la malléabilité ; or, elles ne sont pas au formulaire ; il faut donc compter sur l'initiative du pharmacien et en référer au médecin-chef.

A la page 561, dans une composition pour empreinte, il est dit « gomme copal » ; or la table alphabétique des matières ne donne ni gomme copal, ni copal, mais seulement résine-copal.

Septième catégorie ; *produits employés pour l'hygiène, la désinfection, les services généraux* (pages jaunes, 569 à 596).

Ici, figurent des produits variés :

Eau de Javel ; essence pour thermomètres ; alcool dénaturé (liquide et solidifié pour le service en campagne) ;
Substances pour désinfection variées : de l'eau, des locaux, du matériel ;
Appareil producteur d'aldéhyde formique.
Nous y trouvons également des substances défensives : appât toxique à la scille, poudre de pyrèthre.

***

Voilà l'arsenal : Comment les médecins, les vétérinaires, les dentistes peuvent-ils l'obbtenir ? Comment les pharmaciens le délivrent-ils ? C'est l'objet de la deuxième partie du Formulaire, intitulée : « Exécution du Serviee ».

***

Deuxième partie

Exécution du Service pharmaceutique (pages 597 à 682, imprimées sur papier blanc).

En voici le plan :

Pages 599 à 611 : prescriptions générales.
Pages 612 à 613 : armoire de garde.
Pages 614 à 626 : substances vénéneuses (loi de 1916).
Pages 627 à 656 : poisons et contre-poisons.
Pages 657 à 670 : notice sur la stérilisation.
Pages 671 à 682 : documents divers.

Cette deuxième partie intéresse tout le monde, et pas seulement les pharmaciens.

Prescriptions générales : (pages 599 à 612).

Elles concernent :

L'approvisionnement des hôpitaux militaires par expédition des pharmacies d'approvisionnement, ou par achats sur place ;
L'essai, la vérification, la conservation des médicaments ; la visite et l'échange des approvisionnements conservés pour la mobilisation.
Le classement par catégories « A », « B », « C », médicaments coûteux d'autres catégories, substances inflammables. Les étiquettes doivent mentionner la date d'ancienneté du médicament.
Prescriptions faites aux visites : ici, il n'y a pas de détails, comme dans certaines éditions antérieures (voir le règlement, volume 80) : rappel des pouvoirs du médecin-chef, cahiers de visite, bons, armoire de garde.
Prescriptions faites à des personnes non hospitalisées (officiers, employés militaires, sous-officiers) : elles sont délivrées par les hôpitaux militaires ou parfois par les infirmeries dans des conditions qui sont précisées : ordonnances ou « bon », livraison et comptabilité.
Livraisons ou expéditions aux infirmeries régimentaires, aux infirmeries de garnison, aux infirmeries-hôpitaux, aux infirmeries vétérinaires, aux hôpitaux sans pharmacie.
N. B. — Il est défendu d'utiliser des bouteilles à vin ou à eau minérale.
Pour *la comptabilité* du pharmacien le formulaire renvoie au volume 80 et à ses annexes, tout en rappelant quelques points essentiels : inventaires trimestriels, etc.

Instructions pour l'armoire de garde : une liste a été dressée à titre d'indication ; mais le médecin-chef peut la modifier. Je conseille aux médecins civils de méditer ce chapitre (page 612).

Instruction relative aux substances vénéneuses : (loi du 12 juillet 1916, décret du 14 septembre 1916 et décrets ultérieurs). Y sont énumérées les substances des tableaux A, B et C. Elles sont adaptées à la nomenclature du Service de santé et aux diverses formations sanitaires.
Les substances du tableau B sont placées dans une seconde armoire, sorte de tabernacle dans l'armoire contenant les substances du tableau A. Elles sont ainsi protégées doublement.
Cette instruction contient un article 29 prescrivant aux pharmaciens de réduire les quantités en cas de prescriptions dépassant les limites de la législation de 1916, pour les vraisons aux officiers et malades non hospitalisés.

Poisons et contre-poisons : c'est un chapitre très intéressant dont je recommande chaque année l'étude à mes élèves (page 627). Il envisage successivement et longuement :

Le traitement général des intoxications : évacuation des poisons et traitement des symptômes généraux ;
Le traitement causal (détaillé pour 161 substances, y compris les intoxications alimentaires, par champignons, légumes toxiques et viandes avariées) ;
Les soins consécutifs.
L'armoire aux contre-poisons (page 651) est une institution précieuse. Le médecin de garde doit aller la visiter pour en tirer parti le cas échéant ; il est désirable que tous les hôpitaux civils en soient dotés également.

Notices sur la stérilisation (page 657) : elles passent en revue :

La stérilisation par asepsie (chaleur, avec ses diverses variétés, sèche ou humide) ;
La filtration ;
La stérilisation par antisepsie, ou stérilisation chimique ;
L'application des méthodes de stérilisation (page 663) : stérilisation du matériel, de l'eau, des instruments, des pansements, des préparations pharmaceutiques, etc..

Documents divers : nous y trouvons des renseignements sur la densimétrie, l'alcoométrie, les gouttes, les poids atomiques.
Vient enfin la *table alphabétique générale* dont j'ai dit plus haut les avantages.

***

Conclusions

Vous voyez, Messieurs, que le Formulaire pharmaceutique du Service de santé de l'armée est une mine de renseignements précieux.
De toute évidence, son édition de 1930 est en avance sur le Codex actuellement entre nos mains, et il est mieux adapté aux besoins de la pratique courante.
A son tour, la prochaine édition du Codex, bénéficiera des progrès du Formulaire, et cela d'autant plus qu'une partie de ses rédacteurs ont collaboré au Formulaire, et que le livre civil pourra éviter les critiques de détail faites au livre militaire. Ainsi se continuera un échange de bons procédés, pour le plus grand profit des malades.
J'ai donc le devoir, en terminant, de recommander vivement à tous les Officiers de réserve du Service de santé de la XX[e] Région, de se bien pénétrer du contenu de ce Formulaire : cela leur sera profitable dans leur exercice civil, comme dans leurs fonctions militaires éventuelles.

« Les agents du fisc ne connaissent qu'imparfaitement l'étrange situation sociale particulière au Corps médical parisien. Ils conçoivent mal que tout acte médical ne soit pas l'objet d'honoraires et que, surtout au début de sa carrière, le médecin prétende faire une visite gratuite pour 3 ou 4 visites payantes. Ils admettent difficilement que les médecins pourvus de titres honorables, médecins des hôpitaux ou agrégés, n'aient pas d'emblée une situation prépondérante. Et surtout ils ont peine à comprendre qu'à Paris, un jeune médecin, après 8 ou 10 années d'études coûteuses, soit obligé d'attendre de 5 à 10 ans pour gagner la vie de sa famille. »

(D[r] P. Tissier. — Le rôle de la préconciliation fiscale dans le département de la Seine. *Féd. Corp. des méd. de la région parisienne*, janvier 1936. *L'Hygiène sociale*, 25 janvier 1936.)

◆◆

CHIRURGIE

Sur un point de technique dans les hystérectomies abdominales

Il est des cas d'utérus fibromateux difficiles à enlever, soit par suite d'un volume anormal, soit par suite de leur enclavement ou de leurs adhérences. C'est dans ces cas qu'il peut être utile d'associer, dans un même temps opératoire, la myomectomie et le morcellement des fibromes à l'hystérectomie abdominale. P. BAZY avait publié à la *Société de chirurgie*, 6 juillet 1928, le compte rendu d'une intervention, au cours de laquelle, se trouvant en présence d'un fibrome très adhérent au rectum et à la paroi latérale gauche du bassin, il avait dû, après ablation des annexes droites et de l'utérus séparé de la tumeur, faire l'énucléation du fibrome, laissant en place la mince couche de paroi utérine, recouvrant le fibromyome.

R. KELLER, de Strasbourg, a publié (1) une nouvelle observation dans laquelle l'ablation du fibrome aurait été impossible s'il n'avait eu recours à un procédé analogue. Il s'agissait d'une femme présentant un fibrome volumineux remplissant tout le petit bassin et se continuant vers le bout jusqu'au delà de l'ombilic. A l'ouverture de l'abdomen, la tumeur était recouverte par des couches épaisses d'intestins, fixées à sa surface d'une façon intense, et que, seul, un travail long et méticuleux permit de décoller. Mais les adhérences avec le petit bassin étaient telles qu'il était impossible de glisser soit les doigts, soit des instruments entre le bassin et la tumeur. Par incision large de la coque, KELLER put énucléer huit fibromes et obtenir, ainsi, une réduction de volume suffisante pour pouvoir extirper ensuite la coque utérine.

Cette manière de faire, à la condition de rester strictement à l'intérieur de la coque utérine, écarte tout danger de blesser les gros vaisseaux, la vessie ou les uretères. Si des hémorragies se produisaient par blessure des vaisseaux souvent variqueux qui serpentent à la surface, il serait aisé de s'en rendre maître par de grosses pinces de Museux comprimant les tissus. D'ailleurs, KELLER n'en a pas observé au cours de son intervention.

Voici donc un point de technique rappelant ce qu'avait préconisé déjà PÉAN, extrêmement intéressant puisqu'il permet, dans certains cas, de mener à bien une intervention qui resterait impossible ou dangereuse si l'on voulait appliquer exclusivement les techniques courantes.

L'hématome chronique sous-dural

Les articles traitant de l'hématome chronique sous-dural, complication d'un traumatisme crânien, se sont multipliés durant ces dernières années. Francis C. GRANT (1) leur consacre dans *The Journal of the American Médical Association*, une revue générale, dans laquelle il fait la synthèse des publications américaines formées sur ce sujet, et rapporte 16 nouveaux cas.

Depuis le rapport de PUTMANN et CUSHING (2), en 1925, d'autres auteurs américains ont publié de nombreux cas d'hématome chronique sous-dural, [GRANT (3), MUNRO, DONALD (4), etc.].

TROTTER (5) en précisa le mécanisme. L'hématome sous-dural chronique serait dû à la rupture de petites veines allant du cortex au sinus longitudinal supérieur. Ces veines se rompaient dans les traumatismes portant sur la région frontale ou occipitale par suite d'un léger déplacement du cerveau dans le sens antéro-postérieur. Un traumatisme latéral n'agit pas de même, car la forme du cerveau s'oppose dans une certaine mesure aux déplacements latéraux. BRODIE (6) est, également, de cet avis. Cependant il faut savoir que d'autres petites veines peuvent être en cause : celles par exemple allant du sinus latéral au cortex, et de la dure-mère du cortex dans l'étendue de la convexité (7).

Ces épanchements sont d'ailleurs souvent bilatéraux ; car ces veines peuvent se rompre simultanément des deux côtés.

GARDNER (8) a donné une pathogénie de l'organisation de l'hématome. Rapidement, l'hématome, siégeant dans l'espace sous-dural, est entouré d'une couche de cellules mésothéliales. Du côté de la dure-mère, ce revêtement devient épais, des espaces vasculaires s'organisent, s'anastomosent entre eux, des néocapillaires se forment.

Le centre du caillot, pauvrement vasculaire, dégénère et se liquéfie. La mince couche mésothéliale entourant le caillot au contact de l'arachnoïde se comporterait comme une membrane osmotique, à travers laquelle le liquide céphalo-rachidien pénétrerait dans l'intérieur du sac. De cette façon, lentement mais constamment, se produit une augmentation du volume de l'hématome.

MUNRO (4) en étudiant les protéines du contenu de ces hématomes a constaté que le total de ces protéines est à son maximum entre le quinzième et vingt et unième jour, puisqu'on observe une chute rapide jusqu'au vingt-septième jour ; ultérieurement cette diminution se fait d'une façon progressive : ces faits traduisent la dilution du contenu (9 de l'hématome par le liquide céphalo-rachidien pénétré par osmose. Certes il est des hématomes dont le contenu est solide, mais ce sont dans la règle des hématomes encore jeunes et non organisés.

La symptomatologie de ces hématomes est pauvre. Leur développement est lent et insidieux et se traduit par un minimum de symptômes : souvent de courtes périodes d'obnubilation intellectuelle, des céphalées, séparées par des phases de rémission. A chaque rechute, il y a une légère mais constante augmentation de ces symptômes. Puis les intervalles de repos deviennent de plus en plus courts. En même temps qu'apparaissent des signes d'irritation corticale (convulsion, hémiparésie), la céphalée devient extrêmement violente, l'obnubilation complète. Enfin il faut savoir que cette évolution se fait en plusieurs semaines, voire plusieurs mois.

Ces hématomes surviennent dans la règle à la suite d'un traumatisme minime, sans lésion du cerveau et souvent le traumatisme a été tellement peu important qu'on ne songe pas à l'incriminer. Sur les 15 cas rapportés par l'auteur, 5 n'avaient jamais perdu connaissance, 5 avaient eu légère perte de connaissance, celle-ci n'avait duré plus de dix minutes que dans 6 cas. Si ce traumatisme a été minime, il faut insister sur la notion de traumatisme antéro-postérieur. La bilatéralité de ces hématomes est fréquente : 20 à 30 % des cas. Ils peuvent s'observer à tous les âges de la vie, ils sont surtout fréquents chez les hommes jeunes, chez les alcooliques (à cause des chutes). PEET et KAHN (10) ont rapporté une série observée chez des enfants.

Tels sont les principaux caractères de ces hématomes chroniques sous-duraux auxquels LEARY (11) a consacré encore récemment un travail dans ce même journal.

Leur diagnostic est difficile. On a insisté (12) sur la notion d'intervalle libre entre le traumatisme et la perte de connaissance, et sur celle d'une phase de latence entre le traumatisme et l'apparition des premiers symptômes. Aucun signe ne permet de les différencier des autres néoformations intracrâniennes. La symptomatologie est incertaine et variable : malgré une compression intracrânienne importante, le liquide céphalo-rachidien n'a été trouvé hypertendu que

(1) R. KELLER. — Morcellement et énucléation, par voie de laparotomie, des fibromes volumineux développés et solidement bloqués dans le petit bassin. *Revue française de Gyn.*, oct. 1934.


SÉDATION
RAPIDE ET
ATOXIQUE

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de pathologie médicale, par Maurice JOURNÉ et Pierre-Noël DESCHAMPS. Troisième édition. Un volume de 1.702 pages. Relié : 110 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Faire tenir la pathologie médicale en un volume de 1.700 pages était difficile à réaliser. Donner à chaque affection dans ce cadre volontairement limité un développement dont l'étendue fut proportionnée à son importance clinique était plus difficile encore. Les auteurs se sont acquittés avec succès de cette tâche ardue puisque ce manuel reparaît aujourdhui en trois éditions.

Le Manuel de pathologie médicale a été écrit en premier lieu pour l'étudiant, aussi n'y trouve-t-on pas de longs développements ; comme il est cependant très complet, tout y est présenté d'une façon beaucoup moins élémentaire que concise.

Comme ouvrage d'ensemble au courant des théories pathogéniques, des méthodes d'exploration et des procédés thérapeutiques les plus récents, ce Manuel sera consulté avec profit par le médecin lui-même qui y trouvera des descriptions très simples ; des caractéristiques très nettes, au mise au point d'ensemble de chaque affection.

L'Année thérapeutique. *Médicaments et procédés nouveaux* (Dixième année 1935), par le Docteur A. RAVINA. Un volume de 196 pages : 18 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Résumé pratique de tous les faits nouveaux d'ordre thérapeutique publiés au cours de l'année 1935, tant en France qu'à l'Etranger :

1° Maladies et symptômes (48 traitements nouveaux) concernant entre autres : les algies, la cirrhose, la diphtérie, l'eczéma, l'érysipèle, les infections à streptocoques, l'intoxication par les champignons, la maladie d'Addison, le rhumatisme cronique, la scarlatine, l'ulcère de l'estomac, le zona, etc. ;

2° Les méthodes et techniques (cinq sujets traités) concernant : l'anesthésie, la diathermo-coagulation, la ponction sous-occipitale, la transfusion sanguine ;

3° Les médications (quinze études) concernant entre autres : le bleu de méthylène, la chloramine, l'ergostérol, l'insuline, l'iode, les vitamines, les venins, etc...

Le but de cet ouvrage est d'une part, de faire connaître aux praticiens des techniques nouvelles d'application immédiate et facile, d'autre part, de leur indiquer les orientations actuelles de certaines méthodes thérapeutiques.

L'année thérapeutique 1935 est suivie d'une table alphabétique de matières contenues dans « les années 1931, 1932, 1933, 1934 », et rensvoyant à ces volumes.

Conférences cliniques de médecine infantile (quatrième série), par le Docteur H. GRENET. Un volume (25 × 16,5), 340 pages, 51 figures, 1936. Broché : 40 francs. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

Ces conférences qui ont été faites à l'hôpital Bretonneau, sont conçues dans un but pratique. Par des observations cliniques et des exemples tirés de la pratique de l'auteur, le lecteur est mis directement en présence des difficultés de diagnostic, de pronostic et de thérapeutique. Certains des sujets étudiés ont été renouvelés par des travaux récents : on s'est efforcé d'en donner une mise au point claire et impartiale. Ces leçons sont rédigées dans un esprit clinique qui, nous l'espérons, en rendra la lecture facile, et les fera bien accueillir des élèves et des médecins soucieux de se familiariser avec des difficultés de la pathologie infantile.

Pour les étudiants auxquels cet ouvrage est spécialement destiné, l'auteur a pensé qu'il serait utile de rappeler quelques règles de déontologie : elles sont exposées, à partir de la deuxième série de conférences, dans une leçon publiée sous forme d'avant-propos.

Collection des Universités de France publiée sous le patronage de l'Association Guillaume Budé. — *Plotin* (Ennéades), VI. Première partie : Texte établi et traduit par E. BRÉHIER : 30 francs. Les Belles-Lettres, 95, boulevard Raspail, Paris.

Ce volume contient les cinq premiers traités de la sixième Ennéade Ils sont parmi les plus importants de Plotin, et le philosophe leur a donné une telle ampleur qu'il a fallu diviser en deux parties le tome VI et dernier de la magistrale édition de M. Emile Bréhier.

La deuxième partie paraîtra au début de 1937 et comprendra une *Index général* de l'œuvre. Le lecteur français aura ainsi à sa disposition un texte complet du grand philosophe alexandrin, éclairé par une traduction française qui en rend très exactement le sens et le mouvement et des notices qui en dégagent nettement l'originalité et la portée.

Collection Shakespeare (texte et traduction) : *Le Conte d'hiver*. Traduction d'Emile LEGOUIS : 12 francs. Les Belles-Lettres, 95, boulevard Raspail, Paris.

Violences et scènes d'amour, malheurs et intermèdes comiques Shakespeare a su alterner les émotions avec une aisance souveraine qui efface les traces d'un art très assuré. Harmonieuse et précise, la traduction d'Emile Legouis recrée le climat de cette pièce inspirée de Robert Greene.

trois fois sur dix et quatre fois on a eu un liquide xanthochronique ou sanglant. On a insisté (13 sur la fréquence d'une dilatation pupillaire : *sur les 16 cas de l'auteur*, cinq fois du côté de l'hématome, trois fois de l'autre côté, une fois la dilatation était bilatérale. Quant aux signes neurologiques, tantôt ils siègent du même côté que l'hématome, tantôt de l'autre côté. Aussi doit-on considérer comme une règle absolue, d'explorer les deux hémisphères.

Leur traitement a été discuté. FLEMING et JONES (14), MACKENZIE (15) suggèrent de faire deux trépanations, l'une antérieure, l'autre postérieure, sur la voûte, avec drainage du kyste sans ablation de la capsule. FRAZIER (16) rapporte ainsi cinq insuccès sur 6 cas opérés de cette façon. Mais MACKENZIE (17) fait remarquer que la subsistance de la paroi de l'hématome qui est au contact du cortex s'oppose à l'expansion du cerveau ; aussi, à travers les trous de trépanation, il saisit et déchire cette membrane.

GRANT préfère tailler un volet osseux et évacuer l'hématome, et faire l'ablation de la membrane périphérique. On a reproché à cette méthode de prendre plus de temps, d'être plus shockante, d'avoir une hémostase plus difficile. C'est donc l'état général du malade qui déterminera le choix de l'intervention.

Enfin la fréquence de la bilatéralité de ces hématomes fait que l'exploration sera toujours bilatérale.

Jean CHATAIN.

1. GRANT. F.-C. — Chronic subdural hematoma. *Journal of the American Médical Association*, Vol. 105, no 11, 14 septembre 1935, p. 845.
2. PUTMANN et CUSHING. — Chronic subdural hématoma. *Arch. Surg.*, t. 11, p. 329, septembre 1925.
3. GRANT F.-C. — Chronic subdural hematoma. *Ann. of Surg.* t. 11, p. 485, octobre 1927.
4. MUNRO, DONALD. — The diagnosis and treatement of subdural hematoma. *New England J. Med.*, t. 210, p. 1145, mai 1935.
5. TROTTER WILFRED. — Chronic subdural hémorrhage of traumatic origine.
6. BRODIE, FRÉDERIC — Delayed subdural hemorrhage. *Canad. M. A. J.*, t. 20, p. 273, mars 1929.
7. RAND C.-W. — Chronic subdural hematoma. *Arch. Surg.*, t. 14, p. 113, juin 1927.
8. GARDNER W.-J. — Traumatic subdural hematoma, with particular reference to the latent Interval. *Arch. Neurol. Psychiat.*, t. 27, p. 847, avril 1932.
9. GELSMA, FRANKLIN. — Chronic subdural hematoma. *Arch. Surg.*, t. 21, p. 128, juillet 1930.
10. PEET et KAHN. — Subdural hematoma in infants. *J. A. M. A.*, t. 98, p. 1851, 28 mai 1932.
11. LEARY, TIMOTHY. — Subdural hemorrhages. *J. A. M. A.*, t. 103, p. 897, septembre 1935.
12 BOWEN W.-H. — Traumatic subdural hemorrhage. *Guy's Hosp. Rep.*, t. 59 p. 21, 1905.
13. KAPLAN, ABRAHAM. — Chronic subdural hematoma ; Study of Eight Cases with especial reference to the state of the pupil *Brain*, t. 55, p. 430, 1931.
14. FLEMING G.-H. et JONES O.-W. — Chronic subdural hematoma. *Surg. Gynec. and Obstétrics*, t. 54, p. 81, janvier 1932
15. MACKENZIE K.-G. — A surgical and clinical study of nine cases of chronic subdural hematoma. *Canad. M. A. J.*, t. 26, p. 534, mai 1932.
16. FRAZIER C.-H. — The surgical management of chronical subdural hematoma. *Ann. Surg.*, t. 101, p. 671, février 1935.
17. MACKENZIE K.-M. — Discussion on subdural hemorrhage. *Meeting of the Halstead club*, Toronto, mai 1935.

« Il n'y a pas de points de contact entre les praticiens et les maîtres, et cela ne tient nullement comme le croient beaucoup à ce que les maîtres considèrent les praticiens avec hauteur. Nous croyons que l'indifférence provient de l'absence entre les deux corps d'intérêts communs. » (Raymond BERNARD. — En France les étudiants sont abandonnés à eux-mêmes. *Le Corps de santé*, février 1936.)

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Clinique médicale

Les troubles cardiaques dans le goitre avec hypothyroïdie sont moins connus que ceux que l'on rencontre dans le goitre toxique ou dans la maladie de Basedow. Ils sont d'ailleurs beaucoup plus rares et leur pathogénie reste encore mystérieuse.

On ne doit retenir comme d'origine thyroïdienne que les manifestations cardiaques qui sont en relation directe et immédiate avec l'hypothyroïdie : l'influence rapide de l'opothérapie en est le critère le plus sûr.

Les troubles myocardiques par hypothyroïdie sont de deux sortes :

1o Le plus souvent il s'agit de troubles discrets, sans expression clinique ; l'électrocardiogramme les révèle sous forme d'anomalies du complexe ventriculaire. Aucune de ces anomalies n'est particulière à l'hypothyroïdie et leur signification exacte est encore discutée.

2o L'autre trouble myocardique consiste essentiellement en une augmentation plus ou moins importante du volume du cœur. La percussion et la palpation peuvent déjà la mettre en évidence, mais c'est surtout la radioscopie qui la montre de façon indubitable et permet d'en apprécier l'importance. L'insuffisance cardiaque est réduite à une note dyspnéique légère, qui peut facilement passer inaperçue. Il est difficile de préciser ce qui, dans cette augmentation du volume cardiaque, appartient à l'hypertrophie ou à la dilatation. La dilatation paraît cependant l'élément dominant.

Les troubles du rythme sont rares.

Les troubles fonctionnels se réduisent à l'angine de poitrine.

(L. Gravier. Troubles cardiaques dans le goitre avec hypothyroïdie. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 septembre 1925).

Les abcès du poumon chez l'adulte sont d'une grande variété clinique. Cinq cas, observés dans le même service, ont donné lieu à des formes cliniques essentiellement différentes.

1o Une forme d'abcès gangréneux à forme extensive rapide qui fait transition entre l'abcès proprement dit et la gangrène pulmonaire. Ses caractères cliniques essentiels sont l'état infectieux grave, la dyspnée et l'expectoration fétide.

2o Une forme d'abcès pulmonaire chronique d'emblée, survenu sur un poumon sclérosé, ce qui a entraîné la persistance d'une fistule.

3o Un abcès du poumon ayant vraisemblablement ulcéré une grosse artère du parenchyme.

4o Une forme classique de l'abcès aigu du poumon.

5o Un abcès gangréneux à forme pleurétique.

Le seul point commun est l'expectoration plus ou moins abondante, mais toujours plus considérable que dans la plupart des autres affections pulmonaires. C'est là un signe qui, isolé, ne permettrait pas le diagnostic ; mais associé à un ou plusieurs autres, il le facilite. C'est le groupement polymorphe de certains signes qui permet de faire le diagnostic.

(R. Dieulafé. Du polymorphisme clinique des abcès du poumon chez l'adulte. *Gazette Médicale du Sud-Ouest*, 1er décembre 1935.)

Le terme d'épituberculose prête à confusion. — Néanmoins il se défend par le fait qu'il désigne des lésions spéciales, des processus congestifs curables qui surviennent au début de l'infection tuberculeuse ; on distingue des épituberculoses primaires, contemporaines de la période où s'édifie le chancre d'inoculation, et des épituberculoses secondaires qui sont plus tardives.

Les processus épituberculeux sont, dans la très grande majorité des cas, des lésions que l'on constate chez l'enfant ; aussi ne sont-ils guère connus que des pédiatres.

L'épituberculose lobaire aiguë débute par une ascension fébrile (39 et même 40°). A l'auscultation on trouve des signes souvent importants au niveau d'une base ou d'un sommet : matité, souffle à timbre doux ou pneumonique, râles fins. Ces signes persistent pendant toute la durée du processus, soit de trois à six semaines ; la température offre des oscillations variables. Au moment où le foyer entre en résolution, les signes d'auscultation s'exagèrent et l'on constate des râles dans le poumon demeuré sain ; il s'agit vraisemblablement de congestion vaso-motrice réflexe. La période de défervescence est traînante.

L'épituberculose lobaire subaiguë a un début moins brutal, une température moins élevée, une évolution plus longue.

L'épituberculose lobaire chronique est généralement une découverte radiologique. Un lobe entier ou un hémithorax, complètement obscurs à l'écran, donnent simplement une obscurité respiratoire assez accusée et une matité ou une submatité plus ou moins étendues. Ces signes restent à peu près immuables pendant des mois. On trouve quelques petits signes fonctionnels et généraux. L'état général reste satisfaisant, l'appétit est plus ou moins conservé. A un moment donné l'ombre commence à s'éclaircir.

L'épituberculose limitée périfocale n'a pas d'existence clinique, c'est une pure trouvaille radiologique.

L'épituberculose scissurale ou scissurite donne quelques petits signes d'auscultation.

L'épituberculose juxtahilaire est la forme la plus fréquente ; c'est elle qui, il y a peu de temps encore, accaparait la plus large part des descriptions, aussi imagées qu'imaginatives, de l'adénopathie trachéo-bronchique. Il est en réalité très difficile de distinguer, même avec l'aide de la radiologie, ce qui revient aux poumons d'une part, aux ganglions d'autre part.

La pathogénie s'est précisée : on croyait jadis à des processus pneumoniques d'essence banale survenant sur un terrain tuberculisé ; actuellement on est d'avis qu'il s'agit de pneumonies vraiment tuberculeuses, mais très pauvres en éléments spécifiques.

Le pronostic est essentiellement bénin.

(A. Dufourt et J. Brun. Les épituberculoses. Processus pneumoniques tuberculeux curables des périodes primaires et secondaires. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 novembre 1935.)

Clinique chirurgicale

La colibacillose prolongée peut masquer une hydronéphrose congénitale, comme le montrent deux observations de H. Comte. Voici la première :

Mme C... jeune femme du bled, fait en octobre 1934 des poussées de température à 40°, durant deux à trois jours, ne s'accompagnant d'aucun symptôme d'aucune sorte, se répétant à intervalles assez éloignés de près de quinze jours d'abord, puis régulièrement toutes les semaines. Les derniers temps les périodes fébriles étaient d'une semaine, les périodes d'apyrexie duraient de même une semaine. La recherche des hématozoaires fut plusieurs fois négative.

Au bout d'un mois de fièvre intermittente, une analyse d'urine ayant montré du colibacille et du pus, la malade fut traitée par des injections intraveineuses d'uroformine, puis par le sérum de Vincent.

Un mois et demi plus tard, devant l'insuccès du traitement, je fus appelé auprès de la malade.

Il n'y avait aucun signe de localisation si ce n'est quelques légères douleurs spontanées dans la région rénale gauche.

La palpation ne permettait pas de sentir le rein et ne réveillait pas de douleurs nettes. L'attention n'était guère attirée vers le rein gauche que par la notion d'un syndrome douloureux rénal gauche ayant duré quelques heures en traversant l'Espagne en auto quelques mois auparavant ; de plus, une radiographie avec injection intraveineuse d'urosélectan avait montré un défaut d'opacification des cavités du rein gauche.

Je pratiquai un cathétérisme des uretères ; du côté droit, la sonde, enfoncée d'une vingtaine de centimètres, permettait l'injection du bassinet à l'urosélectan ; du côté gauche, l'urosélectan était arrêté à la partie supérieure de l'uretère et refluait dans la vessie.

Les jours suivants, j'essayai de faire pénétrer ma sonde dans le bassinet gauche et ce ne fut qu'après un premier essai infructueux que je pus pénétrer dans le bassinet gauche, augmenté de volume ainsi que le montra la radiographie sans urosélectan.

L'examen des urines séparées montrait du pus et des colibacilles abondants à l'examen direct à gauche, le taux de l'urée au litre était de 9 gr. 57 ; le taux des chlorures de 1 gr. 40. A droite il n'y avait pas de pus, pas de germes à l'examen direct, le taux de l'urée était de 17 gr. 42, celui des chlorures de 5 gr. 38.

En possession de tous ces renseignements nous montrant l'existence d'une petite hydronéphrose infectée du rein gauche, je pratiquai un cathétérisme urétéral à demeure du rein gauche pendant quarante-huit heures avec lavages répétés du bassinet au nitrate d'argent. Cette malade, qui n'avait réagi à aucun traitement, a guéri immédiatement et n'a présenté depuis aucun trouble ni aucune température.

(H. Comte. Colibacilloses prolongées symptomatiques d'hydronéphrose congénitale. *Maroc Médical*, 15 octobre 1935.)

L'indication thérapeutique du fibrome utérin doit être individualisée, étudiée pour chaque malade, orientée vers la méthode qui semble convenir le mieux à chaque cas en particulier. On peut poser les règles générales suivantes :

1° Lorsque les fibromes ne provoquent pas de compression et qu'ils sont développés concentriquement à la cavité utérine, on les soigne par une application intra utérine de radium.

2° Si les fibromes sont asymétriques, excentriques à la cavité utérine, s'ils sont pédiculés vers l'abdomen ou inclus dans le ligament large, s'ils provoquent des compressions, on les traite par l'hystérectomie abdominale subtotale.

3° Pour lutter contre les symptômes hémorragiques, on utilise les rayons X pénétrants.

4° Les malades traitées par le radium suivront avec succès des cures thermales aux eaux chlorurées fortes.

5° L'hystérectomie vaginale est applicable aux fibromes de petit volume, aux utérus fibromateux qui saignent.

(L. Dieulafé. Indications thérapeutiques dans les fibromes utérins. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 1er décembre 1935.)

Oto-rhino-laryngologie

La douleur dans les mastoïdites est extrêmement variable tant dans son intensité que dans sa localisation. Il faut signaler tout particulièrement la douleur oculaire et la douleur dentaire, susceptibles d'égarer le diagnostic.

La douleur oculaire se manifeste précocement ou tardivement.

Dans le premier cas l'œil est larmoyant, un peu rouge et sensible à la lumière, sans qu'il y faille voir un signe de gravité particulière.

Dans le second cas la douleur oculaire survient quand la suppuration de l'oreille, drainée par son ouverture tympanique, devrait diminuer ou même quand la mastoïde a été ouverte. Elle se rencontre dans les cas graves d'ostéite profonde. Apparaissant ou persistant après le premier septénaire, elle commande l'ouverture large de la mastoïde ; persistant plus de trois jours après mastoïdectomie, elle est un signal d'alarme et commande l'évidement.

La douleur dentaire présente une signification clinique de gravité variable. Elle peut n'être que la traduction d'une irritation superficielle et passagère ; dans d'autres cas elle a une cause plus profonde et traduit la progression de l'inflammation vers la pointe du rocher.

Ces douleurs, oculaire et dentaire, sont des signes précieux, annonçant souvent l'ostéite profonde ; à ce moment de la suppuration les signes mastoïdiens sont très minimes, pour ne pas dire inexistants.

(Leplat. La douleur dans les mastoïdites. *Gazette médicale de Picardie*, juillet 1935.)

Médecine militaire

La physionomie morale et juridique de la loi des pensions militaires est fort bien tracée dans une importante étude de P. Mazel, B. Pommé et R. Péchoux.

Ils montrent tout d'abord l'évolution de la notion de preuve dans le domaine civil. En droit commun le requérant doit apporter une double preuve : qu'il a subi un dommage, que ce dommage est le fait d'autrui. La loi sur les accidents du travail introduit la notion du risque professionnel. La loi sur les maladies professionnelles admet le principe de la présomption légale. La loi des Assurances sociales atténue encore la charge de la preuve.

Avant la guerre les dommages subis en milieu militaire étaient réglés par la loi de 1831; il fallait établir l'origine en service. Cette disposition en rendait l'application difficile à une armée nationale, qui différait profondément de l'armée de métier. La loi du 31 mars 1919 proclame alors le grand principe du droit à la réparation. La présomption d'origine va jouer et la preuve contraire ne pourra pratiquement pas être opposée. « Cette générosité était une manifestation de reconnaissance de la Nation à ses défenseurs. » Voici une importante générosité de la loi des pensions militaires : elle admet l'équivalence de l'origine directe et de l'aggravation.

Ces libéralités, explicables par les circonstances, auraient pu être limitées dans le temps. Il n'en fut rien. Le délai pour la présentation des demandes de pension fut prorogé à plusieurs reprises.

Cependant, peu à peu, devant les conséquences économiques de la loi, on essaie d'endiguer le flot des demandes nouvelles. La présomption d'origine est supprimée, en 1926, pour les militaires mobilisés au cours des hostilités ; elle subit encore une restriction en 1934. Les décrets-lois décident la revision des pensions abusives.

Une grosse erreur a été d'appliquer à l'armée du temps de paix une loi dont le fondement est le droit à la réparation de l'invalidité de guerre. Il s'agit de jeunes gens, d'hommes sélectionnés, d'exercices et de manœuvres ; il a bien fallu laisser aux candidats à pensions la charge de faire la preuve de l'imputabilité au service en 1933.

De nombreux aménagements pourraient et devraient être apportés à la loi. C'est ainsi que toute aggravation est à la charge de l'Etat, mais qu'il n'a même pas le droit de savoir si une amélioration s'est produite. Une tuberculose cicatrisée est actuellement indemnisée comme une tuberculose en évolution.

« En somme, initialement, le législateur a appliqué une idée générale qui comportait, au moment de l'élaboration des textes, une forte charge affective.

« Ce caractère passionnel n'a pas permis, selon la règle, de prévoir les conséquences pratiques d'engagements pris dans l'allégresse. Ne pouvant discriminer dans ces conditions, la loi a appliqué, sans retard et en bloc, ses principes généraux dans la réalité quotidienne.

« Nous avons vu les conséquences et insisté sur la nécessité de redressements successifs. Progressivement colorée par une ambiance nouvelle, l'idée générale s'était révélée fausse et dangereuse en beaucoup de ses éléments.

« Tout ceci, en dernière analyse, n'est qu'une illustration de plus d'une erreur commune en matière d'idées générales. »

On ne saurait évidemment mieux dire.

(P. Mazel, B. Pommé et R. Péchoux. Réflexions sur la loi des pensions. *Journal de médecine de Lyon*, 20 novembre 1935.)

J. Lafont.

« La première constatation frappante qui ressort des opérations de préconciliation (*fiscale dans la Seine*), c'est leur rareté. Sur les quelques 6.000 médecins qui habitent la Seine, le préconciliateur a vu :

« dans le 2e semestre 1933 : 16 litiges.
« dans l'année 1934 : 43 litiges.
« dans l'année 1935 : 27 litiges.

« Au total 86 litiges depuis l'institution de la préconciliation La plupart ont été résolus à l'amiable après l'intervention du préconciliateur ; sans posséder de précisions sur ce point, nous ne croyons pas que plus de 20 médecins aient été déférés à la Commission de taxation après s'être présentés chez le préconciliateur.

« Ces chiffres prouvent mieux que tout plaidoyer, la loyauté fiscale des médecins et l'inconsistance, pour ne pas dire plus, des reproches qui leur ont été adressés dans les milieux politiques. Il est bon d'ajouter que souvent les relèvements réclamés par les contrôleurs ne dépassaient pas 10.000 francs, et que le plus élevé atteignait 70.000 francs.

« Nous sommes loin des chiffres astronomiques propagés sous le manteau et souvent par les médecins eux-mêmes. »

(Dr P. Tissier. — Le rôle de la préconciliation fiscale dans le département de la Seine, *Féd. Corp. des médecins de la rég. parisienne*, séance du 3 janv. 1936. *L'Hygiène sociale*, 25 janv. 1936.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 mars 1936

Un dérivé iodé de l'aspirine. — ***M.*** le Professeur ***Pouchet*** présente un dérivé iodé de l'aspirine, l'*iodéo-pirine*, obtenu et étudié par MM. le Docteur Le Gac, Professeur à l'École de médecine et de pharmacie de Rennes, Viel et Trégoat. C'est un succédané de l'aspirine qui offrirait l'avantage d'unir à l'action analgésique et calmante de l'aspirine les propriétés antitoxiques de l'iode utilisé à faible dose et mis en liberté lentement dans l'organisme. Les résultats thérapeutique obtenus par l'emploi de l'iodéo-pirine se sont montrés particulièrement intéressants dans les cas de rhumatismes, aigus ou chroniques, de sciatiques, ainsi que dans la plupart des algies pour lesquelles on utilise habituellement l'aspirine. Ce médicament présente encore de remarquables avantages pour le traitement de coli-bacilloses qui sont particulièrement rebelles à toutes actions médicamenteuses.

L'atropine à doses fortes et progressives dans le traitement des troubles post-encéphalitiques. — ***MM. G. Marinesco***, et ***E. Façon*** rappellent leurs communications antérieures à ce sujet et rapportent les résultats concernant l'application de ce traitement à un nombre de plus de 200 malades.

Ils insistent de nouveau sur l'efficacité du traitement atropinique dans les symptômes parkinsoniens et spécialement son action sur la rigidité et les mouvements associés; les tremblements et les crises oculogyres sont aussi influencés favorablement, ce qui ressort des observations qu'ils relatent. Ils attirent l'attention sur la supériorité de ce traitement sur les autres méthodes préconisées et surtout sur la « cure bulgare » des auteurs italiens.

Enfin ils montrent — s'appuyant sur les modifications de la formule végétative et de la chronaxie des malades traités — que l'action de l'atropine s'exerce sur les centres méso-diencéphaliques et aussi sur sur la périphérie (nerf et muscle).

Ils concluent en faveur du traitement des troubles post-encéphalitiques par les doses fortes et progressives d'atropine.

Le cancer dans la race noire. — ***M. Delbet.***

De la thrombose comme agent hémostatique. — ***M. Crut.***

Séance du 31 mars 1936

Le déclenchement de quelques intoxications alimentaires. — ***M. Loeper*** (sera publié).

A propos de la tuberculose apicale. Localisations tuberculeuses chez les animaux adultes de l'espèce bovine. — ***MM. L. Panisset*** et ***E. Jalabert***. — Dans la tuberculose pulmonaire des sujets adultes de l'espèce bovine, il ne semble pas exister de predisposition à la localisation apicale comme en témoignent à la fois :

La rareté (trois fois sur trente) de cette localisation à l'exclusion de toute autre altération tuberculeuse pulmonaire et l'absence plus fréquente (huit fois sur trente) de la localisation apicale, alors qu'il existe des altérations tuberculeuses en d'autres régions du parenchyme pulmonaire. Le plus souvent (dix-neuf fois sur trente) les lésions tuberculeuses sont irrégulièrement réparties dans le parenchyme pulmonaire.

Contribution à l'étude du rôle possible du silicium dans l'immunité contre la tuberculose pulmonaire. — ***MM. M. Royo Villanova*** et ***Pardo Canalis*** avaient deja montre que le silicium existe en quantité très faible dans les poumons des vaches qui sont si facilement tuberculisables et qu'au contraire l'analyse le décèle en très grande abondance dans ceux des chèvres et des moutons, lesquels ne sont, au contraire, qu'exceptionnellement atteints de septicemie ou de lésions bacillaires.

Leurs recherches sur le spermophile et le cobaye leur ont permis de vérifier dans le rapport entre la quantité de silicium et l'immunité contre la tuberculose, la même loi que celle que nous avons observée chez les animaux de taille plus grande.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 26 mars 1936

Deux cas de rhumatisme ankylosant vertébral. — ***M. Mallet Guy*** (Lyon), communique deux cas de cette affection qui ont été traités par parathyroïdectomie. Le rapporteur (***M. Welti***) conclut cependant à une très grande réserve dans l'appréciation de la méthode. A longue distance les échecs sont la règle, la récidive survient, et ceci, quelqu'ait été le taux de la calcémie avant ou après l'opération.

Les résultats obtenus par l'auto-greffe ovarienne. — ***M. Douay*** a réuni plus de 200 observations de greffes ovariennes. La technique de l'auteur consiste à faire la greffe dans la grande lèvre. On prélève le greffon au moment de le replacer ou au cours d'une intervention abdominale antécédente Il est remarquable de constater que l'ovaire, même de mauvaise qualité fournit d'excellentes greffes. L'activité de ces greffes est réelle ; elle est variable : certains greffons ont une longue durée d'action, d'autres moins, d'autres pas du tout.

D'autre part l'expérience assure que la greffe est préférable au fait de laisser en place l'ovaire dans l'hystérectomie. Dans ce dernier cas en effet il y a toujours ultérieurement complication du côté de l'ovaire laissé *in situ*, sauf peut-être dans le cas où on a pu laisser les annexes entières d'un côté.

M. Roux-Berger qui a vu les résultats des greffes ovariennes chez M. Tuffier estime qu'ils sont en général mauvais.

Quant à laisser la trompe et l'ovaire cela paraît à l'auteur inutile pour ne pas dire plus. La seule action efficace est de laisser avec l'ovaire, un peu de muqueuse utérine.

D'autre part le fait que la greffe se tuméfie chaque mois ne prouve pas que l'ovaire fonctionne. Enfin certaines malades hystérectomisées ne présentent aucun trouble ménopausique, ce qui rend l'appréciation de l'effet d'une greffe plus difficile encore.

M. d'Allaines a observé lors de l'étude de l'hystérectomie fundique que l'auto-greffe ovarienne n'avait que peu de résultats favorables.

M. Brocq se propose de démontrer au contraire que les greffes ovariennes faites selon la méthode de Douay sont efficaces. Les preuves cliniques ne manquent pas: femmes mises à l'abri de troubles de castration par la greffe et qui les voient réapparaître lorsque la greffe est supprimée.

M. René Bloch distingue les cas d'aménorrhée primitive où la greffe est en général suivie de la réapparition des règles, et les malades castrées chez lesquelles les résultats sont variables.

M. Moure (rapporteur) insiste encore sur les preuves biologiques de l'action de greffes : la ponction de ces ovaires greffés, dans leurs périodes de tuméfaction, retire un liquide ou clair ou rosé, qui est riche en hormones. Enfin il ne faut pas confondre l'hétéro-greffe qui vaut ce que dure la quantité d'hormones qu'elle apporte, et l'auto-greffe qui amène des résultats beaucoup plus durables, prouvant la fonction même de l'ovaire greffé.

Hernie scrotale géante. — ***M. Barthélémy*** (Nancy) pense qu'on peut opérer ces hernies volumineuses en obéissant à certaines règles de technique : pas d'anesthésie générale, pas de dissection du sac abandonné dans le scrotum ; ablation systématique du cordon et fermeture totale de la paroi aux crins perdus.

Dans les très grosses hernies, l'auteur préconise l'emploi de l'incision sus-inguinale qui permet la réduction du contenu herniaire par traction, celle-ci étant toujours préférable à la réduction par pression.

La scalénotomie. — ***MM. Maurer, Monod*** et ***Beuzart*** (Paris) ont pensé qu'il y avait intérêt à ajouter à l'effet diaphragmatique de la phrénicectomie, la scalénotomie qui permet de mettre au repos le sommet du poumon. La technique est simple à l'anesthésie locale. L'incision de découverte du phrénique prolongée en arrière permet la résection du scalène antérieur, puis la découverte du scalène moyen. L'auteur présente un résultat heureux.

Effets physiologiques des injections intra-artérielles. — ***MM. Huet*** et ***Bargeton*** rappellent l'emploi des injections intra-artérielles pour l'artériographie, l'artériothérapie, l'anesthésie par voie artérielle. Ils ont étudié les effets physiologiques de ces injections en les mesurant par des tracés de tension artérielle centrale et périphérique, au cours d'expérimentations chez le chien.

Leurs conclusions sont que le trouble apporté à la tension par l'injection d'un liquide quelconque, dépend essentiellement de deux facteurs : le rapport qu'il affecte avec le pH sanguin et son degré isotonique. Le sérum artificiel, les liquides isotoniques ne modifient pas la tension périphérique. Les liquides hypertoniques créent une hypotension périphérique légère.

Quant aux liquides hypotoniques ils entraînent une hypotension considérable. Il y a donc intérêt, avant de pratiquer une injection intra-artérielle, à exiger que le liquide employé ait un pH voisin de celui du sérum sanguin et lui soit isotonique, pour éviter des accidents graves.

Arthrorise du pied. — ***M. Sorrel*** rappelle que cette opération destinée à limiter le jeu normal ou pathologique d'une articulation par une butée préarticulaire, est d'un emploi très efficace dans les pieds bots paralytiques. Il fait une revue des divers procédés usités actuellement et accorde la préférence aux techniques qui permettent en même temps que l'arthrorise, l'arthrodèse des articulations sous-astragaliennes et médiotarsienne.

MM. Richard, Lance et ***Boppe*** apportent des résultats comparables d'arthrorises faites par diverses techniques. Pour que la greffe butoir ne se résorbe pas il faut qu'elle fonctionne réellement, qu'elle soit très volumineuse, et qu'elle soit profondément fichée dans le tarse postérieur en contact intime avec la plus grande quantité possible d'os.

J. Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 mars 1936

Les ulcères gastro-duodénaux d'origine appendiculaire. — ***M. P. Brodin*** et ***Mme Tédesco*** rappellent l'association fréquente des deux lésions dont le point de départ est l'appendice. La propagation se fait par les lymphatiques du carrefour iléo-cœcal qui croisent la troisième portion du duodénum en même temps que les vaisseaux mésentériques.

Cette propagation de l'infection du duodénum détermine un spasme et, à un degré plus avancé, une compression du duodénum amenant une stase en D^2 avec troubles à la fois infectieux, mécaniques et chimiques pouvant entraîner l'apparition ultérieure d'un ulcère.

Ce spasme duodénal peut être mis en évidence par l'étude du transit digestif, il est d'autant plus important à connaître qu'il persiste souvent entre les crises chez des sujets dont l'appendice n'est plus douloureux. Sa constatation permet une intervention précoce mettant à l'abri d'accidents ultérieurs.

Ulcère de l'estomac et appendicite. — ***M. Flandin*** rapporte l'observation d'un malade qui, au cours d'une appendicite chronique connue depuis plus de deux ans et accompagnée d'un état dyspeptique fit simultanément une crise d'appendicite aiguë et une perforation gastrique.

L'opération, pratiquée par M. Pascalis trois heures après la perforation, vérifia le diagnostic et sauva le malade. Le diagnostic de perforation gastrique fut fait sur les trois signes suivants : 1° localisation de l'estomac ; 2° attitude du malade assis et courbé en avant, douleurs augmentées par l'extension du tronc ; 3° un seul vomissement initial puis efforts non suivis de vomissements ; c'est le signe de vomissements dans le ventre par la perforation.

Néphrite érysipélateuse. Etude de la chlorémie et de l'élimination urinaire des chlorures. Alcalose provoquée par l'ingestion de bicarbonate de soude. — ***MM. A. Lemierre, A. Laporte, M. Laudat*** et ***A. Meyer-Heine*** dans un cas de néphrite érysipélateuse avec azotémie et hypochlorémie ont vu, après la guérison de l'azotémie et un relèvement passager de la chlorémie sous l'influence des injections salées hypertoniques, le chlore sanguin s'abaisser de nouveau au-dessous de la normale.

Cette rechute d'hypochlorémie, survenue après la guérison clinique de la néphrite, a été provoquée par une élimination excessive de chlorure de sodium par les urines.

Tout s'est passé comme s'il y avait eu un abaissement anormal du seuil rénal des chlorures. Cette réitération de l'hypochlorémie a tout de suite cédé à une rechloruration par voie digestive.

Pour remédier à l'acidose coïncidant avec l'azotémie, la malade a reçu quotidiennement 8 gr. de bicarbonate de soude par la bouche. A la suite de ce traitement, la réserve alcaline

a monté jusqu'à 94 V. et l'on a vu apparaître un signe de Chvostek. L'examen des urines a été subordonné à une rétention notable et prolongée du bicarbonate de soude dans l'organisme.

Les auteurs signalent de plus que le chlore globulaire s'est montré nettement plus abaissé que le chlore plasmatique et que le rapport chloré est tombé jusqu'à 0,38. Ils croient pouvoir attribuer ce phénomène à l'action du bicarbonate de soude ingéré.

Néphrite érysipélateuse. Action du bicarbonate de soude ingéré sur l'acidose. Inocuité du chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine pour le rein malade. — *MM. A. Lemierre A. Laporte M. Laudat* et *Daum* rapportent un cas de poussée aiguë de néphrite survenue au cours d'un érysipèle grave chez un homme ayant eu précédemment plusieurs atteintes de néphrite hématurique et demeuré albuminurique. L'administration quotidienne par la bouche de 8 gr. de bicarbonate de soude pendant douze jours, commencée au moment où l'urée sanguine était à 2 gr. 69 et la réserve alcaline à 32 V 5, a fait monter la réserve alcaline à 69 V. Entre temps l'urée sanguine s'est élevée à 3 gr. 25 puis est revenue à la normale et le malade a guéri.

Les auteurs signalent que, comme dans un cas précédemment publié par eux, l'ingestion de bicarbonate de soude semble avoir eu pour effet de provoquer un abaissement de chlore globulaire seul et une chute du rapport chloré au-dessous de la moyenne habituelle, tandis que le chlore plasmatique est demeuré immuable.

Le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine administré au malade dès son entrée à l'hôpital a eu certainement dans ce cas un effet particulièrement salutaire en amenant la guérison immédiate de l'érysipèle et en supprimant le facteur infectieux susceptible de compliquer gravement l'intoxication azotémique qui s'est développé par la suite.

Le traitement par le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine a été poursuivi à la dose de 1 gr. 50 par jour pendant toute la durée de la néphrite dont l'évolution a été favorable. Ce fait démontre que ce médicament est dépourvu de nocivité non seulement pour le rein normal, comme les auteurs ont pu le constater chez de nombreux érysipélateux, mais aussi pour le rein malade. Il peut donc être utilisé sans crainte au cours des complications rénales de l'érysipèle.

L'anémie pernicoïde des cirrhoses. — *MM. Noël Fiessinger, Georges Boudin* et *C.-M Laur* établissent que, si spontanément la deficience fonctionnelle du foie n'engendre pas de syndrome anémique, elle se manifeste au cours des cirrhoses par un retentissement très net sur le mode de réparation globulaire. Après avoir rappelé les observations déjà anciennes d'ictère hémolytique au cours des cirrhoses, les auteurs s'attachent à l'étude d'une anémie sans ictère hémolytique, qu'avec D. O. Wright, ils proposent de dénommer l'anémie pernicoïde des cirrhoses. Ils en rapportent quatre observations personnelles. Ces anémies apparaissent le plus souvent après une hémorragie digestive abondante. Il s'établit une anémie profonde mais sans langue de Hunter ni achlorhydrie, et le plus souvent hypochisme, sans mégaloblastose, mais avec poïkylocytose et anisocytose passagères. La récupération se fait mal et n'est guère activée par le traitement par le foie de veau cru.

En recherchant les raisons de ce syndrome, les auteurs rappellent les anémies plasmatiques des cirrhotiques après les ponctions repétées qu'ils rapprochent des anémies plasmatiques obtenues chez le chien expérimentalement par N. Fiessinger et Mlle S. Gothie. Mais les anémies posthémorragiques ne peuvent pas rentrer dans ce groupe de faits. L'achlorhydrie gastrique ne peut non plus être invoquée, si bien qu'il faut faire intervenir un trouble hématopoiétique d'origine hépatique. Ils montrent que dans l'intoxicatiou expérimentale par la phénylhydrazine, la récupération rouge se produit moins vite quand le foie est atteint. On peut donc conclure que l'anémie pernicoïde traduit une déficience de la fonction hématopoïétique du foie sous l'effet de la cirrhose.

Un cas de polynévrite barbiturique. — *MM. Pasteur, Vallery-Radot* et *René Israël* rapportent un cas de polynévrite du membre supérieur droit d'origine barbiturique. La polynévrite était totale, diffuse, avec troubles moteurs portant sur tous les segments du membre, abolition des reflexes tendineux, hypoesthésie. Les troubles moteurs et sensitifs prédominaient à la main. En peu de jours la paralysie évolua vers la régression. Quelques muscles de la main restent encore atteints.

Les auteurs soulignent que les premiers signes de la polynévrite apparurent après une intoxication chronique par le gardénal. La paralysie flasque, totale, se manifesta brusquement, quelques jours après l'absorption d'une dose massive du toxique.

M. Flandin pense que si les polynévrites barbituriques sont si rarement signalées, c'est qu'elles sont très souvent passagères et méconnues. Il rapporte un cas de paralysie du moteur oculaire externe gauche qui se manifesta par une diplopie fugace à la suite de l'ingestion d'une dose de gardénal plus élevée qu'à l'ordinaire chez un intoxiqué chronique.

M. Babonneix relate l'observation d'un épileptique traité par 15 à 20 cgr de gardénal chez lequel apparut une paraplégie flasque rapidement régressive.

Lithiase pancréatique et diabète — *M. M. Labbé* rapporte un cas de lithiase pancréatique dont le diagnostic fut posé après examen radiologique montrant la présence de plusieurs calculs siégeant dans le pancréas.

L'intervention permit l'ablation d'un calcul mais les suites opératoires furent compliquées d'une injection pulmonaire et le malade succomba.

A propos de ce cas, l'auteur retrace le tableau clinique de la lithiase pancréatique et les relations de cette dernière avec le diabète.

M. Justin-Bezançon relate le cas d'une fillette de 12 ans atteinte de calcification pancréatique vérifiée radiologiquement sous la forme d'une bande opaque transversale au niveau du pancréas. Quelques années plus tard apparut une calcification totale de toutes les artères périphériques. De telles observations posent le problème des troubles du métabolisme du calcium dans ces cas.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 11 mars 1936

Hémorragies gastro-duodénales et régime alimentaire. — *M. Gaston Durand* s'élève contre les régimes trop larges donnés systématiquement d'emblée, et contre les régimes trop déficitaires maintenus trop longtemps. En dehors d'un petit nombre de cas spéciaux précisés par l'auteur, la diète initiale peut être ramenée à un ou deux jours.

Ce sont des raisons théoriques, plus que pratiques, qui font préparer tel aliment à tel autre — en dehors du lait — comme aliment de départ. On peut, presque toujours dès le deuxième ou le troisième jour, commencer par du lait condensé sucré et des blancs d'œuf cru.

Avec le contrôle de durée de l'hémorragie (grands lavements chauds quotidiens, puis recherche de l'hématine dans les selles) on peut arriver vers le dixième jour à une alimentation lacto-ovo-farineuse déjà suffisamment énergétique qui sera encore élargie au cours de la troisième semaine.

Le dosage de la folliculine en clinique ; technique ; indications générales. — *M. H. Simonnet* signale que dans l'état actuel la seule méthode de dosage utilisable en clinique est la méthode biologique. L'auteur donne les techniques de concentration de l'hormone à partir du sang et de l'urine. Il indique de quelle façon le titrage doit être pratiqué. Après avoir rappelé les taux normaux de la folliculine sanguine et urinaire, il indique à quel moment les prélèvements doivent être pratiqués pour en réduire le nombre au minimum, tout en obtenant le maximum de renseignements. Il discute ensuite la signification des résultats que l'on en peut obtenir et la manière générale de les interpréter dans les troubles menstruels (aménorrhées, hypoménorrhées, oligoménorrhées, tension pré-menstruelle, ménorragies et métrorragies). Il indique de quelle utilité le dosage de la folliculine peut être, chez les femmes normalement réglées mais stériles et au cours de la grossesse.

Incompatibilités pharmaceutique de certains analgésiques et antithermiques. — *M. R. Huerre* fait observer que l'on ne peut réaliser l'association stable de l'exalgine, de la phénacétine, du benzoate de soude, de la caféine et de la salipyrine. La substitution du salicylate basique de quinine à la salipyrine detruit l'incompatibilité.

Aurothérapie intra-trachéale par voie rhino-bronchique. — *M. Georges Rosenthal*, dans le traitement de la

laryngite bacillaire utilise la technique rhino-bronchique scuroformée par l'aurothérapie. La diminution des crachats et leur épuration s'ajoutent à l'action inhibitrice de l'or sur le développement du bacille de Koch.

Asthme nasal et médication parathyroïdienne. — ***M. G. Parturier*** signale quatre observations d'asthme nasal (trois femmes, un enfant de 10 ans) amélioré au point d'être considéré comme guéri par la paratyrone en injection — en ingestion *per os* — en suppositoire avec un traitement local de pulvérisation d'hormone.

Ces résultats favorables semblent attribuables, d'une part, à l'action antispasmodique de la paratyrone, d'autre part à son action antichoc-antiallergique.

Traitement de Bridault et topiques végétaux. — ***M. A. Brissemoret***, après avoir rappelé qu'un ancien médecin militaire, Bridault, avait publié, il y a 134 ans, un traité sur la carotte — recueil d'observations d'ulcères réputés cancéreux et incurables — rapporte à son tour des observations récentes qui démontrent les propriétés hémostatiques, analgésiantes, détergeantes et même épidermisantes de la pulpe de racines de carotte, employée dans des cas indiscutables d'épithélioma incurables du sein et de la face.

L'auteur essaie d'interpréter ces faits d'après la composition chimique de la carotte et les théories biologiques actuelles. Il justifie l'emploi fait autrefois des pulpes végétales et même animales employées comme topiques.

Marcel LAEMMER.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 6 mars 1936

Modifications apportées à l'évolution d'un abcès polymicrobien du poumon par une injection intraveineuse de bactériophage. Acte chirurgical réduit. Guérison. — ***M. André Raiga*** communique une observation d'abcès du poumon à pneumocoque, streptocoque, staphylocoque doré et pneumobacille de Freidlander dans laquelle la stérilisation de l'infection secondaire surajoutée à la pneumonie a été obtenue par une injection intraveineuse de bactériophage polyvalent. A la suite de cette transformation d'une infection polymicrobienne en une infection uniquement pneumococcique, transformation ralentie par les propriétés antiphages du sérum sanguin qui ont cédé à l'auto-hémothérapie, l'abcès s'est extériorisé sous la peau du thorax et a guéri complètement en quelques jours par la simple incision. L'auteur fait suivre sa communication de considérations sur le phénomène de bactériophagie.

Les angiomes cirsoïdes crânio faciaux. — ***M. Dufourmentel*** a observé et traité une soixantaine de cas d'angiomes crânio-faciaux ; il attire l'attention sur quelques points : 1° la topographie des angiomes au niveau des fissures faciales montre que ce sont toujours des anomalies embryonnaires. A vrai dire, on en trouve dans tous les points, mais avec une fréquence particulière sur la ligne médiane du crâne et sur la ligne de coalescence des bourgeons faciaux ; 2° au point de vue histologique, il semble qu'on puisse reconnaître deux types d'angiomes : les uns sont incompressibles et souvent encapsulés, reproduisant la structure du corps caverneux, les autres sont compressibles, souvent animés de battements et reproduisant la structure du corps spongieux. 3° L'évolution des angiomes montre que très souvent, à la naissance, ils ne sont plus qu'une tache de très petite étendue et qu'ils s'accroissent dans les premiers mois, pour atteindre leur développement définitif au bout de quelques années, d'où l'intérêt qu'il y a à les traiter de très bonne heure. 4° Les deux traitements actuellement en faveur : radium et chirurgie ont leurs indications respectives que l'auteur précise en tenant compte de l'efficacité du radium au début, mais aussi des dangers ultérieurs qu'il présente. Au point de vue chirurgical, il s'attache surtout à régler la technique des angiomes en « bouton de chemise », c'est-à-dire avec communications transosseuses multiples et souvent importantes.

Angiome de l'articulation du genou. — ***M. Masmonteil*** communique l'observation d'un cas d'angiome de l'articulation du genou qui, pendant huit ans, a donné lieu à des hémarthroses à répétition, à des diagnostics divers et qu'il a opéré avec succès. L'auteur n'a retrouvé que six cas semblables dans la littérature et il se demande si bien des observations d'arthrite hémophilique ne sont pas des tumeurs vasculaires méconnues de la capsule articulaire.

Observation de radiumthérapie de cancer de l'œsophage avec toutes les apparences de la guérison. — ***M. Jean Guisez*** rappelle qu'il a déjà présenté à la Société des Chirurgiens de Paris, en mars 1934, le malade qui fait l'objet de cette communication, c'est-à-dire un an après la fin de son traitement radiumthérapique. Revu récemment (février 1936) ce malade a repris 25 kgr., vit de façon absolument normale, mangeant absolument de tout avec un appétit très vif. Comme il y a trois ans que le traitement a été effectué et que les lésions ont disparu complètement à l'endoscope, on peut prononcer aujourd'hui le mot de guérison. Deux œsophagoscopies avec biopsie faites par deux spécialistes différents ont montré qu'il s'agissait d'un épithélioma d'origine glandulaire : le diagnostic de cancer est donc incontestable.

Dans plusieurs communications antérieures, l'auteur a rapporté une série de cas où le radium s'était montré particulièrement efficace, et il précise les indications et les contre-indications de ce traitement qui est surtout efficace lorsque les lésions n'ont pas encore dépassé les limites de l'œsophage, d'où l'utilité d'un diagnostic précoce, que permet seul l'endoscope.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Le traitement du psoriasis par les sels de manganèse. Action élective sur les arthropathies

MM. J. MARGAROT et P. RIMBAUD (*S. des S. M. et B. de Montpellier et du Languedoc Méd.*, nov. et déc. 1935) attirent l'attention sur les effets favorables que donne le manganèse dans le traitement du psoriasis. Si son action est comparable à celle des autres médicaments employés pour les lésions cutanées, elle est particulièrement efficace contre les arthropathies, à en juger par les deux observations rapportées.

Chez une malade présentant une arthropathie psoriasique des deux genoux, à type tabétiforme, résistant au traitement salicylé, une amélioration rapide a été obtenue par des injections de manganèse en suspension colloïdale.

Le carbone intraveineux dans les infections chirurgicales

MM. Paul Dambrin, Robin et Lhez (*Soc. de méd., chir. et ph. de Toulouse*, déc. 1935) ont employé cette méthode dans sept cas.

2 ostéomyélites du tibia.
1 écrasement infecté de jambe.
1 ostéite de jambe après fracture ancienne ouverte.
1 érysipèle de la paroi post-appendiculaire.
2 phlegmons diffus du membre supérieur.

L'influence de ce traitement par le carbone intraveineux, a été nettement favorable dans les infections chirurgicales aiguës à streptocoques.

Par contre, cette thérapeutique n'a pas eu un effet notable sur les infections à type subaigu ou chronique.

Vaccine généralisée après une frotte de gale

Chez un enfant de quinze mois, Mlle Ullmo et M. Moniatte (*R. Derm. de Strasbourg*, 17 nov. 1935) ont vu survenir une vaccine généralisée à la suite d'une frotte de gale.

Traitement des brûlures étendues

MM. E. Sorel, Guichard et Gigon (*S. de Péd.*, 19 nov. 1935) ont obtenu, chez des enfants, grands brûlés, de bons résultats par le décapage et les badigeonnages au mercurochrome, sans pansement. Lorsqu'il était possible, les enfants ont été anesthésiés pour le premier pansement. Ils ont été mis dans de grands draps stérilisés pour éviter les premiers pansements.

M. P. — P. Lévy après décapage à l'éther fait suivre les badigeonnages au mercurochrome de pansements au tulle gras.

Pour les brûlures des membres, M. Huc rappelle qu'en utilisant des dispositifs en verre ouverts à leurs deux extrémités, on peut éviter les pansements.

VARIÉTÉS

A un jeune médecin : *Cave canem*

Cave canem se lisait sur le seuil des maisons romaines,
Cave feminam convient à l'entrée de notre carrière

« Je suis bien malheureuse, ô cher et bon docteur !
« Vous guérissez mon corps grâce à votre science ;
« Mais mon cœur désolé cherche un consolateur...
« Mon mari me délaisse et je souffre en silence ! »

— Si la femme est jolie et vous-même amateur
Trop ardent du beau sexe, évitez l'imprudence
De céder aux attraits du Démon tentateur...
Ecoutez froidement la tendre confidence.

Si l'appât qu'on vous tend vous semble même exquis,
Confrère encor naïf, gardez vous de le prendre.
Vous croirez conquérir et vous seriez conquis.

Détournez le propos sans paraître comprendre
Que l'affligée est prête à vous ouvrir ses bras ;
C'est un piège fleuri : gare ! n'y tombez pas.

Que chacun garde son secret

Qui ne connaît ce parfait sonnet de Félix Arvers qui se trouve dans toutes les anthologies ?

Mon âme a son secret, ma vie a son mystère.
Un amour éternel en un moment conçu... etc...

Comme celle d'Arvers, toute âme a son secret,
Et toute vie humaine enveloppe un mystère,
Si tout homme voulait le dire en un sonnet,
Cette sonnaillerie étourdirait la terre.

Cet aveu général perdrait tout intérêt :
Indulgent pour soi-même et pour autrui sévère,
Chacun pour son voisin est un censeur austère,
Au mépris du voisin chacun de nous est prêt.

D'ailleurs, si les aveux devenaient à la mode,
Promptement le sonnet s'allongerait en ode ;
Un long poème aurait encore plus de prix.

Donc, à mon humbre avis, ce qu'a de mieux à faire
Celui qui ne veut pas s'exposer au mépris,
C'est cacher son mystère, et son secret, le taire.

Symbole et clarté

Aujourd'hui trop d'auteurs entourent leur pensée,
Comme à Delphes jadis les oracles divins,
D'une gaine de mots si lourdement tissée
Que leur prose ou leurs vers restent obscurs et vains.

Il nous faut déplorer cette mode insensée,
Qui contraint des lecteurs transformés en devins
A brouiller des rébus dans leur tête lassée
Et donne pour nectar le plus trouble des vins.

Certes tout écrivain, prosateur ou poète,
Peut user du symbole, instrument précieux
Pour frapper la pensée, ornement gracieux

Du style ; mais gardez qu'il ne gâte la fête
En troublant le lecteur par sa complexité,
Et du but principal n'étouffe la clarté.

Paul LE GENDRE.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, où à vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Une exposition de tableaux médicaux anciens. — Si la médecine présente des liens qui se révèlent de plus en plus étroits avec la philosophie, les sciences physiologiques, l'histoire et la littérature, ses ramifications s'étendent également à un domaine, moins important, certes, mais qui ne laisse pas de présenter un très vif intérêt, nous voulons dire la peinture.

Nous n'ignorons pas que notre corporation compte un très grand nombre de peintres, et qui ne manquent pas de talent, comme l'atteste le Salon des peintres médecins, au Cercle de la librairie, mais il se trouve le plus souvent que sur environ trois cents toiles exposées, une ou deux seulement représentent un sujet médical.

Quant aux peintres contemporains de métier, je n'en vois pas un seul qui ait traité un sujet se rapportant à la médecine. Ce désintéressement d'ailleurs ne s'exerce pas exclusivement sur

la profession du médecin : aucune autre corporation, en général, n'est inspiratrice de nos tableaux modernes.

Il n'en était pas de même aux XVIIe, XVIIIe et au commencement du XIXe siècle. Sans dire que les sujets médicaux inspiraient les peintres à l'envi, on peut compter tout de même un assez bon nombre de toiles médicales anciennes. Mais ces toiles sont excessivement rares, et il faut de longs mois, pour ne pas dire de longues années de recherches, à un médecin qui désire orner son intérieur d'un tableau illustrant une profession qui lui est chère.

Grâce à l'initiative d'un confrère, homme de goût, la librairie Le François a pu organiser une exposition de tableaux composée en grande partie de sujets médicaux et gastronomiques. Le vernissage de cette exposition a eu lieu le 14 mars dernier.

Tous les visiteurs ont été frappés de la qualité exceptionnelle des œuvres exposées. Chacune mériterait un long commentaire. Malheureusement la place nous fait défaut. Nous nous bornerons à citer les toiles qui nous ont le plus touchés personnellement.

La Saignée, petite toile de Jérôme Janssens, peintre flamand. du XVIIe siècle. Cette œuvre, d'une délicatesse de coloris achevée et d'un dessin très pur, témoigne chez son auteur d'une délicieuse et sûre psychologie ; *La Nécropole Romaine*, de Carel de Hoogh (XVIIe s.) reflète toute la terrible majesté de la mort ; *les Emblèmes des Arts et de la Médecine* d'Anne Vallayer réalise un ensemble plastique incomparable avec des objets qui, à l'époque, semblaient les moins propres à nourrir l'inspiration d'un peintre ; *le Malade récalcitrant*, de A.-F. Laby (début du XIXe s.) touche par son sujet à la caricature médicale, mais l'exécution en est d'un grand artiste.

Citons encore le *Portrait de J.-L. Petit*, membre de l'Académie royale des Sciences, par L. Vigée (XVIIIe s.) ; *Le Portrait de J.-F. Gall*, le père de la phrénologie, par Carloni (début du XIXe) ; *L'Accouchement*, par Bourgonnier (1890), toile très caractéristique de l'époque impressionniste, où les personnages baignent dans une étrange lumière, *La Convalescence*, de H. Lerolle, etc., etc.

Il faut espérer que cette manifestation artistique qui a été un succès sera suivie de beaucoup d'autres.

Mesmer candidat à l'Académie de Lyon. — LE PROGRÈS LYON (8 mars 1936) :

Dernièrement, un érudit lyonnais, M. Claudius Roux, secrétaire général pour les sciences de l'Académie de Lyon, découvrait dans les archives de cette compagnie une lettre probablement inédite, sûrement oubliée, de Frédéric-Antoine Mesmer. Par cet autographe qui date de 1781, et qui doit être publié d'ici peu, le fameux médecin allemand sollicitait l'honneur d'être nommé membre associé de l'Académie de Lyon.

Ce qu'on pourrait prendre comme un hommage à l'adresse d'une docte société ne fut peut-être qu'un acte de diplomatie intéressée. Mesmer, qui avait alors 48 ans, n'était installé en France, à Paris, que depuis trois années seulement. Sa carrière avait été plutôt mouvementée : ses talents ou, comme il se plaisait à dire, son « génie » de magnétiseur, lui avaient valu de faire scandale à Vienne et les théories qu'il s'efforçait de répandre dans le public étaient fort discutées.

. . . .

En lançant un coup de sonde à Lyon, l'habile personnage savait bien ce qu'il faisait. Lyon a toujours eu une solide réputation de mysticisme. Cette ville est la patrie de Pierre Valdo, saint Bonaventure et Gerson y ont vécu, Maurice Scève et Louise Labbé y ont aimé mélancoliquement : au temps de Mesmer, les mages et les adeptes des mages n'y manquaient point. De Saint-Martin, fondateur du martinisme qui a encore des adeptes chez nous, y rencontrait à l'occason Willermoz, Perisse du Luc, de Virieu et beaucoup d'autres. Le milieu était donc bien choisi pour tâcher de s'y introduire.

Les académiciens lyonnais firent cependant preuve d'une sage défiance ; ils examinèrent avec soin le *Précis historique des Faits relatifs au magnétisme animal jusqu'en* 1781 que leur avait adressé Mesmer avec sa lettre. Ils se consultèrent sur la candidature de celui-ci sans toutefois l'agréer. Mesmer ne poussa donc point sa fortune à Lyon, ainsi qu'il l'avait espéré. Mais ses idées et ses procédés trouvèrent quand même accueil chez les hommes de science, particulièrement chez les médecins.

En 1784 eurent lieu, d'après le système mesmérien, les fameuses expériences de l'Ecole vétérinaire. Les magnétiseurs diagnostiquèrent certaines lésions dans un cheval, et l'autopsie leur donna, paraît-il, raison. Aussitôt de crier victoire, cependant

P. L. M. — Profitez des vacances de Pâques pour effectuer un agréable voyage à prix réduit dans le Sud-Algérien

A l'occasion des vacances de Pâques, les chemins de fer Algériens délivreront des billets spéciaux d'aller et retour comportant une réduction de 50 % sur le double du prix des billets simples sur différentes destinations du Sud : Laghouat et Ghardaïa, le M'Zab, célèbre par sa situation dans un désert de pierres ; Djemila (par Sétif ou Saint-Arnaud), l'antique Cuicul, la Reine des Villes d'or par l'élégance de ces monuments ; Constantine perchée sur son rocher qu'entourent les gorges profondes du Rhummel ; Timgad (par Batna), ruines romaines universellement connues pour leur conservation et la majesté des monuments ; El-Kantara, ses gorges et son oasis ; Biskra, la reine des Zibans surnommée aussi le jardin d'Allah ; L'Oued-Rhir avec Touggourt, la perle du désert ; Beni-Ounif-de-Figuig, dans un lieu de repos idéal par son silence et son altitude ; Tlemcen, la perle du Moghreb, capitale religieuse, intellectuelle et artistique de l'Islam en Algérie.

Ces billets spéciaux seront délivrés à partir du 3 avril jusqu'au 19 avril 1936. Les coupons de retour seront valables jusqu'au 23 avril inclus, sans faculté de prolongation ni d'arrêt en cours de route.

Toutefois, les voyageurs à destination de Batna, de Biskra et de Touggourt auront la faculté de s'arrêter à Sétif ou Saint-Arnaud (Djemila) à Constantine, à Batna et à El-Kantara soit à l'aller, soit au retour, pendant 24 heures, sans qu'il puisse en résulter une augmentation de validité des billets.

que les adversaires non convaincus répliquaient qu'il s'agissait de lésions extrêmement communes. On n'opéra pas seulement *in anima vili* ; les expériences s'instituaient à l'Hôtel-Dieu, d'où s'ensuivirent de violentes polémiques médicales, assaisonnées d'homériques injures.

Paul Bourget et la médecine. — *Passage détaché des* SOUVENIRS D'UN JOURNALISTE : M. PAUL BOURGET, *de M. Lucien Coperchot dans la* REVUE UNIVERSELLE, (15 février 1936) :

... A quatre-vingts ans passés, je le trouvais fréquemment lisant les revues de médecine, la plume à la main annotant le *Journal des Praticiens* et interrogeant le Docteur Charles Fiessinger sur de récentes communications à l'Académie.

« Il faut bien s'instruire ! » me répétait-il souvent. Son père l'avait détourné d'entreprendre une carrière médicale, mais n'avait pu l'empêcher de s'initier à la science qu'il estimait la plus constamment préoccupée de la réalité vivante. Il suivit les cours de l'Ecole de médecine plus régulièrement que ceux de la Sorbonne.

— Je me vois encore, disait-il après un demi-siècle et plus, bachelier de la veille m'engageant sur le pont couvert qui reliait alors la place Notre-Dame au vieil Hôtel-Dieu pour me mêler aux étudiants qui suivaient la clinique du Docteur Maisonneuve.

Le Docteur Charles Fiessinger raconte que, jeune carabin, étant venu à Paris, il avait acheté *Edel* tout nouvellement paru. Il lisait le poème dans le train qui le ramenait en Alsace. Un jeune homme près de lui se penchait curieusement sur le volume. C'était l'auteur. Bourget se rendait en Allemagne. Ils firent connaissance. Le médecin parla poésie. Le poète ne parla que médecine.

Bien des années plus tard les deux voyageurs, installés l'un et l'autre dans la grande notoriété, se retrouvèrent dans un nouvel Hôtel-Dieu assidus aux magnifiques leçons cliniques du Professeur Dieulafoy.

Pour me rasseoir l'esprit, disait Bourget, quand il m'arrive de lire du Chateaubriand ou du Victor Hugo, je reprends bien vite l'*Introduction à la médecine expérimentale* ou quelque leçon de Trousseau.

Ce Trousseau, quel homme ! Et Bretonneau, ce médecin de campagne, son émule dans les recherches sur la spécificité des maladies. Il a servi de modèle à Balzac, et non seulement de modèle, mais d'inspirateur !

Sa curiosité fervente du mécanisme cérébral attirait surtout Bourget vers la médecine mentale, la psychiatrie. Pendant de longues années, on le vit arriver chaque matin sur le quai de l'horloge, à l'infirmerie du Dépôt, pour y assister à la consultation de son ami le Professeur Ernest Dupré !

— Combien, dit-il, j'ai passé d'heures passionnément attentives à côté de Dupré, dans cette sombre salle basse du rez-de-chaussée de la Conciergerie, à écouter le grand clinicien interroger les anormaux qu'on lui amenait. Ils étaient d'autant plus intéressants que la veille encore, le matin même ils étaient mêlés à la vie commune exerçant leur métier, allant et venant comme les autres, pareils à eux en apparence et déjà si distincts. Ils avaient à peine passé la frontière qui sépare l'aliéné de l'individu ordinaire et par conséquent sociable. Les traces de leur santé morale étaient encore visibles dans leur maladie commençante. Que ce début d'évolution soulevait de problèmes !

Bourget avait tellement la sensation de la découverte que pour un peu, il eût, comme Ernest Dupré lui-même, qualifié ces malheureuses loques humaines de « trésors ».

Dupré disparu, Bourget m'emmena chaque semaine à Vaugirard, dans le dispensaire où le Docteur Heuyer poursuivait ses études sur les enfants anormaux et essayait d'éclairer tant de questions obscures touchant le développement de l'intelligence et les fatalités de l'atavisme.

Bourget poursuivait auprès de ces grands cliniciens l'analyse des matériaux avec lesquels les hommes construisent leur personnalité. Il disait de la psychiatrie. « Elle est une science, mais qui confine, au point de sans cesse l'envahir, avec la littérature d'observation. »

Le nom de psychiatrie et la science qu'il désigne n'existaient même pas que « les grands créateurs d'âmes » se conformaient aux lois qu'elle devait formuler un jour.

« Quand Molière imagine Argon, écrivait Bourget, dans une préface dédiée précisément à Ernest Dupré, il dessine un type de neurasthénie mélancolique, dont le tableau clinique pourrait prendre place dans un *Précis* aussi technique que celui de Régis, sans qu'un trait en soit changé.

« Balzac pareillement, quand il a prêté à *Ursule Mirouet* des phénomènes de double vue, s'est trouvé avoir décrit un *délire onirique systématique* que Gilbert Ballet aurait pu citer dans sa belle leçon donnée à Saint-Anne sur ce curieux sujet. »

....

Un Charles Fiessinger, un Maurice de Fleury, en étaient si intimement persuadés qu'ils avaient voulu décider leurs confrères de l'Académie de médecine à appeler Bourget à siéger parmi eux. Cette consécration, qui l'eût enchanté, lui fut refusée en raison de l'opposition d'un membre influent de la docte compagnie qui, ayant épousé une femme divorcée dont il avait été beaucoup parlé, ne pardonnait pas à Bourget d'avoir écrit : *Un divorce*. Le *dignus est intrare*, ne fut jamais prononcé. Mais Bourget n'en continua pas moins à professer que la science médicale est à la base même de l'art du roman.

Les Livres de la semaine

DUJARRIC DE LA RIVIÈRE (R.) et KOZZOVITCH (N.) : **Les groupes sanguins.** Préface du Prof. Landsteiner ; 8°, 250 p., 30 fig. Prix 36 francs (Baillière).

SKEVOS-ZERVOS : **La transplantation des organes** ; 8°, 112 p., 23 fig. Prix : 30 francs (Baillière).

MOLLARET (Pierre) : **Le traitement de la fièvre jaune** ; 8°, 128 p., Prix : 18 francs (Baillière).

BRUYNOGHE (R.) : **L'immunité et ses applications.** 5e éd. ; 8°, 45 p., fig. Prix : 60 francs (Baillière).

MAGNE (H.) et CORDIER (A) : **Les gaz de combat au point de vue physiologique, médical et militaire** ; 8°, 162 p., 30 fig. Prix : 30 francs (Baillière).

COUILLAUD (J.) : **Les gaz de combat. Propriétés chimiques et physiologiques. Thérapeutique des intoxications. Protection. Essai de contribution à la défense passive** ; in-16, 175 p., 50 fig. Prix : 25 francs (Baillière).

Nouveau Traité de Psychologie. Tome V : **Les Fonctions systématisés de la vie intellectuelle.** Fasc. 1. **La Perception**, par B. BOURDON. 8°, prix : 15 francs (Alcan).

« L'Ordre des Médecins, vise entre autres attributions, l'expulsion du charlatanisme. Or, des gens qui se recommandent du diplôme officiel se livrent à des réclames éhontées dans les journaux. Ils disposent d'un budget de publicité qui monte de cinq cent mille francs par an à un million.

Une fois constitué, un des premiers actes de l'Ordre des Médecins sera de les poursuivre. Que feront ces charlatans ? Ils diront aux directeurs des journaux dont ils alimentent la caisse qu'ils annuleront leur contrat d'annonces si les directeurs ne vont pas voir les ministres. Ayant peur de la presse, les ministres promettront leur concours et ils solliciteront les magistrats dans le sens d'une ordonnance qui disculpera les accusés.

Voilà ce que nous vaudra l'Ordre des Médecins : un appareil juridique qui nous empêchera de faire aboutir nos plus légitimes revendications. » (*Journal des Praticiens*, 11 mars 1936. — Le découragement médical).

Le Gérant : A. ROUZAUD CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 15 LE NUMÉRO : 50 Centimes 11 AVRIL 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V°
CH. P. PARIS 357-81 — R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

REDACTION

Rédacteur en Chef
Maurice LOEPER
Professeur de Clinique Médicale
à Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine

Secrétaire de la Rédaction
Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts
le Vendredi de 4 h. à 5 h. 1/2

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

Hommage à la mémoire du Pr Chauffard

Discours de MM. Souques, Clément, Castaigne, Loeper, Cunéo, Darles.. 593

Pages retrouvées

A. CHAUFFARD : Les calculs du cholédoque..... 608

A travers l'œuvre de Chauffard...... 615

Nouvelles 587

Échos et Glanures 619

Bibliographie 604

Les Livres de la semaine 622



NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 31 mars. — M. Cachin. Recherches comparatives sur l'excrétion biliaire du cholestérol et de l'acide cholique. — M. Macé. Etude des formes convulsives des accidents nerveux du pneumothorax. — M. Boris. Le soi-disant cardiospasme. — M. Vaisman. La syphilis inapparente expérimentale chez la souris.

1er avril. — M. Messimy. Les réticulo-fibromes de la rate. — M. Abet. La fièvre ondulante en France, sa prophylaxie. — M. Brugère. L'œil à la lumière électrique. — M. Le Gall. Consanguinité et descendance.

2 avril. — M. Hausser. Le médecin expert et la révision en matière accident du travail (loi du 9 avril 1898). — M. Kerambrun. Diagnostic bactériologique de la tuberculose chez l'enfant par la méthode de lavage de l'estomac. — M. Colessos. Les kystes aériens du poumon.

3 avril. — M. Kinsbrunner. Etude des paralysies radiales du nouveau-né. — M. Casanova. Etude du fonctionnement du lobe antérieur de l'hypophyse et rapports avec la glande thyroïde.

30 mars. (Thèse vétérinaire). — M. Vaslot. Emploi de l'électrosérum en médecine vétérinaire.

21 avril. — M. Esnault. Traitement par la plicature vésico-urétrale des formes graves de l'incontinence d'urine d'origine urétrale chez la femme. — M. Machet. Etude du diagnostic radiologique des ulcères gastro-duodénaux perforés.

22 avril. — M. Ferroy. Etude des spondylites staphylococciques et en particulier de leur forme subaiguë. — M. Soubrane. Paralysie du triceps sural séquelle de poliomyélite, son traitement par les transplantations tendineuses. — M. Antomarchi. Le traitement obligatoire de la syphilis.

23 avril. — M. Mittelmann. Le parricide et son étiologie. — M. Tavennec. Hernie diaphragmatique de l'estomac chez l'enfant. — Mme Artarit. Œdème aigu du poumon chez le nourrisson au cours des infections pulmonaires.

24 avril. — M. Didier-Hesse. Foie et insuline. — Mme Dupont. Etude des complications pulmonaires de la blennorragie. — M. Philippe. Etude du mode d'action des vaccins en thérapeutique.

Faculté de médecine de Paris. — M. Mocquot, agrégé libre, est nommé, à compter du 1er avril 1936, professeur de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Paris. (Dernier titulaire de la chaire : M. Proust). Budget de l'Université.

Création de chaire. — Il est créé une chaire de pathologie médicale et une chaire de cardiologie clinique à la Faculté de Paris, à compter du 1er octobre 1936.

Agrégation. — Jury de la section de médecine :

Paris : MM. Carnot, Sergent, Bezançon, Laignel-Lavastine, Gougerot et Debré.

Province : MM. Margarot (Montpellier), Pautrier (Strasbourg), Mattei (Marseille), Fabre et Paviot (Lyon), Carrière (Lille), Dupérié (Bordeaux), Tapie (Toulouse).

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Jury du concours de nomination : MM. les Docteurs Chevassu, Cunéo, Veau, Deniker, Ombrédanne, Bergeret, Courcoux.

— *Honorariat des hôpitaux.* — M. Garnier est nommé médecin honoraire des hôpitaux. — M. Labey est nommé chirurgien honoraire des hôpitaux. — M. Cathala est nommé accoucheur honoraire des hôpitaux. — M. Bourgeois est nommé oto-rhino-laryngologiste honoraire des hôpitaux. — M. Poulard est nommé ophtalmologiste honoraire des hôpitaux. — MM. Guibert et Darbois sont nommés électro-radiologistes honoraires des hôpitaux.

Assistance publique à Paris. — *Concours pour la nomination à une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris.* — Ce concours sera ouvert le mardi 19 mai 1936, à 9 heures du matin, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (salle des Commissions). Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration, du jeudi 23 avril au lundi 4 mai 1936 inclusivement, de 14 à 17 heures, dimanches et fêtes exceptés.

Légion d'Honneur. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Colonies. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Henri Roussel (de La Réunion).

Exposition rétrospective de l'hôpital de la Charité (1602-1935) au Musée de l'Assistance publique (Quai de la Tournelle). — L'hôpital de la Charité a fermé ses portes en avril 1935.

L'Administration de l'Assistance publique a recueilli les objets d'art et les documents se rattachant à la vie de cet hôpital.

Elle a reconstitué notamment, dans une salle du Musée, l'ancienne salle de garde des internes en médecine de l'hôpital, décorée en 1859 par Gustave Doré, Harpignies, Achard, Stéphane Baron, Droz, Hippolyte Fauvel, Feyen, Flahault, Foulongne, Français, Gassies, Edmond Guet, J.-L. Hamon, Nazon, Vernier, et en 1892 par Bellery-Desfontaines, Olivié-Bon, Quatre et Isaac Hatis.

En exposant ces souvenirs, l'Administration de l'Assistance publique a voulu évoquer la mémoire des grands praticiens qui ont illustré dans cet hôpital la médecine française, et perpétuer le nom d'un établissement dont l'histoire a été étroitement liée pendant près de trois siècles, à celle de Paris.

Entrée 2 francs, gratuite le dimanche. A partir du 1er avril 1936, exposition ouverte de 10 à 12 heures et de 13 à 17 heures.

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de Langue française. — La XLe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Bâle, Zurich, Berne et Neuchâtel, du 20 au 25 juillet 1936.

Présidents : M. le Docteur O. Crouzon, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux de Paris, et M. le Docteur A. Repond, médecin-directeur de la maison de santé de Malevoz, à Monthey (Valais).

Vice-président : M. le Docteur M. Olivier, médecin-directeur de l'Asile de Blois.

Secrétaire général : M. le Professeur P. Combemale, médecin-chef à l'Asile de Bailleul (Nord).

Secrétaire annuel : M. le Docteur O.-L. Forel, privat-docent à l'Université de Genève, médecin-chef de la Maison de santé « Les Rives de Prangins », près Nyon (Suisse).

Trésorier : M. le Docteur Vignaud, de Paris.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XLe session :

Psychiatrie.— « L'hérédité des affections circulaires et schizophréniques ». Rapporteurs : M. le Docteur W. Boven, privat-docent à l'Université de Lausanne, et M. le Docteur A. Brousseau, médecin-chef des Asiles publics de France, médecin de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police à Paris.

Neurologie. — « Etude séméiologique, étiologique et pathologique du mouvement choréique ». Rapporteur : M. le Docteur Jean Christophe, ancien chef de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de Médecine de Paris, médecin-assistant à la Salpêtrière.

Thérapeutique psychiatrique. — « Thérapeutiques nouvelles des psychoses dites fonctionnelles ». Rapporteur : M. le Docteur Hans-W. Maier, professeur de psychiatrie à l'Université de Zurich.

N. B. — Les inscriptions sont reçues par le Docteur Vignaud, trésorier, 4, avenue d'Orléans, Paris (XIVe), c. /c. postal 456-30, Paris.

Les membres titulaires de l'Association versent une cotisation annuelle et sont dispensés de cotisation à la session du Congrès. Pour être membre titulaire, il faut être docteur en médecine, présenté par deux membres de l'Association et être agréé par le Conseil d'administration.

Il est possible de s'inscrire à la session comme membre adhérent sans faire partie de l'Association ; la cotisation est de 80 francs. Les membres titulaires de l'Association et les membres adhérents à la session peuvent inscrire comme membres associés les membres de leur famille ; la cotisation des membres associés est de 50 francs.

Les membres titulaires de l'Association et les membres adhérents à la XLe session inscrits avant le 10 juin 1936 recevront les rapports dès leur publication.

Pour tous renseignements, s'adresser au Professeur P. Combemale, route d'Ypres, à Bailleul (Nord).

Ligue française contre le rhumatisme (Secrétariat 2, rue Guynemer, Paris, VIe.) — *Assemblée générale.* — L'Assemblée générale de la Ligue française contre le rhumatisme s'est tenue le lundi 30 mars 1936.

Une réunion clinique a eu lieu le matin, à la Salpêtrière, dans le service de M. O. Crouzon, avec l'assistance de M. Gaucher.

Au cours d'une assemblée extraordinaire, la Ligue a adopté à l'unanimité les nouveaux statuts, en vue de la reconnaissance d'utilité publique.

Le siège social a été transféré en l'Hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

Au cours de l'assemblée ordinaire, le Professeur F. Bezançon, président sortant, a passé les pouvoirs au nouveau président, le Professeur Laignel-Lavastine.

Le Docteur Thiroloix a prononcé l'éloge du Professeur Etienne, vice-président, récemment décédé.

La Ligue organisera pendant l'année à venir : 1° un voyage d'étude à Berck-Plage, le dimanche 7 juin 1936 ; 2° une « Journée du rhumatisme » à Paris, le 10 octobre 1936, sujet : Traumatismes et rhumatismes ; 3° une réunion scientifique à Alger, conjointement avec le Congrès des Sociétés de sciences médicales de l'Afrique du Nord, pendant les vacances de Pâques 1937.

L'Assemblée générale a été suivie d'une réunion scientifique sur le traitement métathésique des rhumatismes chroniques (M. Wolf, de Strasbourg) et sur Sciatiques et rhumatismes (MM. Hagueneau, Paraf, et M.-P. Weil).

Nous rappelons que le Ve Congrès international contre le rhumatisme aura lieu du 3 au 8 septembre 1936, à Lund (Suède).

Pour tous renseignements concernant la Ligue, les réunions ou le Congrès, s'adresser au secrétariat de la Ligue : 2, rue Guynemer, Paris.

IIIe Congrès international du paludisme. — Le IIIe Congrès international du paludisme se réunira à Madrid du 12 au 16 octobre prochain.

Le Comité organisateur a désigné, d'accord avec le président du Comité international, Professeur Marchoux, les rapporteurs des cinq thèmes officiels, qui seront discutés pendant le Congrès. Les rapports seront publiés pendant le mois de juin, c'est-à-dire trois mois avant la date de la réunion du Congrès.

Les travaux d'organisation du Congrès continuent activement. Le secrétariat du Comité organisateur (rue Recoletos, 19, Institut national de Santé publique, Madrid) a déjà reçu l'adhésion de plusieurs Institutions et collègues de l'Europe et de l'Amérique.

Ve Congrès français de gynécologie (Paris, 18-24 mai 1936). — Le Ve Congrès français de gynécologie s'ouvrira le

18 mai prochain, sous la présidence du Docteur Dartigues, sous la présidence d'honneur de M. le Professeur Alfieri, de Milan.

La séance inaugurale aura lieu à 14 heures à l'Hôtel des Syndicats médicaux français.

Voici le programme succinct du Congrès :

18 mai; à 14 heures : Séance inaugurale ; 15 heures : Projection du film du Congrès de Salies-de-Béarn ; 15 h. 30 : Considérations générales sur la stérilité féminine. Indications de la lutte contre la stérilité (M. André BINET, Nancy) ; La physiologie de la fécondation et de la nidation (M. CHAMPY, Paris) ; 18 heures : Réception des congressistes par M. Dartigues, président ; 21 heures : soirée théâtrale.

19 mai, 14 h. 30 : Étude clinique et étiologie de la stérilité (M. Jean SEGUY, Paris) ; Le traitement médical et chirurgical de la stérilité féminine (M. André CHALIER, Lyon) ; 20 heures : Dîner au Pavillon Dauphine du V[e] Congrès français de gynécologie. Soirée dansante.

20 mai, 15 heures : Les traitements physiothérapiques et thermaux de la stérilité (M. FAVREAU, Lille) ; Présentation de films et d'appareils de physiothérapie ; 21 heures : Centre Marcelin-Berthelot, remise solennelle de la Médaille du Docteur F. Jayle, président fondateur de la Société française de gynécologie, suivie d'une soirée artistique avec le concours d'artistes de la Comédie Française et de l'Opéra.

21 au 24 mai : Voyage à Londres. Visite des principaux services de gynécologie. Réception officielle et excursions. Des visites de laboratoires, des séances opératoires et des réceptions pour les dames, complètent le programme de ce Congrès.

Des réductions sur les transports ont été accordées par les compagnies de chemins de fer et de navigation.

La question de la stérilité féminine étant de la plus haute importance et susceptible d'intéresser tous les médecins, la Société française de gynécologie fait savoir que les séances seront publiques. Il est entendu cependant que seuls les congressistes pourront participer aux discussions.

Pour s'inscrire et tous renseignements, s'adresser au secrétaire général : M. le Docteur Maurice Fabre, 1, rue Jules-Lefèvre, Paris (IX[e]).

Premier Congrès international des sanatoriums et des établissements de cure privés (Budapest, septembre 1936). — Il se tiendra à Budapest au mois de septembre 1936. Une invitation sera envoyée aux intéressés en dû temps. MM. les congressistes sont priés d'ores et déjà de vouloir bien communiquer le sommaire du thème de leurs conférences éventuelles sur des questions professionnelles et scientifiques ainsi que leurs propositions, etc., au Comité d'organisation afin que celui-ci les puisse mettre sur l'ordre du jour du Congrès.

Toute correspondance à adresser au Comité d'organisation : Margitsziget (Ile Sainte-Marguerite), sanatorium, Budapest.

Climatisme. — Il vient d'être fondé une « Société des Amis de la Côte basque » qui a pour but de faire connaître les qualités hélio-climatiques du Pays basque, et d'en faciliter l'accès aux confrères qui ne le connaissent pas.

Cette Société a comme bureau : président d'honneur, Professeur Balthazard ; président, Docteur Minet ; vice-présidents, Docteurs Villandre et Reboul ; trésorier, Docteur Braunberger ; secrétaire, Docteur L.-Jh. Colaneri.

Adresser les demandes de renseignements et d'adhésions, au Docteur L.-Jh. Colaneri, 10, rue de Pétrograd. (Europe 51.81.)

Un hommage au Professeur Champy. — Le vendredi 20 mars, les élèves du Professeur Champy, présents à Paris, se sont réunis à la Station d'histologie expérimentale de Gentilly, pour rendre hommage au nouvel académicien. Après une courte allocution, suivie d'une visite de la station et des nouveaux aménagements, un vin d'honneur a terminé cette réception toute intime.

Médaille du Docteur G. Milian. — Les amis, les collègues et les élèves du Docteur G. Milian ont formé le projet de lui offrir une médaille avant son départ de l'hôpital Saint-Louis qui aura lieu à la fin de cette année.

Les fonds peuvent être adressés dès maintenant à M. le Docteur Georges Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris (VI[e]), compte chèques postaux, Paris, 202. Toute souscription d'une somme minimum de 100 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille.

HOMMAGE A LA MÉMOIRE DU Pr CHAUFFARD

Les élèves et amis du Professeur Chauffard ont fait don du médaillon du Maître à la Clinique de Saint-Antoine, où il enseigna pendant plus de dix ans et où il a laissé un si vivant souvenir.

La séance, qui fut à la fois intime et solennelle, groupait, autour du représentant de l'Assistance publique et du titulaire actuel de la chaire, la plupart des amis, des élèves, des collègues du Professeur Chauffard.

Nous avons pensé rendre aussi un hommage à sa mémoire en publiant avec les discours qui ont été prononcés à la cérémonie, quelques-unes des pages et des phrases qui caractérisent l'œuvre du Maître disparu.

Discours de M. Souques

Ancien Président de l'Académie de médecine

Mesdames,
Messieurs,

Lorsque le Professeur Chauffard quitta la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine en 1924, il voulut la quitter sans aucune espèce de manifestation. Craignait-il l'encens de la louange? Ne voulait-il pas plutôt s'éviter la mélancolie qui se dégage des cérémonies d'adieu, comme de la fin d'un beau jour ?

Depuis trois ans, Anatole Chauffard est entré dans l'histoire. Ses élèves ont pensé que le moment était venu de perpétuer sa mémoire, ici, dans cet amphithéâtre où, pendant quinze ans, se sont empressées les jeunes générations, avides de l'entendre et de s'instruire. Et ils ont demandé à un artiste de grand talent de fixer sur le bronze, pour la postérité, les traits de leur cher et regretté maître.

Avant de remettre ce médaillon, je voudrais rappeler quelques souvenirs du temps lointain, où j'étais l'interne de Chauffard, alors au début de sa carrière hospitalière. Je l'étais devenu dans les conditions suivantes. A la fin de 1886, j'assistais par hasard à sa leçon d'agrégation sur la goutte articulaire aiguë. Il fut éblouissant. Il fit de l'attaque, au petit matin, *sub galli cantu*, un tableau si saisissant que l'ombre de Sydenham dut en tressaillir. J'en sortis émerveillé, et le lendemain je me précipitai, 21, rue Saint-Guillaume, où demeurait alors Chauffard, pour lui demander une place. Je n'avais ni mot d'introduction, ni lettre de recommandation, et il ne me connaissait pas. Il me reçut avec affabilité et m'accorda la place désirée.

Deux ans après, j'étais son interne à Broussais, hôpital tout en baraques, élevées à la hâte, cinq ans auparavant, en vue d'une menaçante épidémie de choléra. Cet hôpital, on venait de le « titulariser », si j'ose dire, et trois jeunes chefs de service : H. Barth, A. Chauffard et Paul Reclus en prenaient possession, le 1er janvier 1889.

Chauffard arrivait à Broussais, à 8 h. 30. C'était de bonne heure, de très bonne heure, à une époque où l'automobile n'était pas encore inventée. Il traversait la cour d'un pas allègre et entrait dans son cabinet, le sourire sur les lèvres. Il était très jeune, presque aussi jeune que son interne. Avec ses cheveux dorés par le soleil de la Provence, ses grands yeux bleus, son teint frais et clair, la distinction et l'élégance de toute sa personne, il faisait penser aux seigneurs anglais de Van Dyck.

Tout en échangeant quelques propos, il revêtait sa jaquette d'hôpital — la blouse actuelle était alors inconnue — ceignait le tablier blanc à vaste poche médiane, où s'engouffraient un stéthoscope et un crayon dermographique, et pénétrait dans la première salle. Son service était très simple : soixante lits, un interne et quatre externes qui s'appelaient, si j'ai bonne mémoire, Azam, Bonnard, Carton, Ernest de Massary. Pas de stagiaires. De temps en temps apparaissait un bénévole que l'heure matinale et la distance n'avaient point effrayé.

Chauffard s'arrêtait longuement au lit de chaque entrant. Il écoutait la lecture de l'observation, puis il interrogeait lui-même le malade, le percutait et l'auscultait méthodiquement. Il percutait avec une dextérité et une délicatesse qui faisaient notre admiration ; et, à grands coups de son crayon violet, il dessinait sur la peau les contours des organes profonds. Je doute que nos radiographies soient plus parlantes. Il accompagnait son examen de commentaires sobres et clairs, qui donnaient à cet enseignement « en petit comité » un attrait infini.



Salle de garde de la Maison Dubois en 1878

Chauffard Laurent Galliard
Bar Brault Juhel-Renoy

Quand nous entrions dans la petite salle de six lits, d'un lit du coin, près de la fenêtre, émergeait une tête chauve, au front bombé, au nez camus et à la barbe broussailleuse. On eût dit Socrate. C'était Verlaine qui, atteint d'un peu d'arthrite et de beaucoup d'impécuniosité, prenait à Broussais ses quartiers d'hiver et aussi ses quartiers d'été.

Une fois par semaine, Barth, Chauffard et Reclus faisaient à tour de rôle, une leçon. Il n'y avait pas d'amphithéâtre, et la leçon avait lieu dans le passage qui séparait les deux services de médecine. Pour la circonstance, on y portait une table et quelques bancs... C'était un régal d'écouter Chauffard, sa voix bien timbrée et vibrante, sa langue pure et classique, qui trouvait toujours le mot propre et l'image

juste. Son exposé était ordonné, clair, net, taillé à la française. D'emblée, il avait atteint la maîtrise.

La visite finie, il revenait dans son cabinet : c'était le moment de la détente et de la causerie. Les sujets ne manquaient pas en 1889. C'était l'année de la fameuse influenza qui avait éclaté brusquement sur les « Magasins du Louvre » et vite gagné la ville. Comme elle avait débuté au rayon des tapis d'Orient, on avait d'abord pensé à la dengue ; finalement, ce ne fut que la grippe espagnole. C'était aussi l'année de l'Exposition universelle où Chauffard admirait les verres incrustés de Gallé. C'était enfin l'année cruciale du « Boulangisme » qui divisait les esprits et excitait fortement — mon ami de Massary, ici présent ne me démentira pas — les externes du service.

J'ai gardé un inoubliable souvenir de ma première invitation rue Saint-Guillaume. Mme Chauffard, héritière d'une longue lignée de grands médecins, y accueillait avec une bonne grâce parfaite. Il y avait, ce soir là, le bon et vénéré M. Bucquoy, Rendu, Pierre Marie, Robert Moutard-Martin, Juhel-Renoy, Arnaud Routier. En arrivant, les invités s'informaient d'une toute petite personne qu'on ne voyait pas, car elle commençait à peine à marcher, qui a grandi depuis et est devenue à son tour — hérédité oblige — femme et belle-mère de grands médecins.

Madame,

Le poète Martial a dit que se rappeler la vie passée c'est vivre deux fois :

Hoc est vivere bis vita priore frui.

Au cours de cette cérémonie, quelque émouvante qu'elle soit, vous éprouverez une noble fierté, en entendant louer celui qui fut une grande figure médicale et qui restera une des gloires les plus pures de la médecine française.

Au nom des amis et des élèves du Professeur Chauffard, j'ai l'honneur de remettre ce médaillon à la Faculté de médecine et à l'Administration générale de l'Assistance publique de Paris, et de le confier pieusement à la garde du Professeur Loeper, qui, avec autant de succès que de talent, remplace dans cette chaire le Maître disparu.

Discours de M. le Docteur Robert Clément

Mesdames, Messieurs,

Chers Amis,

Au nom du Comité d'organisation je vous remercie d'être venus aujourd'hui si nombreux et d'avoir si largement contribué à la réalisation de ce monument du souvenir. Beaucoup, retenus au loin ou empêchés, n'ont pu se joindre à nous et m'ont prié de vous en exprimer tous leurs regrets, et de vous assurer qu'ils sont de cœur avec nous.

Je tiens à exprimer particulièrement notre reconnaissance au Professeur Loeper qui nous a réservé un accueil si cordial et si charmant, ainsi qu'à tous ceux qui ont contribué avec tant d'amabilité et de dévouement discret à cette œuvre, et surtout au distingué directeur de l'hôpital Saint-Antoine, M. Riethmuller, à M. Georges Masson, dévoué trésorier, et à Georges Rispal qui a si bien réussi à faire revivre les traits de notre Maître.

Unis par plusieurs années de camaraderie et parfois de collaboration médicale, nourris des mêmes principes, ayant accepté les mêmes disciplines d'élégance dans l'ordre et de politesse dans l'autorité, qui donnaient au Service une atmosphère si spéciale, tous les élèves de A. Chauffard constituent une grande famille. Tous sont fiers de se dire ses élèves et perpétueront longtemps son enseignement et sa renommée. C'est de cette idée que procède la cérémonie d'aujourd'hui qui resserrera les liens qui nous unissent.

Au culte de notre bon Maître, nous associons toujours dans nos pensées, Mme Chauffard et Mme G. Guillain qui, par leur accueil si cordial et si sympathique, ont réussi à nous donner l'impression qu'enfants spirituels nous étions un peu, aussi, de la famille de notre maître.

Discours de M. le Professeur Castaigne

Madame,

De nombreuses années se sont écoulées depuis l'époque où, pour la première fois, vous avez fait le grand honneur au jeune interne que j'étais alors, de l'accueillir dans votre milieu familial. A partir de ce moment vous avez bien voulu, en diverses périodes critiques de mon existence me donner des témoignages de votre sympathie agissante, je les devais certes à votre bonté, toujours en éveil, mais aussi j'en suis sûr, à ce que vous aviez senti, mieux que personne le culte que j'avais pour notre maître.

Cette profonde admiration pour lui, je ne peux pas dire qu'elle ait augmenté depuis les débuts de mon internat, car elle était déjà trop grande pour que ce fût possible ; mais néanmoins, j'ai mieux compris, à mesure qu'augmentaient la maturité de mon esprit et ma connaissance de la vie, que nous lui devons plus encore que je le pensais d'abord et que l'instruction médicale si parfaite, donnée par lui dans son service hospitalier, n'était qu'une partie de son enseignement. Nous lui sommes aussi redevables, en outre, de cette haute éducation morale qui a imprégné toute notre vie de médecins et qui a donné aux camarades de notre génération, cette armature solide dont tant d'entre nous ont eu si grand besoin aux cours des années si pénibles et si angoissantes qu'ils ont vécues et qu'ils subissent encore.

Aussi je pense Madame, que dans le cours de l'allocution que je vais lire, au nom de tous ses anciens internes, j'aurai votre approbation, lorsque, après avoir dépeint le *grand clinicien* que nous admirions tant je chercherai à montrer ce que fut l'*Homme* qui se penchait avec tant de délicatesse sur la misère humaine et qui, par ses nobles exemples de tous les instants, s'efforça de nous enseigner la Dignité morale et la Bonté.

Et, dans l'espoir que j'aurai peut-être répondu ainsi, à un secret désir de votre cœur, je me permets de vous dédier les paroles que je vais dire comme un hommage très respectueux de ma reconnaissance pour vous et en témoignage de mon profond attachement pour toute la famille de notre Maître vénéré.

Le Professeur Chauffard

Comment il comprenait et enseignait à ses élèves les devoirs du médecin

Mesdames, Monsieur le doyen,

Mes chers collègues, Messieurs, mes chers amis,

Devant ce médaillon qui évoque admirablement les traits si chers du Maître incomparable de la Clinique médicale française, je suis profondément ému, et je ressens encore plus intensément, le grand honneur qu'on m'a fait, en me choisissant, pour proclamer la profonde reconnaissance de ses nombreux internes et pour dire ce qu'ils doivent aux enseignements de tous ordres, qui nous ont été donnés, par *le Professeur Anatole Chauffard*.

Mais, afin de bien faire comprendre comment il put avoir sur nous une action si puissante et si bienfaisante, qu'il me soit permis, en rappelant mes souvenirs personnels, de me reporter à l'année 1894, et de montrer l'enthousiasme qu'il soulevait parmi nous et qui nous préparait si bien, à recevoir, avec fruit, la bonne semence nécessaire pour faire germer les qualités médicales dont nous lui sommes redevables. A cette époque, déjà lointaine, n'étant encore qu'agrégé et médecin des hôpitaux il faisait, à la Faculté, des conférences de pathologie générale où les étudiants, qui pourtant ne fréquentaient guère alors les cours de ce genre, se pressaient très nombreux dans l'amphithéâtre, trop exigu pour contenir tous ceux qui eussent désiré l'entendre.

Il étaient tous remplis d'admiration, pour ce jeune professeur, paraissant du même âge que les aînés d'entre eux, et qui, cependant, avec une autorité et une dignité parfaites, une diction et un style impeccables, joints à une clarté inégalée, enseignait une science qui, dans les livres, leur paraissait inabordable, parce qu'ils la trouvaient incompréhensible.

J'étais du nombre de ses auditeurs assidus, et parmi les nombreuses notes recueillies à des cours, suivis comme étudiant, celles que j'ai prises à ses conférences sont les seules que j'ai gardées ; je viens de les relire ces jours-ci et je les ai trouvées encore, d'une actualité surprenante.

Mais à cette époque de notre jeunesse enthousiaste, si nous n'étions pas capables de prévoir la valeur durable de ces leçons, au moins pouvions-nous en apprécier tout le charme inaccoutumé et c'est avec une admiration débordante que nous parlions, entre nous, de cet enseigneur de grand style, et nous nous disions aussi, les uns aux autres, combien privilégiés devaient être ceux qui travaillaient à l'hôpital sous sa direction.

Pour moi, dès ce premier contact indirect, avec un tel maître, je fus pris du désir ardent de pouvoir être son élève et je dirai même plus, je fus encouragé grandement dans le travail ardu que nécessite la préparation du concours, en pensant que je mériterais peut-être ainsi d'être l'interne de Chauffard. Mais je venais d'être nommé externe, je n'avais pas été son stagiaire et n'avais pas retenu de place d'externat dans son service, ce qui m'enlevait, je le craignais, toute possibilité d'arriver au but que je désirais tellement atteindre.

Néanmoins, quand j'eus obtenu, en 1895, les notes d'écrit qui me classaient dans les tout premiers, j'eus l'audace d'aller le déranger à son domicile, pour solliciter une place d'interne. Ma timidité d'alors, l'impression produite par le premier contact direct, avec un maître que je plaçais si haut, la crainte bien fondée que j'avais de ne pas obtenir satisfaction, ne favorisaient point l'exposé d'une demande, pourtant très soigneusement préparée à l'avance ; et je me souviens encore, avec confusion, que je balbutiai lamentablement, en lui présentant ma requête. Sa réponse ne fut pas, néanmoins, une fin de non-recevoir.

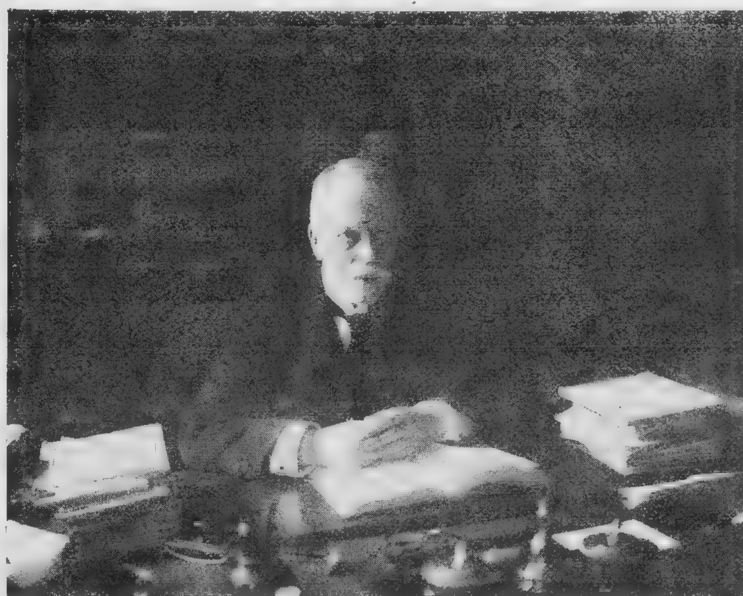
Fort heureusement pour moi, en effet, ses externes, ou anciens stagiaires, n'avaient pas obtenu de bonnes notes et il me déclara qu'étant obligé de prendre, pour ce qui correspondait à ma troisième année d'internat, un collaborateur n'ayant pas encore travaillé sous sa direction, il choisirait, parmi ceux qui viendraient comme moi solliciter une place d'interne, celui qui serait reçu dans le meilleur rang.

On conçoit avec quelle ardeur renouvelée je me mis à préparer l'oral, et ma joie fut grande, lorsque je pus venir dire à celui dont je me considérais déjà comme le futur élève, que j'avais le meilleur classement, parmi ceux qui avaient sollicité, en même temps que moi, cette place tant désirée, et j'eus la joie, ardemment souhaitée, d'être immédiatement inscrit sur la liste des futurs internes de Chauffard.

Je m'excuserais de rappeler ces modestes souvenirs, s'ils ne représentaient pas, fidèlement, la grande attraction qu'exerçait notre maître sur toute la jeunesse studieuse, et c'est notre admiration enthousiaste pour lui, que je tâche de faire revivre aujourd'hui, en citant mon exemple personnel qui n'aurait aucun intérêt s'il ne représentait pas, comme il le fait, l'état d'âme de toute une génération médicale.

Trois ans plus tard, je vins voir Chauffard, rue Saint-Guillaume, quelques semaines avant de prendre mon service d'interne chez lui : j'ai gardé précieusement le souvenir du long entretien que j'eus avec lui, et qui fut le premier enseignement direct, et combien précieux qu'il me donna.

Il causa très familièrement avec moi, de tout ce qui pouvait m'intéresser : de mon pays d'origine, de ma famille, de ce que j'avais fait déjà dans le cours de mes trois premières années d'internat, de mes ambitions d'avenir ; puis, il me donna les conseils les plus judicieux sur ce que je devrais faire d'abord dans son service, puis, plus tard, dans la vie ; quant à sa conclusion, elle fut la suivante : « En somme, je vois que vous vous disposez à préparer les concours et que vous êtes orienté vers des travaux de biologie. Je vous approuve sans doute, mais ce que je vous demanderai surtout, pendant l'année où vous serez mon interne : *c'est de bien faire votre devoir de médecin vis-à-vis de vos malades* ».



A. Chauffard dans son cabinet de travail

Mon devoir de médecin, mon cher Maître, c'est vous qui, au cours de l'année, tant désirée, que j'ai passé dans votre service, me l'avez appris, non seulement par votre enseignement, mais, encore et surtout, par l'exemple que vous nous donniez chaque jour.

En arrivant, tous les matins, à 8 h. 1/2 précises, vous commenciez la journée en nous montrant l'importance pour un médecin, de se lever tôt et d'être ponctuel dans l'accomplissement de ses devoirs ; d'ailleurs, tout aussitôt, sans aucune parole oiseuse, après avoir demandé des nouvelles de quelques malades qui vous avaient particulièrement intéressé ou inquiété la veille, vous parcouriez avec vos nombreux élèves, les salles de ces vieux baraquements de Cochin, dont l'installation était, certes, bien indigne de vous, mais que votre culte pour la médecine et votre pitié pour vos pauvres malades, suffisaient à embellir.

Pas un « entrant » dont l'observation ne vous fut lue par l'externe qui en était chargé, puis, vous examiniez vous même le malade, avec ce soin et cette méthode impeccable qui faisaient notre admiration et dont vous ne vous êtes jamais départi. Alors, en possession de votre diagnostic, vous posiez quelques questions élémentaires aux stagiaires, sur des signes dont on venait de parler, en leur montrant comment on doit les rechercher, puis, vous retournant à nouveau vers l'externe, vous faisiez une critique, toujours bienveillante mais très serrée, du document qu'il venait de vous lire ; vous interrogiez ensuite l'interne sur certains symptômes dont il n'avait pas été fait mention dans l'observation et, toujours alors, dans un raccourci très démonstratif où vous groupiez les signes importants que vous avait fait trouver l'examen physique fonctionnel et général, vous nous exposiez quelles conclusions *d'attente*, cette première étude, permettait de poser dans ce cas particulier et jamais vous n'admettiez de prescrire une thérapeutique provisoire en attendant que le groupement de tous les renseignements,

demandés par vous, pût vous permettre de la formuler d'une façon plus précise et plus efficace.

Méthode parfaite et complète : examen du patient dont vous nous exposiez les symptômes non pas en faisant, à son sujet, une leçon d'agrégation pouvant s'appliquer à tous les malades de la même catégorie, mais en tirant notre enseignement de l'ensemble des signes particuliers présentés par le sujet que vous veniez d'examiner ; association constante, au cours de l'examen médical complet, de la clinique et du laboratoire ; indications thérapeutiques précises, déduites, non pas d'une théorie toute faite, mais de l'ensemble des signes observés.

Et vous aviez bien soin de toujours nous montrer que pour serrer encore de plus près le diagnostic et les indications thérapeutiques, de nombreux documents vous étaient indispensables et que vous comptiez sur le travail immédiat de chacun de nous, pour vous les procurer. Aussi fallait-il voir *avec quelle ardeur*, aussitôt après votre départ du service, qui s'effectuait toujours exactement à 10 h. 1/2, tous les élèves s'empressaient de compléter l'examen de leurs malades, dans le sens indiqué par vous. De même, l'après-midi, les externes et aussi les stagiaires, qui n'étaient pas forcés d'assister à des travaux pratiques obligatoires revenaient tous, spontanément, suivre la contre-visite. Ils mettaient à accomplir ainsi plus que leur devoir strict, un zèle, souvent mélangé de crainte, non pas qu'ils eussent peur de vous, qui étiez si bon pour eux, mais parce qu'ils redoutaient de ne pas vous donner satisfaction, autant qu'ils l'auraient désiré. Et ce sentiment, si louable, dont ils étaient animés, me fait penser à l'un de nos externes de 1898, qui est sans doute aujourd'hui dans cette assemblée : il portait un nom très illustre dans la médecine, il a fait depuis une brillante carrière et vous vouliez bien, déjà, montrer une sympathie particulière pour son zèle et sa jeune valeur ; eh bien, malgré tous vos encouragements flatteurs, je ne l'ai jamais vu vous lire une observation, sans qu'immédiatement une sueur abondante couvrît son front et bientôt son visage tout entier, tellement il craignait, à tort du reste, de ne pas être à la hauteur de sa tâche.

Et, dans ce travail journalier, tout votre personnel subalterne, stylé par vous, apportait, à vos élèves, une aide particulièrement précieuse, nous tenant exactement au courant des accidents présentés par les malades en notre absence, en attirant même notre attention sur certains symptômes, qui nous avaient passé inaperçus. Et cette collaboration était tellement de premier ordre, que je m'en veux d'avoir employé cette épithète de subalterne, qui pourrait être prise, par d'aucuns, dans un sens péjoratif et que vous m'eussiez reproché avec juste raison, car les membres de ce personnel, vous les considériez comme faisant partie du service, au même titre que tous vos élèves ; et, à la vérité, depuis bien plus longtemps qu'eux ils vous avaient donné des preuves, sans cesse renouvelées, de leur conscience et de leur dévouement. Ne pouvant les nommer tous, j'évoquerai néanmoins le souvenir de Jules, que vous aviez sauvé d'une maladie paraissant incurable et à qui vous aviez appris ensuite, ou fait apprendre, toute une série de techniques d'ordre biologique, histologique et bactériologique. Il répondait au simple titre de garçon de laboratoire, mais combien de fois l'ai-je vu, avec une modestie qui ne se démentait jamais enseigner, sans en avoir l'air, les techniques habituelles de votre service, à des externes et même à des internes qui les ignoraient.

Et c'est grâce à de tels dévouements, et à l'aide des documents ainsi recueillis avec un soin minutieux, sous votre constante direction, que vous élaboriez ces magnifiques leçons cliniques du samedi, qui sont restées et resteront des modèles de l'enseignement français où la synthèse, nécessaire à la clarté, venait s'ajouter à une analyse parfaitement complète et où vous nous donniez toujours des aperçus originaux qui, depuis lors, sont devenus des données classiques et font partie du patrimoine médical.

Voici, mon cher Maître, avec quel assemblage de science, de conscience et d'éloquence d'une clarté et d'une envolée remarquables, vous nous avez appris, ce que vous appeliez familièrement, entre nous, notre « métier de médecin ».

Mais vous aviez l'âme trop noble pour vous contenter de nous enseigner seulement la partie matérielle de notre profession, dont l'importance est capitale sans doute, mais qui, sans la dignité morale et la bonté, n'aurait pas suffi à faire de nous de vrais médecins.

Or, ce second enseignement, est autrement délicat à donner que le précédent : la parole, à elle seule, serait impuissante à le réaliser, sans les actes et surtout sans l'exemple venant de haut : or, au double point de vue où je me place maintenant, quel bel enseigneur vous étiez également.

La *dignité morale*, nous l'apprenions, tous les jours et à chaque instant, à votre contact. Il n'était pas un de vos gestes à l'hôpital, ni une de vos paroles, adressées à vos malades ou à vos collaborateurs de tous ordres, qui ne fut empreint de cette parfaite délicatesse et de cette haute distinction, dont vous ne vous départissiez jamais. Nous avons ainsi compris, que ces nobles qualités sont indispensables dans l'exercice de notre profession, qu'elles doivent prendre, sans doute, des aspects différents selon les divers milieux où l'on est amené à évoluer, au cours d'une même journée, mais que l'on doit, toujours et partout, s'en inspirer.

Et vous nous avez fait comprendre ainsi, sans avoir besoin de nous le dire, que le médecin voulant se faire respecter, doit témoigner lui-même constamment du respect à ceux qu'il est appelé à soigner ainsi qu'à leur entourage ; et pour cela, son devoir, vous nous l'avez bien montré, par vos exemples réitérés, est de ne jamais, dans l'exercice de sa profession, faire un acte, ou prononcer une parole qu'il pourrait regretter, si cette parole ou cet acte étaient publiquement connus.

La *Bonté*, elle rayonnait de toute votre personne, mon cher Maître, et se traduisait par votre attitude avec vos élèves et tous vos collaborateurs, même les plus modestes.

Vous étiez admiré d'eux tous, sans doute, mais surtout vénéré pour votre bonté que vous manifestiez d'une façon tout particulièrement délicate à vos malades et vous nous avez montré ainsi que le devoir du médecin dont vous me parliez avec tant d'insistance, lors de notre première entrevue, n'est pas seulement de faire de bons examens cliniques et de prescrire une thérapeutique rationnelle, mais aussi et peut-être surtout que ce devoir interdit de considérer les malades comme de simples numéros et encore moins comme des sujets d'expérience, et qu'il nous prescrit ce devoir auquel vous teniez tant, de ne jamais oublier que nous sommes en présence d'être humains et qui souffrent au double point de vue physique et moral.

Et je tiens à proclamer ici que je ne vous ai jamais vu vous éloigner du lit d'un patient que vous veniez d'examiner, avant de lui avoir dit quelques bonnes paroles pour le réconforter, en vous servant non pas d'une formule toujours la même pour chacun d'eux, mois d'une phrase particulièrement appropriée à celui en face duquel vous vous trouviez !

Mais je n'aurais pas dit encore complètement tout ce que nous vous devons si je n'évoquais pas maintenant ces fins de journée où vous me convoquiez à votre domicile, vers 17 heures, tantôt pour relire ensemble et pour entendre commenter par vous, les observations les plus intéressantes et les plus complètes du service, devant servir de thème à vos leçons cliniques du samedi ; tantôt pour rédiger ensemble un travail original inspiré par vous et en tête duquel vous me faisiez l'honneur de placer mon modeste nom à côté du vôtre que je vénérais tant. Quelles leçons multiples m'avez-vous donnée encore dans ces circonstances ! Exemple de parfaite courtoisie vis-à-vie du simple élève que j'étais ; leçon d'honnêteté scientifique, en me montrant que l'on ne doit jamais omettre de signaler, au cours d'une observation, un fait, même très insignifiant en apparence, s'il pouvait avoir l'air de s'opposer, tant soit peu, à la doctrine que l'on s'apprête à soutenir, modèles d'exposition précise et claire en même temps que complète, dans un

style simple et châtié qui faisait, de vous, le modèle des écrivains scientifiques.

Entre deux séances de notre travail, qui se prolongeait généralement jusqu'à 11 heures du soir, vous m'admettiez à votre table de famille entre Madame Chauffard et la délicieuse jeune fille qui, depuis lors, est devenue la femme de mon excellent ami Georges Guillain. Je me suis rendu compte plus tard que ces dîners, si agréables en tous points, constituaient encore, pour moi une nouvelle leçon que me donnait mon Maître, en me montrant ainsi que la vie familiale telle que vous me permettiez de l'admirer, chez vous, contribue grandement à acquérir et à conserver la dignité de la vie si indispensable au médecin.

Cette importance que vous attachiez à cette haute conception de l'existence, pour de jeunes élèves auxquels vous portiez de l'intérêt, je n'en ai eu vraiment la complète compréhension qu'à l'occasion d'un séjour que vous fîtes chez moi, dans ma maison du Puy-de-Dôme où vous avez passé deux journées complètes en compagnie du père, de la mère et des quatre fils qui constituent ma famille.

Et je me rappellerai toujours avec émotion la phrase que vous m'avez dite en me quittant, car elle constitue pour moi un véritable titre de noblesse. Vous me dîtes : « Maintenant que j'ai vécu dans votre intimité et de votre vie de famille, je me rends compte que vous avez exactement les mêmes idées et les mêmes conceptions que moi sur ce que doit être la vie du médecin, vous êtes vraiment à tous les points de vue mon élève et je désirerais en avoir eu beaucoup, qui, comme vous aient aussi bien compris et mis en œuvre mes enseignements ».

Eh bien, mon cher et vénéré Maître, laissez-moi vous le dire au nom de tous mes camarades, nous sommes très nombreux à être complètement vos élèves ainsi que vous le désiriez.

Nous pensons tous que si les nombreuses techniques d'examiner des malades et les belles conceptions médicales apprises de vous à l'hôpital nous ont été et nous sont toujours très précieuses, elles sont appelées à se modifier avec le temps et mêmes certaines d'entre elles ont déjà changé. Mais parmi tout ce que vous nous avez enseigné, une vérité restera éternelle, à savoir que *sans la dignité morale et la bonté, il ne saurait y avoir de médecins dignes de ce nom* et nous tenons à ces hautes et précieuses qualités dont vous nous avez donné de si parfaits exemples, comme à un patrimoine précieux que vous nous avez légué.

Aussi vos élèves tiennent à dire aujourd'hui bien haut, par ma voix qu'ils ont allumé leurs modestes lumières à votre si brillant flambeau.

Cette flamme que nous vous devons et que nous ne laisserons pas éteindre, nous vous le promettons, non seulement votre gendre et votre petit-fils, si dignes de vous en tous points, mais aussi l'ensemble de vos disciples la transmettront aux générations nouvelles auxquelles ils apprendront tous leurs devoirs de médecin, en mettant au premier plan le rôle moral du médecin dont nous leurs sommes reconnaissants de nous avoir montré en votre personne, une si parfaite réalisation.



A. Chauffard

Médaillon de la Clinique médicale de Saint-Antoine

Discours de M. le Professeur Loeper

Messieurs

Il y a aujourd'hui dix ans, un vendredi, le Professeur Chauffard entrait, comme à l'habitude dans cet amphithéâtre et y prenait la parole pour la dernière fois....

Un public plus dense, des élèves plus nombreux, une attention plus fervente, des applaudissements plus nourris donnaient à cette séance une solennité inaccoutumée. Aucune allusion ne fut pourtant faite à une retraite qui semblait prématurée tant l'esprit était vif, le jugement sûr, la mémoire fidèle et le geste assuré. Aucun compliment ne fut prononcé, aucun regret ne fut exprimé, aucune médaille ne fut remise.

Le Professeur Chauffard se retira simplement, dignement, sans cette manifestation dernière qui avive les regrets et fait fondre les cœurs les plus solides.

Il serra rapidement des mains tendues et sa voiture franchit dans l'irradiation d'un soleil de juin cette grille du boulevard Diderot qu'elle franchissait chaque jour, depuis treize ans avec une ponctualité quasi-rituelle !

Madame

Vous voudrez bien m'excuser de ranimer de tels souvenirs en ce jour où la Clinique de Saint-Antoine reçoit en dépôt cette relique et d'ajouter à votre émotion.

Vous m'excuserez de faire revivre pour un instant ce visage familier, ce masque de franchise et de bonté, ce regard interrogateur, ce menton volontaire, et d'évoquer cette silhouette à peine fléchie, ce léger balancement de la démarche et cet accueil courtois que nous avons tous encore devant les yeux.

Et vous accepterez l'hommage respectueux, affectueux d'un élève qui, bien qu'en marge du service, trouva auprès du Maître tant de sympathie spontanée et agissante.

Croyez bien que je suis aujourd'hui aussi ému qu'honoré de prendre la parole à la place même ou il parlait jadis et de saluer son illustre mémoire.

Messieurs.

Je ne veux pas rappeler ici la carrière d'Anatole Chauffard que chacun connaît, car elle fait déjà partie de l'histoire de la médecine française. Elle en représente même une très belle partie.

Cette carrière, fut prestigieuse et marquée dès son début, de succès et de triomphes rapides.

Elle fut harmonieuse et se déroula dans la tradition et le progrès. Elle fut féconde et sut créer des maladies, éclairer d'un jour nouveau des mécanismes et assurer solidement des pathogénies. Elle fut noble et fut à la fois l'épanouissement d'une intelligence, d'une conscience et d'un cœur.

Personne ne sut, autant et aussi bien que Chauffard, et de façon plus mesurée, allier l'humorisme et le solidisme. Son sens aiguisé et souple de la clinique en marquait vigoureusement les reliefs et son esprit lumineux en savait éclairer brillamment les sommets.

C'est dans ce service, un peu triste et vermoulu de Broussais, dans ces salles au plancher inégal que je le situe le mieux, sans doute parce que c'est là qu'il m'initia à la médecine et qu'il me la fit trouver belle, séduisante et consolante.

J'entends encore, dans ce minuscule amphithéâtre, près d'un pauvre laboratoire où l'on travaillait beaucoup, ses leçons sur la pneumonie, la mélanodermie, l'ictère qui projetaient déjà une grande lumière sur notre horizon médical.

D'autres ont eu la faveur d'entendre ici plus tard une belle série d'études sur la lithiase et la goutte, sur l'ictère hémolytique et la cholestérinémie.

Et tous ont apprécié comme moi, mieux encore que moi qui ne pouvais, à ce moment, que les lire, l'élévation des concepts, le raffinement de l'observation et la solidité des déductions pathogéniques ou thérapeutiques.

◆◆

La souveraineté de l'esprit, la puissance de la dialectique et du raisonnement, le désir de garder à la clinique son charme et sa séduction et à la discussion sa finesse et sa logique. l'horreur de la fausse science et du fatras, de la brume autant que des équations, furent parmi les caractéristiques du génie de Chauffard.

Et aussi cette conviction que la rigueur scientifique, vient moins de la multiplicité des méthodes que de la manière dont notre cerveau les utilise ou les combine. Enfin cette élégance de la forme sans préciosité, cette horreur du mesquin, cette langue sobre et solide aux expressions fortes mais si mesurées et distinguées.

Toutes les qualités du grand clinicien, qualités françaises au premier chef : observation, ingéniosité et intuition.

Ainsi fut-il successivement agrégé, médecin d'hôpital, professeur de chaire théorique, professeur de clinique, président de Congrès, président de l'Académie, commentateur de Laennec, de Garrod et de tant d'autres.

Avec ses qualités de race, le désir de s'élever au-dessus de la simple discussion du fait, le goût de la pathologie générale qui étaient innés en lui, il fut toute sa vie, dans tout son enseignement, un servant de l'Idée. Et s'il n'eut peur ni des hypothèses ni des théories, c'est qu'il les sentait naître spontanément, naturellement, de sa sagesse, de sa logique et les voyait déjà s'épanouir en pleine clarté.

Je ne vois guère dans son œuvre de heurts, d'hésitation ou d'abandon.

Dès qu'il aborde un sujet, il en pèse aussitôt la valeur, il en mesure le mécanisme, il en devine les causes. Il répartit le travail entre ses collaborateurs, règle les examens, rassemble les documents et l'édifice émerge bientôt, solide, harmonieux, hors de la brume ou du rêve où d'autres l'auraient laissé inachevé.

Cet amphithéâtre retentit encore de sa voix et de ses leçons. On devait y fixer à jamais son image, et faire après l'apaisement des grands déchirements, cette intime et touchante cérémonie.

Je vous remercie, Messieurs du Comité, d'avoir fait à la Faculté don de ce médaillon. Je vous remercie, Monsieur le Doyen, de nous l'avoir confié. L'image de Chauffard, si vraie et évocatrice, présidera à nos travaux.

Ce sera pour nous, non seulement un honneur, mais un encouragement.

Et vous avez aussi, Madame, la satisfaction très douce que cette clinique ait la garde d'une mémoire si chère et qu'elle lui réserve sur cette terre, où les destins les plus brillants s'évanouissent, l'hommage constamment renouvelé de la gratitude et du souvenir.

Discours de M. le Professeur Cunéo

Assesseur du Doyen de la Faculté

La Faculté reçoit avec un grand plaisir le médaillon dû au talent de M. Rispal pour le remettre à la garde de mon ami Loeper, de l'Assistance publique, dans cet amphithéâtre où le Professeur Chauffard a donné à la jeunesse médicale le meilleur de lui-même au cours de son enseignement pendant près de vingt-cinq ans.

Notre cher doyen Roussy, légèrement fatigué par ses lourdes fonctions et dont il aggrave encore le poids par l'ardeur avec laquelle il les accomplit, a dû aller prendre quelques jours de repos dans le Midi. Il m'a prié de prendre la parole à sa place au cours de cette cérémonie.

Vous perdrez certainement beaucoup à cette substitution. Mon incompétence à louer le grand Maître dont les nombreux élèves, admirateurs et amis, sont aujourd'hui réunis pour assister à l'inauguration de son médaillon, m'imposera la plus grande concision.

Par contre, j'ai connu le Professeur Chauffard dès le début de mes études médicales, il m'a toujours témoigné la plus grande bienveillance. J'ai pour sa mémoire autant d'admiration que de reconnaissance. A défaut d'autres qualités, l'hommage que je vais rendre à sa mémoire, sera-t-il du moins empreint de la plus respectueuse sincérité.

Le Professeur Chauffard pouvait invoquer une belle hérédité médicale. Il s'en est même fallu de peu que trois générations de sa famille vinssent occuper successivement une chaire de la Faculté. En effet, son grand-père, Hyacinthe Chauffard, médecin en Avignon, vint concourir à Paris pour la chaire de clinique interne et fut classé troisième *ex-æquo* avec Piory. Vingt-trois ans après son père, Emile Chauffard, concourrait avec succès à l'agrégation et en 1871 obtenait la chaire de pathologie générale.

La carrière d'Anatole Chauffard devait être encore plus brillante. A peine sorti de l'internat après avoir obtenu la médaille d'or, il est nommé médecin des hôpitaux en 1883. Trois ans après, en 1886, il est agrégé, avec une thèse très remarquée sur les *crises* dans les maladies. En 1890 il est nommé chef de service à Broussais et dès cette date il commence un enseignement qui ne devait se terminer qu'en 1925, au moment de sa retraite, c'est-à-dire trente-cinq ans après. En 1909 cet enseignement avait été officialisé par la nomination de Chauffard à la chaire de l'Histoire de la médecine qu'il quitta en 1911 pour la clinique interne de Saint-Antoine où il remplaça Hayem.

Ce qu'a été l'enseignement de Chauffard, le succès qu'il a obtenu, le rayonnement qu'il a exercé, les élèves du Maître l'ont déjà dit dans des termes tels qu'il me paraît inutile d'y revenir. Le succès constant qu'il a obtenu, la fidélité et le nombre de ses auditeurs constitue la meilleure preuve de sa valeur.

Cet enseignement n'a jamais vieilli parce qu'avec une facilité d'assimilation sans égale, Chauffard s'est constamment adapté aux acquisitions nouvelles qui modifiaient les tendances médicales.

Chauffard s'était de bonne heure plus particulièrement intéressé à la pathologie hépatique. Je ne veux pas employer ici le terme spécialisé qui répond mal aux tendances d'esprit de Chauffard qui loin de vouloir retrécir une question tendait au contraire à lui donner une portée, toujours plus générale.

Il commençait à enseigner à une époque difficile où la médecine se renouvelait en quelque sorte, où l'examen clinique semblait devoir perdre sa prépondérance, soit du fait de l'apparition de moyens d'investigations plus modernes, tels que la radiographie par exemple, soit du fait des apports de la bactériologie, de l'histoire, de la physiologie, de la biologie, et en un mot de ce que l'on est convenu d'appeler les sciences de laboratoire.

Sachant tirer de la clinique classique tout ce qu'elle pouvait donner, la perfectionnant au besoin (comme le montrent ses travaux sur la succussion horizontale de certains hydropneumothorax, sur le flot transthoracique. abdomino-thoracique et le ballotement sus-hépatique des kystes hydatiques, sur la zone douloureuse pancréatico-cholédocienne., etc.), il a su lui adjoindre les données du laboratoire qu'il a utilisés d'une façon remarquable. Nul mieux que lui n'a bien mis en valeur les indications de l'un et l'autre moyen d'investigation. N'est-ce pas lui qui a dit : « En matière d'affections hépatiques, le diagnostic s'obtient surtout par la séméiologie physique et le pronostic par la séméiologie chimique ». Cette étroite collaboration de la clinique et du laboratoire sont la caractéristique de l'œuvre de Chauffard.

On en trouve une preuve éclatante dans deux de ses travaux principaux : les ictères hémolytiques et la cholestérinémie.

On sait la confusion qui régnait avant Chauffard dans la descriptlon de cette variété d'ictères. A l'occasion d'un cas isolé d'ictère héréditaire avec splénomégalie Minkowski, en 1900, avait bien émis l'hypothèse d'une destruction a[illegible]male du pigment sanguin dans la rate, mais il s'agissait [illegible] d'une simple hypothèse.

En 1907, à l'occasion de plusieure cas d'ictères congénitaux. Chauffard construisit d'abord l'édifice clinique de l'ictère hémolytique congénital avec splénomégalie.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons du Cours de Perfectionnement des sages-femmes, par MM. Jean ANDERODIAS et Paul BALARD, avec la collaboration des MM. BEGOUIN, BOURSIER, MAHON, BOISSERIE-LACROIX. Librairie Mollat, Bordeaux 1936.

Voici la huitième série des excellentes mises au point obstétricales organisées par les sages-femmes déjà installées par les soins du Professeur Anderodias et du Docteur Balard. Elle commence par une étude des déviations de l'utérus gravide au cours des premiers mois de la grossesse due à M. Anderodias et comportant des notions pratiques sur le problème parfois épineux de la rétroversion. Balard expose, ensuite, ce qu'a le droit de faire une sage-femme appelée dans un cas d'avortement et l'on sait combien cette question a retenu l'attention du médecin et du législateur. Le grand chirurgien Begouin enseigne, ensuite, ce qu'il faut savoir de la grossesse extra-utérine. Mahon fait une excellente mise au point des troubles de la contraction utérine au cours de l'accouchement et Boursier discute, avec sagacité, les indications de la rupture artificielle de la poche des eaux. La présentation de l'épaule négligée est l'occasion d'une magistrale leçon clinique de P. Balard qui, dans d'autres conférences, résume ce qu'il faut savoir de la rupture spontanée utérine et des troubles de la régulation thermique du nouveau-né. Le Professeur Anderodias résume, ensuite, la clinique des hémorragies rétro-placentaire et le livre se termine par une leçon de J. Boisserie-Lacroix sur les carences alimentaires chez le nourrisson. Au demeurant, ce nouveau livre continue de façon très satisfaisante la série de ces leçons précieuses pour les sages-femmes et les médecins.

Henri VIGNES.

L'artériographie des membres et de l'aorte abdominale, par H. REBOUL. Préface de Ch. Laubry. Un vol. de 137 pages avec 82 figures, 40 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Docteur Reboul rappelle d'abord les premières recherches sur le lipiodo-diagnostic artériel.

Il étudie les substances de contraste auxquelles on peut avoir recours pour cette méthode et discute la valeur des principales d'entre elles.

Puis il envisage les facteurs mécaniques des injections intra-artérielles. Après avoir insisté sur la technique à employer et les précautions à prendre, il considère que l'injection intra-artérielle de substance de contraste est inoffensive pour les parois artérielles.

Il soulève l'hypothèse des répercussions possibles sur le système capillaire, encore si difficile à explorer, et qui seraient susceptibles de favoriser la rupture.

Plus important lui paraît le rôle des réactions vaso-motrices et individuelles, aussi rejette-t-il formellement l'artériographie « chez tous les sujets atteints de troubles de la vaso-motricité décelables par la clinique ou l'intra-dermo-réaction à l'adrénaline ».

Après avoir rapporté les incidents et accidents qu'il a personnellement observés à l'occasion de plusieurs centaines d'injections pratiquées, le Docteur Reboul expose les résultats actuels de cette méthode dans les cas où elle paraît indiquée (artères normales, artérites, anévrismes, tumeurs malignes...) en notant que la valeur de l'aortographie pour l'étude de la circulation hépatique, splénique ou rénale demande encore des recherches suivies.

Après ces différents chapitres, tous envisagés à la lumière de la critique, il expose les déductions thérapeutiques basées sur l'artériographie qui est appelée à « faire naître de nouveaux traitements, ou modifier et préciser les indications actuellement admises ».

Bien que les indications de l'artériographie se soient considérablement élargies et aient procuré des acquisitions nouvelles, il s'en faut, conclut l'auteur, qu'il s'agisse encore là d'une méthode parfaite. En raison des services qu'elle rend, actuellement, l'artériographie est une méthode d'un grand intérêt, mais la connaissance indispensable de ses inconvénients actuels et de ses échecs et leur étude en constituent le facteur d'amélioration le plus important.

Un grand nombre d'observations, accompagnées de figures, et une très importante bibliographie, complètent cette étude.

L'année électro-radiologique (Deuxième année, 1934 - 1935), par MOREL-KAHN, avec la collaboration de MM. G. APPELL-DUCLAUX, L. BABAIANTZ, P.-H. CODET, R. COLIEZ, A. DEVOIS, T. FAINSILBER, H. FISCHGOLD, G. GAUDUCHEAU, P. GUILHEM, P. MARQUÈS, NEMOURS-AUGUSTE, R. SAVIGNAC, E. SPEDER, W. STROUZER, L. STUHL. Un vol. de 266 pages avec 38 figures, 40 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre qui paraît chaque année a pour but de faire connaître à tous les médecins beaucoup d'applications nouvelles de l'électro-radiologie qui n'avaient été exposées jusqu'à ce jour que dans les revues spécialisées.

Tout en rappelant au spécialiste les travaux les plus importants des derniers mois épars dans la littérature, les auteurs de ce livre montrent au clinicien l'aide que peut lui apporter l'électro-radiologie tant au point de vue du diagnostic que du traitement.

Ils ne citent pas tout ce qui a paru récemment, mais ils explorent les différents domaines de l'électro-radiologie, négligeant les détails pour exposer l'essentiel qui seul présente pour tous de l'intérêt. Comme illustrations, le lecteur trouvera quelques schémas clairs, quelques radiographies caractéristiques, et comme bibliographie, des indications d'articles fondamentaux qui doivent suffire pour guider les recherches.

Abordant ensuite la question au point de vue hématologique, il établit pour la première fois la fragilité des hématies en montrant combien leur hémolyse était beaucoup plus aisée que celle des hématies normales. Il constate en même temps la diminution de leur diamètre moyen (microcythémie). D'autre part avec Noël Fiessinger, il découvrait la fréquence des hématies granuleuses actuellement assimilées aux réticulocytes, éléments du système réticulo-endothélial.

En dernière analyse, il plaçait dans la rate le lieu de destruction de ces globules rouges. Le rôle du foie devenait ainsi secondaire, celui-ci jouant simplement le rôle d'organe de réception, de transformation et aussi d'élimination insuffisante pour les pigments d'origine hémolytique.

Un des points curieux de cette maladie est son caractère familial et héréditaire.

Ces faiblesses congénitales de certains tissus de l'organisme nous paraissent aujourd'hui moins mystérieuses grâce aux acquisitions récentes de l'embryologie, à la conception des génes, c'est-à-dire des déterminations chromasomiques, et à celle des centres organisateurs chez l'embryon.

La *cholestérinémie* est tout entière l'œuvre de Chauffard dit avec raison M. Fiessinger. Ici encore c'est à propos d'un malade atteint de xanthélasma que M. Chauffard demande à Grigaut de mesurer la cholestérinémie. Mais il fallait d'abord établir le chiffre de la cholestérinémie normale et trouver pour cela une méthode clinique, c'est-à-dire à la fois simple et rapide. Grigaut met au point un procédé pondéral et un procédé colorimétrique et fixa aux environs de 1910 le chiffre normal de la cholestérinémie.

Chauffard veut alors élargir la question et établir le métabolisme de la cholestérine à l'état normal et pathologique. Pour cette énorme besogne, il s'adjoint Guy Laroche et Brodin.

Toute une série de points sont successivement établis. L'apport alimentaire ne détermine que des cholestérinémies temporaires. La plus importante des cholestérinémies est donc de cause endogène. Elle ne peut avoir qu'une origine endocrinienne en premier lieu les surrénales surtout en période de grossesse, en second lieu le corps jaune ovarien, surtout celui de la puerpéralité.

La voie d'élimination de la cholestérine est la bile. Dans nombre de maladies (cardiopathies, néphrite chronique, goutte, diabète), la cholestérinémie augmente. Elle est toujours augmentée chez les lithiasiques biliaires.

C'est le point de départ de la théorie diathésique de la lithiase biliaire en opposition avec la théorie infectieuse jusque-là en faveur. Chauffard et Grigaut établissent que la précipitation de la cholestérine dans la vésicule est le fait d'une hypocholalogénie, c'est-à-dire d'une diminution dans la bile du taux des sels biliaires qui maintiennent la dissolution de la cholestérine. La théorie de Chauffard est aujourd'hui universellement établie.

***

Ne voilà-t-il pas deux beaux exemples des résultats obtenus par l'association de la clinique et des données des laboratoires.

Pourquoi donner une fois de plus la liste des beaux travaux du Professeur Chauffard. A combien de symptômes, de syndromes, de maladies n'a-t-il pas donné son nom. Les répéter une fois de plus n'ajouterai rien à sa gloire.

C'est en 1892, tout au début de mes études médicales qu'allant à Broussais je vis pour la première fois M. Chauffard.

Il était encore très jeune puisqu'il n'avait que 37 ans, mai il paraissait plus jeune encore. Cela tenait surtout à son regard qui était extrêmement expressif. Parfois très perçant lorsqu'il fixait un élève ou examinait un malade, il prenait souvent une expression un peu amusée, tantôt étonnée, tantôt ironique, et même franchement narquoise quand il entendait certaines réponses à la question qu'il venait de poser.

Bien que donnant l'expression d'un homme excellent, il restait toujours distant, au moins pour ceux qui n'étaient pas ses intimes.

Le fond de son regard devenait parfois très doux et surtout très apitoyé lorsqu'il était en présence d'un malade très grave. C'est un jour qu'après lui avoir vu examiner Poirier et que le recouvrant, il lui disait : « Mon vieux ce n'est rien, dans un mois tu seras guéri », je lus tout de même dans ses yeux que mon pauvre Maître était perdu.

De taille moyenne, il donnait l'impression d'un homme robuste et en fait il passa sa vie, du moins je le crois, sans traverser de graves maladies.

Jusqu'à la fin de son existence, il garda une élégance discrète, suivant la mode sans ostentation, gardant une sorte de « cant » un peu britannique.

Il vivait chez lui dans l'ambiance, on dirait aujourd'hui dans le climat d'un homme raffiné, aimant voir des choses discrètement belles, des tapisseries aux tons adoucis, des tableaux choisis parmi les maîtres Italiens et français du XVIIIe siècle, des gravures et des sépias dont il aimait les dégradés. On sentait qu'il s'agissait d'objets choisis par lui-même et qu'il aimait peut-être encore davantage parce qu'il avait eu la joie de les découvrir.

Grand chef d'école, il pouvait se flatter d'avoir sur ses 48 internes, 30 qui à l'heure actuelle sont ou professeur à la Faculté, ou membre de l'Académie, ou médecin des hôpitaux, sans compter ceux qui occupent des situations éminentes à l'étranger.

Lui-même avait hors de France une situation exceptionnelle. Il faisait partie de la plupart des sociétés savantes étrangères. Il tenait tout particulièrement à son titre d'Honorary Fellow de la Société royale de médecine de Londres et de membre honoraire de la Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

C'était d'ailleurs un des noms les plus représentatifs de la science médicale française dont il évoquait les qualités de clarté, d'élégance et de précision.

Il appartenait comme nous l'avons vu à une véritable dynastie médicale. Il en est de celles-ci comme des dynasties princières. Elles aiment s'allier aux dynasties du même ordre. C'est ainsi que M. Chauffard épousa Mlle Bucquoy, descendante du baron Boyer, médecin de Napoléon Ier, la série des filles de la famille Boyer épousèrent toujours un médecin réputé ! C'est ainsi que Roux et Danyau furent les arrières grands-parents et les grands-parents de Madame Chauffard. Mademoiselle Chauffard a continué la tradition en épousant notre éminent collègue Guillain et Mademoiselle Guillain est elle-même la femme de notre jeune et distingué collègue Garcin.

Discours de M. Darles

Sous-Directeur de l'Assistance Publique

Mesdames,
Messieurs,

Absent de Paris, M. le Docteur Louis Mourier m'a chargé de vous exprimer ses bien vifs regrets de n'avoir pu associer lui-même l'Administration générale de l'Assistance publique à l'hommage rendu au Professeur Chauffard.

Des voix plus autorisées que la mienne vous ont rappelé l'œuvre scientifique et médicale de l'éminent praticien, dont la perte est si douloureusement ressentie par ses amis.

Ce que je désire souligner, quant à moi, c'est la façon dont à l'hôpital le Professeur Chauffard exerçait ses fonctions.

Toujours arrivé avant 9 heures, il voyait personnellement tous ses malades. Peu prodigue de louanges, il voulait que chacun fît son devoir, et trouvait tout naturels le dévouement des médecins et l'abnégation des infirmières.

Sévère pour lui comme pour les autres — et pour lui d'abord — il faisait de l'exercice de la médecine un véritable sacerdoce, conception qu'il étendait au personnel hospitalier, jusqu'à exiger que ses surveillantes fussent

logées dans le pavillon même des malades, pour demeurer toujours à leur disposition.

Aucun détail de la vie hospitalière ne lui était étranger. On sait que, dès 1903, il avait élaboré un nouveau système de régimes alimentaires. Ce système, qui fut d'abord réalisé à St-Antoine, fut progressivement étendu à tous les autres hôpitaux car il se révéla bien supérieur à l'ancien ; si bien que, depuis lors, les chefs de service se sont montrés extrêmement satisfaits d'une réforme qui aboutissait à une application raisonnée des règles de l'alimentation moderne.

Le Professeur Chauffard avait suscité autour de lui d'innombrables amitiés, des dévouements passionnés. Ici même, dans ce service qu'il animait de sa foi, il a laissé d'unanimes regrets.

Qu'il me soit donné ici de remercier Madame Chauffard du geste généreux par lequel elle a fondé un prix destiné à récompenser tous les deux ans une infirmière particulièrement méritante de l'hôpital St-Antoine et de me faire l'interprète de tout le personnel de cet établissement, en disant l'admiration et le pieux respect qu'il garde envers la mémoire de M. le Professeur Chauffard.

Je tiens à féliciter et à remercier aussi le Comité d'organisation pour la belle œuvre d'art qui, grâce à lui, constituera dans l'enceinte de cet établissement, un symbole particulièrement précieux. Ainsi scellé dans la pierre, face à celui qui commémore la mémoire du Professeur Hayem, prédécesseur du Maître que nous honorons aujourd'hui, ce médaillon dû à la piété fervente de ses amis, inspiratrice du talent d'un grand artiste, verra se succéder des générations de savants.

En même temps qu'il attestera le souvenir du Professeur Chauffard, il sera pour eux comme un exemple toujours vivant, qui leur enseignera les qualités dominantes du Maître : la distinction et la noblesse de la pensée, le sentiment du devoir et de la dignité professionnelle, dont il a donné ici-même tant de marques éclatantes en reconnaissance desquelles, l'Administration qui représente les pauvres de Paris ne saurait cesser jamais d'honorer sa mémoire.

PAGES RETROUVÉES

Leçon inédite faite le 7 mars 1924
à la Clinique médicale de l'Hôpital Saint-Antoine

Les calculs du cholédoque

Par M. le Professeur CHAUFFARD

La lithiase biliaire est une maladie dont l'unité est parfaite aux points de vue étiologique et pathogénique ; on retrouve en effet toujours à son origine les mêmes conditions favorisantes : hérédité, sédentarité, grossesses répétées, infection, hypercholestérinémie. En clinique, au contraire, ses aspects sont infiniment variés et divers, déterminés surtout par le siège des calculs. De toutes les localisations de la lithiase, il en est une particulièrement importante aux points de vue pronostic et opératoire, c'est la lithiase du cholédoque. Elle emprunte ses caractères aux conditions très spéciales dans lesquelles elle se développe, anatomiques et physiologiques.

Les voies biliaires se composent d'une voie principale: l'hépatique qui descend pour recevoir plus bas, au « carrefour biliaire » la voie accessoire formée par la vésicule et la cystique ; ainsi accrue, la voie principale prend le nom de cholédoque qui aboutit à la deuxième portion du duodénum.

Au point de vue physio-pathologique, on peut distinguer aux voies biliaires trois segments : un segment supérieur qui va des origines au bord supérieur du pancréas, région libre et dilatable où grossissent les calculs et qui donne au chirurgien l'accès le plus facile, une deuxième portion où le cholédoque, intra-pancréatique, n'est plus que faiblement dilatable, enfin une troisième portion, région d'abouchement du cholédoque dans le duodénum, formant une saillie mamelonnée : l'ampoule de Vater, munie d'un sphincter, le sphincter d'Oddi qui répond à un mécanisme physiologique complexe comparable à celui qui régit le pylore. Le réflexe, là encore est à point de départ chimique, la bile, normalement, n'arrive dans l'intestin que de façon intermittente, au moment où passe le chyme gastrique. La bile est alors amenée par un mécanisme complexe: la béance du sphincter d'Oddi et la contraction simultanée des voies biliaires supérieures.

Cet ensemble de notions nous permet de comprendre que le passage et l'élimination des calculs par la voie cholédoque n'est ni aisée, ni dépourvue de risques. Et, en dehors des gros cholélithes éliminés par voie fistuleuse, les calculs biliaires sont soumis à trois alternatives différentes : ou bien les calculs sont rendus par les fèces, ce sont, dans la règle, de petits calculs à facettes. Mais c'est là une libération toujours insuffisante car ils correspondent à une lithiase multiple qui bourre et dilate toutes les voies biliaires, ce n'est qu'une expulsion « par regorgement » qui n'aboutit jamais à une guérison réelle et durable de la maladie.

Plus rarement ce sont de petits calculs, solitaires ou peu nombreux qui sont éliminés par la voie intestinale, c'est la solution favorable qui est suivie de sédation des accidents mais c'est aussi la plus rare. Dans une troisième éventualité le calcul s'engage dans le cholédoque et s'y arrête, il grossit sur place, suivant un procédé sur lequel j'ai insisté autrefois. Le calcul bloqué accroît son volume par couches concentriques, il augmente par son diamètre et par sa longueur, mais son diamètre ne peut dépasser la dilatabilité du cholédoque. Par ses deux pôles terminaux, au contraire, il peut s'accroître considérablement et l'on voit à la coupe un petit noyau, calcul initial, plus ou moins médian, assez rapproché du pôle vatérien, plus éloigné, en général du pôle supérieur car c'est par celui-ci, en effet, qu'il augmente surtout ses dimensions verticales.

C'est la thrombose cholédocienne dont le mécanisme se rapproche de ce qui se passe dans la thrombose veineuse, les stratifications successives accroissant la lésion par le haut et formant ainsi ce que j'ai proposé d'appeler le « calcul en bout de cigare «. C'est le vrai calcul du cholédoque, celui qui donne lieu aux interventions opératoires urgentes.

Ces calculs ne sont pas libres, ils sont enclavés par la réaction contractile du cholédoque, spasme variable qui explique les variabilités de l'ictère.

Peut-on observer les calculs primitifs du cholédoque ? Ces calculs sont-ils toujours de migration vésiculaire ou peuvent-ils se former primitivement dans le cholédoque ?

L'examen radiologique pourra aider à cette distinction. Un calcul unique sera peut-être de formation primitive ; au contraire des calculs multiples feront penser à une origine vésiculaire. De même en clinique, les cas qui n'auront été précédés d'aucune crise paroxystique douloureuse éveilleront l'idée d'une thrombose cholédocienne primitive.

Ce mécanisme, il est vrai, restera difficile à prouver ; il pourra être simplement soupçonné quand tout signe clinique antérieur aura manqué.

Le plus fréquemment d'ailleurs les calculs seront d'origine vésiculaire, échelonnés, disposés en chapelet, le plus bas situé faisant barrière.

Les calculs du cholédoque se développent donc dans

Calculs du choléd.. 7 mars 24

Lithi. bil. est une, pr étiol. path.
Multiple pour ses formes cliniques - siège
une des principales modalités est lithi.
du choléd. Doit son individualité à condi
tions très spéciales, anat et physiol.

Les voies biliaires - la voie principale ses
origines - sa direction - son aboutissant duod.
au point de vue lithiase, 3 segments
Portion libre - dilatable - incisable -
Portion intra-pancr. peu dilatable -
Portion Vatérienne - Sphincter d'Oddi.
Passage intermittent de bile ds intestin
Physio. norm. ds duod { béance du sphincter
contraction des
voies biliaires.

résultat : difficultés d'éliminat. intest
En fait, 3 conditions différentes -
1/ Calculs rendus par fèces - dans la
règle, à facettes et multiples. Libération
insuffisante - Voies biliaires bourrées
Véritable expulsion par regorgement
2/ Plus rarement, petits calculs solitaires
ou peu nombreux éliminés - C'est
la solution favorable, la + rare.
3/ 3me éventualité - Calcul s'arrête

Fac-similé d'une page de la leçon du Pr Chauffard

des conditions anatomiques très spéciales ; les circonstances physiologiques qui concourent à leur formation ne sont pas moins particulières. En effet, comme tout canal s'ouvrant dans une cavité muqueuse, le cholédoque est normalement infecté. Les germes y végètent à l'état saprophytique, à l'état de repos, de quiescence microbienne. Mais le chemin qui les sépare de la virulence n'est pas long et ils peuvent passer brusquement de l'état de repos à l'activité pathologique. Le pneumocoque, hôte normal des voies respiratoires supérieures, en est un exemple frappant, il peut très rapidement, sous une influence pathogène quelconque, acquérir une virulence extrême.

Toute l'histoire physio-pathologique des calculs du cholédoque découle de ces prémisses. Leur symptomatologie en dépend également.

C'est tout d'abord une maladie oblitérante de la voie biliaire principale, entraînant un ictère par rétention. Mais l'intensité de la rétention peut varier pour plusieurs raisons : avec la réaction spasmodique du canal entraînant une atténuation et une aggravation de l'ictère, avec les poussées de cholédocyte. Dans la règle, chaque accès fébrile, traduction de l'infection biliaire, augmente l'ictère.

Enfin la nature même du calcul exerce une influence sur l'importance de la réaction ictérique. S'il s'agit de calculs à facettes, irréguliers, un jour peut se ménager entre une face du calcul et la paroi, suffisant parfois pour permettre le cours de la bile. L'atlas de Cruveilhier reproduit une pièce où l'on voit tous les canaux biliaires farcis de calculs et l'auteur rapporte qu'ils n'avaient donné lieu à aucun ictère pendant la vie.

Mais s'il s'agit d'un gros calcul unique en bout de cigare, l'ictère est intense. Les plus ictérigènes sont, en effet, les calculs moulés.

L'ictère de la lithiase cholédocienne est donc jusqu'à un certain point variable ; à certains moments l'ictère diminue, à d'autres il reparaît avec tous les phénomènes objectifs de la rétention sur lesquels nous n'avons pas à insister.

Sous ce rapport, il existe une grosse différence entre l'ictère du cancer des voies biliaires, de la tête du pancréas et l'ictère lithiasique. Dans le premier, c'est une ligature de plus en plus serrée qui s'applique sur le canal, interdisant bientôt toute trace d'élimination biliaire, dans le second, au contraire, c'est un bouchon qui n'entraîne qu'une obstruction moins absolue.

En rapport avec l'ictère, apparaît le prurit qui tourmente les malades et constitue souvent le symptôme le plus pénible de la maladie.

Les caractères objectifs des fèces, des urines, les réactions de Gmelin, de Hay dans les urines, conséquences directes de l'obstruction biliaire, complètent le tableau clinique.

Le second caractère fondamental de la lithiase cholédocienne est d'être une maladie à poussées fébriles. Plus ou moins tôt après le début des accidents la réaction thermique apparaît, précédée de grands frissons ; l'ascension thermique brusque, en clocher, est suivie de sueurs abondantes. C'est le grand accès d'infection biliaire, typique dans l'obstruction calculeuse du cholédoque.

Si l'on compte, chez de tels malades, les leucocytes avant et après l'accès, on constate que la courbe leucocytaire suit une évolution exactement parallèle à la courbe thermique. Les leucocytes au moment du paroxysme fébrile montent brusquement à 30.000, 50.000 avec une proportion de 80 à 90 % de polynucléaires.

Ces réactions fébrigènes sont d'autant plus précoces et prononcées que le calcul siège plus bas, dans la zone infectée. Les calculs sont situés, au contraire, dans la région du carrefour, entraînent les mêmes phénomènes d'ictère par rétention, mais sans troubles thermiques.

Voici l'histoire d'un de nos malades, homme de 54 ans, qui entre dans nos salles en novembre 1923 pour un prurit extrêmement pénible qui le tourmente sans cesse. Il présente, en outre, un léger subictère.

Il avait eu, à 18 ans, une fièvre typhoïde. C'est là un accident trop lointain, datant de trente-six ans, pour qu'il soit possible d'admettre entre cette affection et la lithiase récente, une filiation pathogénique. Il n'est, en effet, lithiasique que depuis août 1923.

Son examen ne révèle aucun point douloureux et toute son histoire clinique se réduit à un prurit intense, un ictère variable mais qui reste toujours peu intense, de teinte safranée n'atteignant jamais les teintes vert foncé, bronzée, des ictères cancéreux. La radiographie précise le diagnostic en montrant la présence de calculs qui sont enlevés à l'intervention.

Il y a une question que je n'aurais pas soulevée il y a quelques années : je ne me serais pas demandé si l'on pouvait sentir par la palpation des calculs dans le cholédoque. J'ai eu, depuis, l'occasion de constater chez un malade, au niveau de la région sus-ombilicale, un cordon dur, douloureux, et dans lequel une palpation attentive permettait de percevoir trois renflements plus durs. J'ai, aussitôt après cet examen curieux, fait un schéma de ce que j'avais observé. Le schéma radiologique m'apporta une image identique.

C'est là, à la vérité, un cas très rare, exceptionnel, qui ne peut se retrouver que chez des sujets maigres et à paroi abdominale très dépressible. Enfin le contrôle radiologique ou opératoire sont indispensables à l'interprétation de cette sensation qui sans eux serait très sujette à caution.

Un homme de 60 ans entre à l'hôpital, en janvier 1924, pour un ictère progressif qui s'est constitué en quinze jours sans phénomènes douloureux. Le 15 février, brusquement, il est pris d'une douleur transversale, en barre, qui dure longtemps, pendant trois jours. A ce moment apparaît un prurit, très désagréable, en même temps les matières se décolorent complètement et les urines deviennent acajou.

Il avait eu, en 1920, des coliques suivies d'une poussée ictérique d'une dizaine de jours. Depuis ce temps il souffrait de temps à autre de douleurs sans caractères bien précis, jusqu'à la dernière grande crise qui fut typique.

Les matières fécales, actuellement, sont faiblement colorées. Le malade présente parfois de petits frissons.

En pratiquant son examen, on ne trouve qu'un point douloureux, dans la zone pancréatico-cholédocienne. C'est là une zone que j'ai étudiée et localisée avec Rivet. La douleur qu'on peut y réveiller par la palpation ne doit, dans certains cas, être considérée que comme un signe banal de lithiase, tout l'arbre biliaire réagissant après une crise, comme le tractus urinaire, l'uretère, après une colique néphrétique.

Par ailleurs, en complétant l'examen, le tubage nous permit de constater la présence de bile dans le liquide gastro-duodénal. Il s'agissait donc d'une obstruction incomplète.

Tels sont les éléments cliniques ; ils nous apportent un diagnostic de plus ou moins grande probabilité, mais non la certitude. Celle-ci nous est donnée par la méthode radiographique. Malheureusement cette enquête radiographique est bien loin de donner des résultats positifs dans tous les cas. Les premiers cas de James Case comptaient 40 à 50 % de résultats positifs. Actuellement la pratique de Pierre Duval et d'Henri Béclère a élevé le pourcentage des résultats positifs à 50 ou 60 %. La présence de chaux est la condition nécessaire de visibilité des calculs ; or elle n'est réalisée que par l'infection. La notion chimique domine donc la question de visibilité. Elle même est dominée par la notion clinique d'infection.

Or celle-ci est d'une fréquence extrême en matière de lithiase biliaire et, pour moi, la simple colique hépatique est une infection qui passe.

Duval, Gatellier et Béclère, dans une monographie récente, ont donné une excellente description de la recherche radiologique des calculs. Le point de repère essentiel est le rapport de leur projection avec la colonne lombaire. Mais la topographie du cholédoque est variable. Vertical, oblique en bas et en dedans, il se projette au devant des apophyses transverses des L^1, L^2, L^3, l'ampoule de Vater correspondant à L^3 ou au disque intervertébral unissant L^3 à L^4, il peut aussi, suivant la situation de la vésicule, ou de ses deux points extrêmes, être reporté plus en dehors ou plus en dedans au devant des corps vertébraux. Ces variations rendent souvent délicate la découverte des calculs sur le cliché. Quand il s'agit de calculs multiples le diagnostic est facile, ils se groupent, en effet, « en culot » dans la vésicule et s'échelonnent en chapelet dans le cholédoque. Mais la recherche est beaucoup plus difficile quand il s'agit d'un calcul isolé de la vésicule, ou du cholédoque. Le siège n'est pas indifférent car si le calcul vésiculaire demande souvent une intervention chirurgicale, la situation dans le cholédoque l'exige toujours. Le calcul du cholédoque, d'ailleurs, est beaucoup plus rarement visible que ceux de la vésicule ; on en compte les cas.

Duval et H. Béclère insistent justement sur la nécessité de compléter la radiographie de face par une épreuve de profil, elles permettent ainsi de dissocier ce qui est vésiculaire de ce qui est cholédocien.

Les résultats négatifs ne peuvent, on le conçoit, infirmer le diagnostic. Les résultat positifs possèdent une valeur absolue.

A ces éléments cliniques de la lithiase cholédocienne il faut toujours ajouter un examen de la vésicule et se souvenir que les lithiases complexes, intéressant à la fois la vésicule et le cholédoque, sont très fréquentes.

L'évolution de cette calculose cholédocienne est très lente. Un de mes cas n'a été opéré qu'après deux ans d'ictère. L'opération a été ainsi pratiquée dans de mauvaises conditions et la malade est morte. Il faut donc intervenir au bon moment.

Bien que je sois un partisan des cures hydrominérales, je dois dire que, dans ces cas, les cures répétées constituent un réel danger. Les malades ont une tendance naturelle à préférer cette thérapeutique et à retarder des interventions sanglantes.

Cette affection détermine un amaigrissement énorme allant jusqu'à 10, 15 kilogs. Une de mes malades a perdu 36 kgr. en dix mois, un chirurgien qu'elle fit appeler, pensant à un cancer, ne voulut pas l'opérer, un autre consentit à intervenir, trouva un calcul et la malade put guérir. Une autre femme âgée de 60 ans, ne pesait plus que 37 kgr. quand elle fut opérée. Ainsi malgré les apparences de cachexie avancée, si le diagnostic est posé, il faut offrir aux malades le bénéfice que peut leur donner l'intervention.

Pourquoi l'amaigrissement est-il si considérable ? C'est que le régime suivi par ces sujets est de plus en plus restrictif ; ils ont toujours peur, en mangeant, d'aggraver leur ictère. C'est aussi que les lésions pancréatiques associées ont une cause de dénutrition très rapide ; et la *pancréatite scléreuse*, comme l'ont montré Quénu et Duval, est *surtout fréquente dans la lithiase du cholédoque* : pour 46 cas de lithiase vésiculaire, ils ont observé 21 pancréatites et pour 48 lithiases cholédociennes 39 pancréatites. Tout ceci nous montre la gravité toute spéciale de cette localisation calculeuse.

Le calcul du cholédoque mérite donc une place à part dans la lithiase biliaire par sa gravité et les conséquences thérapeutiques qu'il doit entraîner.

Si ces diagnostics clinique et radiologique sont posés, il ne faut pas compter sur une guérison spontanée. L'état s'aggrave de deux façons, soit dans le sens de l'infection biliaire, le malade devient un grand infecté, sujet à toutes les complications possibles des grandes infections biliaires, soit enfin par la cachexie, le malade s'affaiblit progressivement et parvient à un état d'émaciation extrême.

La conclusion à tirer de cette étude doit être que le seul traitement à conseiller, dans la lithiase cholédocienne reconnue, est l'opération. Mais quand peut-on dire qu'il s'agit d'une obstruction calculeuse du cholédoque ? On ne peut avoir là de conviction immédiate. C'est un diagnostic qui évolue dans le temps, qui se précise à mesure que l'ictère dure et s'accroît. C'est donc un diagnostic qui n'aboutit qu'après quelques semaines. A ce moment la situation devient préoccupante et si la réaction fébrile apparaît, si la radiologie fournit des indications suffisantes, le diagnostic ne fait plus question.

Un ictère passager de huit à quinze jours après une colique hépatique, ne doit pas orienter le clinicien vers une intervention : mais un ictère qui dure constitue une indication opératoire formelle et il faut opérer dès que le diagnostic est très vraisemblable ou certain et surtout ne pas opérer trop tard. Dans le doute, d'ailleurs, il est préférable d'agir et de donner aux malades le bénéfice de l'intervention.

Gosset, actuellement, n'opère pas sans avoir étudié le temps de saignement et la coagulation du sang de ses malades.

Toute intervention de ce genre, d'ailleurs, doit être précédée de l'établissement d'un bilan complet de la valeur organique des malades. Il faut s'être assuré de la valeur fonctionnelle du foie, des reins, des poumons, du cœur, de façon à éviter qu'après l'intervention les opérés ne soient emportés par des accidents d'insuffisance hépatique, rénale, une broncho-pneumonie ou par un fléchissement brusque du myocarde.

C'est donc le médecin qui fera le diagnostic de lithiase, qui arrivera ensuite au diagnostic de localisation de l'obstruction calculeuse. C'est lui qui appréciera l'heure opportune pour intervenir, c'est enfin lui qui, évaluant la valeur organique du sujet, jugera du pronostic opératoire.

A travers l'œuvre de Chauffard

C'est à la **cellule hépatique** qu'il faut remonter, comme toujours en matière de pathologie du foie et des voies biliaires. (*La lithiase biliaire*, p. 53.)

Le **cholélithe** est comme le reflet de l'équilibre chimique de la bile. (*La lithiase biliaire*, p. 67.)

Les gros **calculs cholédociens** n'ont aucune chance d'être éliminés spontanément. La barrière pancréatique et vatérienne les arrête dans leur migration descendante, et ils n'ont même guère la ressource d'être expulsés par une fistulisation interne, telle que les fistules cystico-duodénales ou cystico-coliques pour les calculs vésiculaires. C'est donc la rétention chronique, avec toutes ses conséquences d'infection secondaire, d'amaigrissement, de cachexie, de mort terminale.

Voilà la raison qui fait que le diagnostic de calcul cholédocien implique une indication chirurgicale formelle. (*La lithiase biliaire*, p. 163.)

L'examen des gros **calculs cholédociens** « en bout de cigare », sectionnés suivant leur grand axe, permet de reconstituer leur évolution chronologique, en montrant près de leur extrémité inférieure le noyau, ou calcul primitif, nettement différencié par sa coloration brune, puis au-dessus le calcul prolongé formé d'épaisses stratifications successives de cholestérine. A un mo-

ment donné de son évolution, le calcul devient si volumineux qu'il obstrue le cholédoque ; à sa surface se dépose alors une couche périphérique en partie calcifiée et le calcul ne peut s'accroître que par en haut, comme le montre le stratum terminal de cholestérine qui coiffe son extrémité supérieure.

L'analogie de processus avec l'évolution des thromboses veineuses est frappante et l'on peut dire que les gros calculs solitaires du cholédoque se produisent et s'accroissent par thrombose biliaire cholédocienne. (*Exposé de titres*, p. 47.)

Dans un cas d'**ictère congénital** hémolytique, il semble donc que le foie ne joue qu'un rôle presque passif, qu'il n'intervienne que comme un organe de réception, de transformation et aussi d'élimination insuffisante des produits surabondants de l'hémolyse ; c'est à la rate en réalité que revient le rôle primordial et prépondérant. (Pathogénie de l'ictère congénital de l'adulte. (*Semaine médicale*, 16 janvier 1907.)

On pourrait dire, malgré l'apparence un peu paradoxale d'une telle proposition, que la **lésion cirrhotique** est une manière de résister du foie, un indice qui trahit la médiocre intensité d'action de l'agent irritant, en même temps que la défense de l'organe contre l'agression ; si bien que la cirrhose semble, jusqu'à un certain point, une réaction protectrice, au moins à son début, une sauvegarde de l'intégrité cellulaire du foie. Mais cette lésion scléreuse devient à son tour perturbatrice et pathogène, tient sous sa dépendance une série de symptômes, constitue enfin une maladie hépatique autonome, ayant son évolution, ses complications, sa gravité personnelle. (Formes cliniques des cirrhoses du foie. Rapport au Congrès de médecine de Moscou, août 1897.)

L'**accès de goutte** peut être considéré comme une rupture d'équilibre colloïdal se produisant chez des sujets en état d'équilibre humoral instable à l'occasion de causes diverses. Le goutteux est sensibilisé par telle ou telle cause perturbatrice, parfois toujours la même et à cette sensibilisation générale s'ajoute une sensibilisation locale qui rallume toujours sur les mêmes points d'appel le processus inflammatoire, créant ainsi de véritables centres de cristallisation urique. (Le syndrome humoral de la goutte. A Chauffard. Conférence à l'Université de Londres, 1922.)

La main gauche est placée horizontalement sur la partie postérieure du thorax, au-dessous de la pointe de l'omoplate droit, tandis que les doigts de la main droite percutent en avant, légèrement, et à petits coups séparés, au niveau de la cinquième ou de la sixième côte ou des espaces intercostaux correspondants. La main gauche reçoit et perçoit alors une ondulation profonde et vibratoire, moins élastique que le frémissement hydatique, qui semble se propager d'avant en arrière, véritable sensation de flot transthoracique. (Le signe du **flot transthoracique** dans les kystes hydatiques de la convexité du foie. Académie de médecine, 6 juillet 1909.)

Les **cholélithiasiques** représentent avec les xanthélasmiques, les deux types les plus nets et les plus complets de l'hypercholestérinémie. (La cholestérinémie à l'état normal et pathologique en collaboration avec Guy Laroche et A. Grigaut. *Annales de médecine*, 1920, t. VIII, n° 2.)

La **pathogénie** est, au point de vue purement logique, le meilleur chemin et le plus direct pour arriver à la connaissance d'une maladie. Mais, dans la réalité historique des choses, la notion pathogénique n'est jamais une conquête initiale, et nous n'arrivons à elle que par une longue suite de recherches cliniques, anatomo-pathologiques, expérimentales. (*La lithiase biliaire*, p. 2.)

En matière d'**affections hépatiques**, le diagnostic s'obtient surtout par la séméiologie physique, et le pronostic par la séméiologie chimique. (De la guérison apparente et de la guérison réelle dans les affections hépatiques. *Archives générales de médecine*, octobre 1890.)

L'**âge clinique** n'est pas l'âge pathogénique, c'est-à-dire que quand un malade réalise sa première colique hépatique, il a commencé sa lithiase longtemps avant et à une époque dont nous ne pouvons préciser la date. (*La lithiase biliaire*, p. 4.)



Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, où à vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

La chirurgie cérébrale de Horsley. — J'ai eu l'occasion, à Paris et ailleurs, de voir le célèbre chirurgien Horsley, lorsque j'étais chirurgien moi-même....

La dernière fois, je crois m'en souvenir, je l'ai rencontré au Congrès international de Physiologie à Bâle, où j'étais le correspondant spécial de l'Association de la Presse médicale française et du *Progrès Médical* avec le Prof. Gley (1892).

Horsley ressemblait tout à fait à mon vénéré maître et ami Ch. Richet ! Il était grand, mince, maigre, avec une petite tête sur un long corps, quoique Anglais ! Il était jeune alors, et avait à peine 35 à 40 ans, puisqu'alors j'en avais 32.

Horsley était, avec ses fines mains, capable de lutter avec celles du Prof. Terrier, mon chef alors, quand il était surtout ophtalmologiste à Bichat !

C'était, à n'en pas douter, un *physiologiste* et un grand, *égaré dans la chirurgie*, comme le Prof. Terrier, d'abord vétérinaire et physiologiste ; cela à la mode américaine, que j'ai appréciée à New-York en 1893, comme envoyé spécial du *Progrès Médical* et du Gouvernement, grâce à G. Clemenceau.

Je l'ai vu opérer dans un laboratoire de Paris, il me semble en présence du Prof. Quénu ; mais ma mémoire — qui n'est plus chirurgicale depuis 40 ans, — peut me tromper en l'espèce. Je ne l'ai pas revu depuis.....

On peut dire, sans aucune exagération, que son pays l'a tué, en l'envoyant aux armées d'Asie mineure en 1914-1918.

Horsley était un de ceux qu'il fallait garder à Londres, pour empêcher qu'il soit tué, face à l'ennemi !

Il y a des fautes qu'il ne faut pas commettre..... Si Napoléon Ier avait vécu en 1914, il n'aurait pas fallu le placer dans les tranchées de Verdun ! C'est une jolie gaffe de l'état-major anglais, pour ne pas dire plus. — Marcel BAUDOUIN.

Un hommage à la médecine française. — Le Professeur Holmgren, directeur du plus grand hôpital de Suède, membre du Parlement, qui a fait récemment une conférence à la Sorbonne, a déclaré dans une interwiew accordée au *Dagens Nyheter* que l'accueil qu'il avait reçu à Paris était le propre de l'amabilité française.

Le professeur a fait le plus vif éloge des hôpitaux parisiens et dit que la Suède peut beaucoup apprendre en étudiant les laboratoires français. Après avoir condamné le préjugé encore trop répandu que la science allemande constitue quelque chose d'exceptionnel, le professeur a noté avec satisfaction le progrès de l'influence médicale française en Suède. Il a exprimé également sa joie d'avoir été dans un pays où la science a un caractère parfaitement objectif, contrairement à ce qui se passe en Allemagne, où la science est devenue un simple instrument de propagande nationaliste. — (*Le Temps*).

La médecine européenne. Chez les Berbères de l'Atlas. — « Tant vaut le médecin, tant vaut la clientèle ». Vérité première, si l'on s'adresse à une clientèle dont la civilisation, les traditions, les coutumes sont conformes aux nôtres. Enthousiasme, espoir, besoin d'augmenter ses connaissances, d'apporter la consolation et l'apaisement dans la souffrance, avidité de guérir, chez le médecin qui exerce sa profession dans un tel milieu.

Parmi les populations nouvellement soumises, berbères, qui, malgré les invasions répétées, ont conservé tous les caractères de leur race, traditionnalistes à fond, réfractaires au progrès, pudiques, libres de leurs actes quel que soit leur sexe, bien peu, notre médecine les met en confiance.

Mystiques, fatalistes, ils appréhendent, refusent nos médi-

cations, sauf les médications antisyphilitiques. Ils ne croient pas que nous puissions guérir d'autres maladies. Leur conception du mal toute de mysticisme les éloigne de notre observation médiate, car, pour eux, les faits objectifs médicaux prennent une importance uniquement subjective (blessures, lésions apparentes mises à part). Pour eux, tout mal sans faits matériels apparents est dû au jenoun : Obsession et possession de leur corps par les esprits, sorte d'idée fixe hallucinatoire. Notre médecine, par la douceur, la persuation, la patience peut-elle vaincre ce premier mal avant le mal véritable ?

Cela est très difficile, pour vaincre cette anxiété, cette répulsion, cet effroi il faudrait des exemples vivants et les exemples vivants ne peuvent s'imposer au début chez ces gens nouvellement soumis, que par une hospitalisation obligatoire des malades. Alors, seule la volonté médicale agira. Tant qu'un médecin dans ces postes de l'avant sera appelé en consultation au milieu de la famille, des amis, il se heurtera à un désir formel de traitement sur place. Aucun de ses conseils ne seront suivis, aucune médication ordonnée ne sera appliquée ou prise. Quant à l'examen d'un malade, il est pratiquement impossible, d'où le diagnostic en souffre et tout se réduit à une médecine symptomatique, une médecine intuitive, médecine qui démoralise, médecine qui désespère devant notre impuissance à dompter l'appréhension, le manque de confiance.

Certes, dans des années, lorsque de par les villes, notre science aura pénétré, lorsque seront apportés, les échos bienfaisants de notre thérapeutique à ces populations de la montagne, nos méthodes d'examen et de traitement ne trouveront plus cette répulsion. Mais à l'heure actuelle, vouloir vaincre cette répulsion parmi tous et au milieu de tous, nous ne le pouvons, car le médecin n'a pas le prestige d'un *hakem*, d'un chef, parce que le médecin même pour le bien, n'a pas le droit d'exiger un ordre. On ne peut contraindre un malade berbère puisqu'il est bien souvent difficile de faire accepter en Europe un traitement à un de nos semblables, pourtant teinté de médecine.

A-t-on le droit d'enlever du sein de sa famille, un malade grave pour, dans l'isolement et le calme d'une infirmerie, essayer de l'arracher à la mort ? Tout médecin, bien souvent déçu par son impuissance à vaincre cette répulsion pour notre médecine, répondra oui ; mais sa conscience se heurtera à de tels préjugés, à une mentalité si différente de la sienne qu'il s'abstiendra de vouloir. Abnégation dans le devoir, le savoir, rien de tout cela ne peut déterminer pour l'instant la population berbère des montagnes à accepter notre intervention. Pratiquement xénophobe, la race berbère nous obligera à patienter des années encore avant d'accepter notre médecine. Nous ne pouvons être, pour l'instant, que des observateurs et non des praticiens.

A ceux qui nous succéderont, la tâche sera plus facile, la pratique médicale moins décevante. — Dr Raymond.

La Croix-Rouge française. — *Détaché d'un article de M. E. de Lillers dans la* Revue des Deux-Mondes (1er mars 1936) *intitulé* La Croix-Rouge française et ses œuvres sociales.

Le mot de « Croix-Rouge » éveille généralement, chez la plupart de ceux qui l'entendent, l'idée d'une activité d'ordre militaire. La Croix-Rouge française, il est vrai, fidèle à son passé (à ses traditions, à ses souvenirs considéré comme un grand honneur d'être appelée à se mobiliser, le cas échéant, en qualité d'auxiliaire du Service de santé de l'armée. Mais ce serait une erreur de vouloir border à ce seul domaine le champ de son action. Elle entend, en effet, connaître des besoins journaliers de la vie moderne et travailler à trouver une solution aux multiples problèmes qui intéressent la santé tant physique que morale de la Nation. Ce faisant, elle obéit à une tradition qui vient de loin.

Telle fut la conception de Jean-Henri Dunant, le fondateur de la Croix-Rouge internationale, l'inspirateur de toutes les sociétés de Croix-Rouge. Dès l'heure où il entrevit les possibilités

de son apostolat futur, dès les jours de la guerre d'Italie (1859), ce précurseur, l'auteur du *Souvenir de Solférino* « s'il plaida, écrivait-il lui-même, la cause des blessés des champs de bataille, voulut aussi plaider celle des victimes de toutes les brutalités des hommes, la cause des malheureux, des *souffrants*, des petits, et des faibles (1) ».

Gustave Ador, autre grande figure de la Croix-Rouge internationale, défendit la même opinion (2). Ces deux hommes de bien, qui font honneur à leur pays d'origine, la Suisse, créèrent une généreuse doctrine d'entr'aide sociale. Doctrine qui, après la grande guerre, devait être consacrée par la Société des Nations. Le pacte constitutif de celle-ci fait, en effet, par son article 25, un devoir aux Sociétés nationales de Croix-Rouge de travailler à « l'amélioration de la santé publique, à l'organisation de la défense préventive contre la maladie, à l'adoucissement de la souffrance dans le monde ».

La Croix-Rouge française fut fondée en 1864 sous la dénomination de « Société de secours aux blessés militaires ».

Après la guerre de 1870, elle subit des profondes modifications dans son organisation intérieure. Pendant toute cette période et jusque vers 1880, il ne fut question que de créer des dispensaires-écoles pour l'instruction des infirmières destinées au Service de santé de l'armée. Entre 1880 et 1890, on commença à poser les premiers jalons d'une véritable action sociale. La conception de cette action était propre à la Croix-Rouge française. Celle-ci ne la devait qu'à elle-même. Les principes adoptés s'apparentaient cependant, en raison d'une inspiration d'origine commune à la doctrine établie par Dunant et par Ador.

....

A l'heure actuelle, et comme conséquence des modifications auxquelles nous avons fait allusion plus haut, la Croix-Rouge française se compose de trois sociétés..... Ces trois sociétés, autonomes et indépendantes, sont, par rang d'ancienneté : *la Société de secours aux blessés militaires*, créée en 1864, *l'Association des Dames françaises*, qui date de 1879, et *l'Union des femmes de France*, fondée en 1881. Ces trois groupements sont fédérés au sein d'un Comité central, destiné à unifier et à coordonner leur action. Elles sont toutes trois affiliées aux deux grands organismes internationaux de la Croix-Rouge. *Le Comité international de la Croix-Rouge*, à Genève, et *la Ligue des Sociétés de Croix-Rouge*, dont le siège est à Paris.

....

Elles (*infirmières*) sont admises, en vue de leur instruction, dans les écoles spéciales. A Paris, nous citerons l'*Ecole supérieure des Peupliers*, de la Société de secours aux blessés militaires, dirigée par Mlle Génin, qui s'est acquis une réputation mondiale. *L'hôpital-école de la Croix Saint-Simon, l'hôpital-école Michel-Ange*, de l'Association des dames françaises ; *l'hôpital-école Suzanne Perouse*, de l'Union des femmes de France. En province, cet enseignement est donné dans des dispensaires-écoles ; on *en compte* 445, répartis sur tout le territoire.

(1) *Les débuts de la Croix-Rouge en France*. Extraits des mémoires de Jean-Henri Dunant. Paris et Zurich, 1918, page 37.

(2) *Cf*. Noticesur la vie et les travauxde M. Gustave Ador (1845-1928), par Charles Lyon-Caen. Paris, 1929, page 33.

Les Livres de la semaine

Andréa Majocchi : **Une vie de chirurgien** ; trad. et ad. de l'italien par la Comtesse de Gencé ; in-8°, 384 p., 20 francs. (A. Michel).

Saidman (J.) et Meyer (Jean) : **Les ondes courtes en thérapeutique** ; 8°, 280 p., 131 fig., 40 francs (Doin).

Devraigne (L.) : **Puériculture sociale**. Puériculture. Stérilité. Dénatalité ; 8°, 290 p., 30 francs (Doin).

Dreyfus (G.) : **Thérapeutiques médicales d'actualité**, 2e année ; 8°, 476 p. (Doin).

Ségard (Maurice) : **Consultaire**. 120 consultations de tous les jours (6e éd.), 901 p., 50 francs (Maloine).

Cortesi (R.) : **Notes médicales du pharmacien**, 353 p., 28 francs (Maloine).

Martin (Pierre) : **Les côlites amibiennes ; les côlites à lamblias ; les côlites à trichocéphales** ; 144 p., 12 francs (Maloine).

Estripeaut (R.) : **Etude sur l'étiologie du cancer** ; 96 p., 15 francs. (Maloine).

Vidal (Paul) : **Le traitement spécifique et radical de la blennorragie** ; 32 p., 5 francs. (Maloine).

Fiessinger (Charles) : **L'hygiène des gens pressés**. Tome III. « La sagesse dans les traitements » ; rel. 20 francs (Edit. à l'Etoile).

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 16 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 18 AVRIL 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Travaux originaux
M. LOEPER, Mlle RIOM, P. PERREAU et L. ROY : Le déclenchement de certaines intoxications alimentaires 633
DALOUS, J. FABRE, et P. VALDIGUIÉ : Contribution à l'étude des hépatites diabétiques 637
H. EDELBERG : L'incontinence durable d'urine après une peur 641

Clinique chirurgicale
J. GUYOT : Sur un malade atteint de volumineuse hernie inguinale. 646

Actualités
Fr. VOIZARD : A propos de la guerre bactériologique 655

Thérapeutique
La protéinothérapie, par J. CHATAIN. 659

Revue de Presse parisienne 663
Revue de Presse étrangère par J. LAFONT 664
Sociétés savantes
Académie de Médecine 665
Les médicaments nouveaux 666
Thérapeutique spécialisée 666
Nouvelles 627
Echos et Glanures 668
Bibliographie 670

Supplément illustré

A propos de la collection Munaret. — Autour de Bichat : La Physique qu'on enseignait au Séminaire St-Irénée ; l'Hôpital militaire de Lyon en 1793. — Un hygiéniste du siècle dernier : Parent-Duchatelet (1786-1836). — Le coin des autographes : Bonaparte et la vaccine. — Vieilles demeures médicales : J.-D. Larrey, quai de Conti.

NOUVELLES

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. — *Cours spécial sur le traitement de décollement de la rétine.* — M. le Professeur F. Terrien, avec le concours de M. P. Veil, ophtalmologiste des hôpitaux et de M. A. Dollfus, ancien chef de clinique, fera un cours spécial sur le traitement du décollement de la rétine, du samedi 13 au jeudi 18 juin 1936.

Ce cours comprendra une série de huit leçons, avec démonstrations de malades et exercices pratiques.

Le droit d'inscription est fixé à 200 francs.

Se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté les lundi, mercredi, vendredi, de 1 heure à 3 heures avant le 1er mai, ou mieux, à l'A. D. R. M. (salle Béclard, Faculté de médecine) qui facilitera les formalités d'inscription.

Cours de perfectionnement 1936. — M. le Professeur F. Terrien, avec le concours de MM. les Professeurs Rathery, Regaud, Strohl et Tiffeneau, de MM. les Professeurs agrégés Velter et Dognon, de M. le Docteur Ledoux-Lebard, de MM. les Docteurs Ramadier, Renard, Veil, Cousin, Blum, Dollfus, Hudelo, Braun, Vallon et Joseph, fera un cours de perfectionnement d'ophtalmologie du vendredi 15 mai au 18 juin 1936.

Les leçons comporteront : I. Un exposé des plus récentes méthodes diagnostiques et thérapeutiques, des dernières acquisitions de la physiologie, de la neurologie oculaire et de l'optique physiologique.

II. La démonstration des perfectionnements apportés aux procédés chirurgicaux ou aux méthodes de traitement par agents physiques.

Ces leçons auront lieu : 1° Pour les exposés théoriques : à l'amphithéâtre de la clinique ; 2° pour les travaux de laboratoire : au Laboratoire de la clinique ; 3° pour la médecine opératoire : à l'Ecole pratique de la Faculté et au laboratoire de l'Hôtel-Dieu ; 4° pour les démonstrations d'électrothérapie, de radio et de radiumthérapie : à l'Institut d'électrothérapie et à l'Institut du radium (Fondation Curie).

A l'occasion de ce cours, des leçons magistrales seront faites par M. le Professeur Rathery (lésions diabétiques de l'œil), M. le Professeur Regaud (radiumthérapie oculaire), M. le Professeur Tiffeneau (pharmacologie ophtalmologique) et M. le Professeur Strohl.

Ce cours est divisé en deux séries : première série : clinique et laboratoire ; deuxième série : chirurgie oculaire.

Le droit d'inscription est fixé à 300 francs par série.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté les lundi, mercredi, vendredi, de 1 heure à 3 heures, avant le 1er mai, ou mieux, à l'A. D. R. M., salle Béclard (Faculté de médecine) qui facilitera les formalités d'inscription.

Première série : *Clinique et laboratoire.* — Première leçon *Relations entre les affections de l'œil et les maladies générales* : Etiologie générale de certaines réactions des membranes oculaires ou des milieux de l'œil (réactions conjonctivales, cornéennes choroïdiennes, iriennes, ciliaires, sclérales, cristalliniennes).

Deuxième leçon. *Examen biomicroscopique de la cornée* : La lampe à fente. Le microscope cornéen. La cornée normale à la lampe à fente. Aspects pathologiques : altérations séniles, dégénérescence marginale, lésions traumatiques, buées, bulles opacités ; infiltrations, stries, déchirure de la membrane de Descemet, anneau pigmenté, ligne de Stahli. Kératites : superficielles, interstitielles, profondes.

Troisième leçon. *Examen biomicroscopique de l'iris* : Aspect; de l'iris normal et de l'iris pathologique. Anomalies congénitales et altérations séniles. Altérations pathologiques : iritis, iridocyclite, atrophie irienne.

Quatrième leçon. *Examen biomicroscopique du cristallin* : Cristallin normal. Cataractes congénitales, séniles, traumatiques, secondaires. Cataractes choroïdiennes.

Cinquième leçon. *Bactériologie oculaire* : Examens de laboratoire dans les affections aiguës. Les différents bacilles. Exercices pratiques : culture, coloration, examen. Le laboratoire dans les affections chroniques : tuberculose, lèpres, pirochétose, majcoses. Exercices pratiques.

Sixième leçon. *L'immunité, la sérothérapie, la vaccinothérapie dans les infections oculaires* : Exercices pratiques. Préparation des vaccins.

Septième leçon. *L'optique physiologique* : Les vices de réfraction, leur mode de détermination. La prescription des verres correcteurs ; les nouveaux types de verres, leurs avantages.

Huitième leçon. *Le décollement de la rétine* : Notions pathogéniques. Diagnostic clinique (recherche de la déchirure, technique de son repérage) ; diagnostic de l'intervention (formes favorables et formes défavorables).

Neuvième leçon. *Syphilis et tuberculose des membranes profondes de l'œil* : Aspects cliniques. Caractères différentiels. Indications thérapeutique. Pronostic.

Dixième leçon. *Les hypertensions intra-oculaires* : Définition et limites de l'hypertension. Hypertension primitive. Hypertension secondaire. Indications thérapeutiques médicales et chirurgicales.

Onzième leçon. *Névrites optiques et névrites rétrobulbaires* : Relations entre les névrites et les affections de voisinage. Les névrites de stase. Valeur diagnostique. La ponction lombaire : sa valeur, séméiologique.

Douzième leçon. *Les tumeurs cérébrales* : Symptômes oculaires et valeur de localisation. Hémianopsies homonymes.

Treizième leçon. *Les hémianopsies hétéronymes* : Séméiologie. Diagnostic étiologique. Valeur de localisation. Les tumeurs chiasmatiques de la région.

Quatorzième leçon. *La circulation rétinienne* : La circulation rétinienne normale : artérielle, veineuse, capillaire. Troubles de la circulation artérielle. Torubles de la circulation veineuse. Hémorragies rétiniennes.

Quinzième leçon. *Radiothérapie et radiologie oculaires* : L'emploi des rayons X en ophtalmologie. Applications. Contre-indications. La radiologie : exploration de la cavité orbitaire et

des cavités voisines. Recherche des corps étrangers intra-oculaires.

Seizième leçon. *Radiumthérapie des tumeurs de l'œil et de l'orbite* (Institut municipal de radiumthérapie).

En outre, pendant la duré du cours, des leçons magistrales sur des sujets médico-ophtalmologiques à l'ordre du jour, seront faites par MM. les Professeurs de la Faculté de Paris.

Deuxième série. *Chirurgie oculaire.* — Première leçon. *Opération de la cataracte* : Extraction simple et combinée. Complications opératoires et post-opératoires.

Deuxième leçon. *Amélioration de l'opération de la cataracte* : Lambeau et pont conjonctival. Suture de la cornée. Extraction totale. Extraction à la pique. Discussion des différents procédés. Cataracte secondaire. Indications opératoires.

Troisième leçon. *Opérations sur la cornée, la sclérotique et l'iris.* *a*) Cornée : Kératotomie, paracentèse, tatouage, kératocone ; *b*) Iris : Iridectomies optiques.

Quatrième leçon. *Opérations antiglaucomateuses* : *c*) Sclérotiques : sclérotomies, sclérectomies, cyclodialyse. Iridectomies. Traitement du glaucome.

Cinquième leçon. *Ptosis* : Procédés opératoires Motais, Parinaud, Panas, Angelucci, Poulard, de Lapersonne, Gillet de Grammont. Discussion de leur valeur respective.

Sixième leçon. *Strabisme.* Orthophorie et hétérophorie. Strabismes latents et confirmés. Traitement orthoptique du strabisme.

Septième leçon. *Opérations sur la conjonctive et les paupières* : *Les autoplasties.* Traitement chirurgical de l'extropion. Réfections palpébrales. Greffes cutanées et muqueuses. Ptérygoïdes et ptérygions.

Huitième leçon. *Strabisme* : Indications du traitement chirurgical du strabisme. Discussion des différents modes d'intervention : tenotomie, avancements. Traitement du strabisme paraytique.

Neuvième leçon. *Plaies pénétrantes du globe oculaire* : Corps étrangers. Exploration à l'électro-aimant. Examen radiologique. Indications thérapeutiques.

Dixième leçon. *Opération de l'ectropion* : Suture. Excision de l'orbiculaire. Opération du trichiasis.

Onzième leçon. *Opérations sur l'appareil lacrymo-nasal* : Dacryoadénites et dacryocystites indications opératoires. Dacryocystorhinostomie.

Douzième leçon. *Suites éloignées des plaies du globe oculaire* : Ophtalmie sympathique. Conséquences médico-légales. Application de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

Treizième leçon. *Rapports étiologiques et pathogéniques entre les affections du nez, des sinus, de la gorge et des oreilles et les affections oculo-orbitaires.*

Quatorzième leçon. *Décollement rétinien* : Indications opératoires. Procédés récents d'intervention ; leurs résultats.

Quinzième leçon. *Symptomatologie, diagnostic et traitement des affections sinusiennes.*

Seizième leçon. *Opérations sur le globe oculaire et sur l'orbite* : Ablation du segment antérieur de l'œil. Enucléation. Exantération. Orbitotomie. Greffes et amélioration des moignons en vue de la prothèse.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de médecin des hôpitaux* (nomination). — Jury : M. le Professeur Gougerot, MM. les Docteurs Babonneix, Marchal, Hallé, Léchelle, M.-P. Weil, Jacquelin, Marquézy, Villaret, Darré, Basset.

Lyon. — Le concours ouvert pour la nomination d'un médecin des hôpitaux s'est terminé par la désignation de M. le Docteur Marcel Levrat.

Une journée bretonnienne. — Elle aura lieu, en juin, lors de l'inauguration d'une nouvelle salle de l'Ecole de médecine de Tours et de nouveaux services hospitaliers.

Une exposition d'histoire de la médecine à Tours. — L'exposition qui a lieu chaque année en mai à l'Hôtel de Ville de Tours, sera consacrée cette année à la médecine en Touraine à travers les siècles.

Les grands noms de la médecine sont, en effet, nombreux en Touraine, depuis Rabelais jusqu'à Bretonneau, Velpeau, Trousseau. L'exposition fera revivre leur mémoire en même temps qu'elle présentera un vaste tableau rétrospectif de l'art de guérir du Moyen-Age à nos jours. La direction en est assumée par M. Hennion, conservateur des Musées, avec qui collaborera M. Collon, archiviste paléographe. Les musées, les bibliothèques, l'Ecole de médecine et de pharmacie prêteront les documents, portraits, livres, instruments, vases, en leur possession. Les particuliers qui consentiront à participer à l'exposition sont priés de s'adresser le plus tôt possible à M. Hennion (au Musée des Beaux-Arts), ou au Docteur P. Hennion (119, rue George-Sand, à Tours).

L'Assemblée française de médecine générale à Nice. — L'assemblée française de médecine générale et les assises italiennes de médecine générale se sont réunies à Nice en une session commune, qui est appelée à un grand retentissement dans l'histoire des relations entre les deux pays latins. Six cent trente congressistes, dont deux cent cinquante Italiens, prirent part à ces assises, dont la séance inaugurale fut présidée par M. Médecin, député, maire de Nice, autour duquel on remarquait les Professeurs Zama, président des assises italiennes ; Carnot, président de l'assemblée française ; Cunéo ; M. Louis Madelin, de l'Académie française, président du Comité France-Italie ; le sénateur Borletti, président du Comité Italie-France ; M. Mignon, directeur du centre universitaire méditerranéen ; le médecin général inspecteur Rouvillois, inspecteur général du Service de santé ; les Professeurs Imbert, Castaigne, Monvial, Fiessinger, Olmer, Minet, Malocchi, Gasparini, Bezançon, Quanelli ; le Docteur Godlewski, secrétaire général ; les Docteurs de Martel, Rietti, Richet, etc.

Après une allocution de M. Médecin, le Professeur Bezançon parla au nom de l'Académie de médecine ; il exprima l'admiration de la médecine française pour sa sœur italienne et assura les Italiens que « malgré les difficultés de l'heure, voyant autour d'eux tant d'initiative heureuse, tant de droiture, tant d'honnêteté, leurs amis de France sont avec eux dans la bonne comme dans la mauvaise fortune ».

Une séance de travail fut ensuite consacrée aux « séquelles de l'appendicite chronique opérée ». Prirent part à la discussion les Professeurs Castaigne, Quanelli, Donati, Malocchi et Solieri.

A 13 heures, un banquet de 650 couverts réunit les congressistes à la Jetée-promenade. Les deux discours essentiels furent ceux de M. Louis Madelin et du sénateur Borletti. Celui-ci parla du charme de Nice que baigne la mer qui unit la France et l'Italie. Il évoqua ensuite les jours que vit actuellement son pays, jours de bonheur malgré ceux qui se refusent à comprendre, car il a la certitude de faire triompher la civilisation sur la barbarie et l'esclavage. Il se déclare plein d'assurance et de confiance dans les sentiments inaltérables du peuple français. M. Louis Madelin, répondant à ce discours, fait l'éloge de la culture romaine qui a protégé l'Europe naissante contre la barbarie, de l'esprit latin qui seul peut lutter contre la mentalité saxonne et la mentalité slave. Il est nécessaire, dit-il que la latinité retrouve toute sa force, que les nations héritières de Rome reprennent leur rôle et pour cela il faut d'abord l'union absolue de la France et de l'Italie qu'aucune querelle politique ne doit diviser. Une guerre entre ces deux nations serait une guerre civile et représenterait la chute du monde entier dans les ténèbres. « Nos mains, dit-il, quand elles paraissent désunies, cherchent la hampe du même drapeau et si d'autres nations cherchent à troubler notre entente, toujours nos mains se retrouveront à l'heure du danger. » Ces deux discours ont été accueillis par des applaudissements enthousiastes. (*Le Temps.*)

Guerre. — *Comité consultatif de santé.* — Sont nommés, pour l'année 1936 :

Membre titulaire : M. le médecin général Paitre, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, déjà membre consultant, en remplacement de M. le médecin général inspecteur Sacquépée, placé dans la 2e section du cadre des officiers généraux.

Membre consultant militaire : M. le médecin lieutenant-colonel Fribourg-Blanc, professeur agrégé du Val-de-Grâce, de l'hôpital Bégin, à Saint-Mandé, en remplacement de M. le médecin général Paitre, nommé membre titulaire.

Journées médicales de la Faculté libre de médecine de Lille (15-16-17 mai 1936.) — La huitième session des « Journées médicales » aura lieu du 15 au 17 mai. S'inscrire dès maintenant pour le banquet de clôture, qui aura lieu le dimanche 17, à l'hôtel Bellevue, et auquel les dames sont invitées.

Le programme définitif des Journées paraîtra incessamment.

M. le Docteur Louis Bazy, chirurgien des hôpitaux de Paris, secrétaire général de l'Académie de chirurgie et M. le Docteur Clovis Vincent, médecin de l'hôpital de la Pitié feront une conférence.

XVIe Banquet du Syndicat des médecins de la Seine. — Le seizième banquet annuel du Syndicat des médecins de la Seine aura lieu *samedi* 16 mai 1936, à 19 h. 30, dans les Salons de l'Hôtel Continental, 2, rue Rouget-de-l'Isle, sous la présidence de M. le Docteur Hartenberg, ancien président du Syndicat des médecins de la Seine et de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine.

Un bal suivra le banquet dès 22 h. 30. Les parents et amis des membres du S. M. S. y sont cordialement invités, ainsi que tous les étudiants en médecine, civils et militaires (internes des hôpitaux et médecins stagiaires du Val-de-Grâce).

Pour les cartes d'invitation au bal et tous renseignements, s'adresser au siège du Syndicat des médecins de la Seine, 28, rue Serpente.

Hôpital civil de Tunis. — Un concours sera ouvert, à la Faculté de médecine, à Paris, le lundi 8 juin 1936, à 9 heures du matin, pour un emploi de médecin des hôpitaux, à l'hôpital civil français, à Tunis.

La liste d'inscription sera close le 7 mai 1936.

Hôpital Sadiki. — Quatre places d'interne (une en chirurgie, une en ophtalmologie, une en radiographie, une en médecine générale) sont actuellement vacantes à l'hôpital Sadiki, à Tunis.

Les conditions générales sont les suivantes : nationalité française ou tunisienne, vingt inscriptions.

Le classement aura lieu sur titres.

Adresser les demandes à M. le directeur de l'hôpital Sadiki, à Tunis.

Avantages accordés : traitements, 1re année, 9.000 francs ; 2e année, 10.000 francs ; 3e et 4e années, 11.000 francs.

Une indemnité complémentaire annuelle de 2.000 francs est allouée aux internes titulaires du diplôme de docteur en médecine d'une Université française. Logement, chauffage, éclairage, blanchissage. Remboursement de la traversée.

Association générale des médecins de France. — *Bourses familiales du Corps médical* (Fondation de M. le Docteur Roussel). — Il est rappelé que des bourses annuelles de 10.000 francs ont été créées par le Docteur Roussel, en faveur des médecins ayant au moins cinq enfants et des veuves en ayant trois à leur charge, et dont la situation est particulièrement digne d'intérêt.

Comme les années précédentes, les demandes devront être adressées au siège de l'Association générale des médecins de France, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe), pour le 1er mai au plus tard.

Les confrères ou veuves qui se sont déjà mis en instance devront avertir par lettre du maintien de leur candidature pour 1936.

La pratique des régimes à Vichy. — Pour la saison 1936 il est créé à l'établissement thermal de Vichy un bureau de surveillance médicale des régimes alimentaires qui assurera la direction et l'organisation pratique de la diététique dans tous les hôtels de la station.

Création d'un Comité d'études des radiations nocives. — Président, le vicomte Henry de France ; secrétaire générale, le Docteur Andrée Besson. Les objets proposés à l'activité de ce nouveau groupe de chercheurs sont de :

1° Centraliser toutes les observations relatives aux radiations nocives (détection, topographie, causes, effets nuisibles, remèdes, etc.) ;

2° Informer, par des articles de presse et des conférences, les milieux scientifiques et l'élite intellectuelle des dangers multiples que font courir à la santé publique certaines radiations (telluriques, cosmiques ou autres) ;

3° Créer des comités nationaux d'études de ces radiations ;

4° Demander à tous les principaux groupements radiesthésiques existant actuellement de bien vouloir :

a) Mettre à l'ordre du jour d'une de leurs prochaines séances l'étude de ces radiations et des remèdes à envisager contre leur nocivité ;

b) Désigner un ou plusieurs de leurs membres qui seraient chargés de remplir les fonctions de délégués régionaux ou de correspondants locaux, lesquels se tiendraient en contact avec le Comité international d'études des radiations nocives (C. I. E. R. N.) et, si possible, assisteraient aux séances de cet organisme.

5° Publier périodiquement des comptes rendus de ses travaux.

Il a été décidé que le Comité se réunirait trimestriellement (la prochaine réunion aura lieu en mai prochain).

Groupement philatélique médical. — *Le Toubib* vient de réaliser au sein de son Office de solidarité confraternelle (O. S. C.) destiné à faire bénéficier ses lecteurs des plus grosses remises possibles sur tous leurs achats et à améliorer leur vie matérielle, une Section philatélique qui groupera les médecins, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes, les vétérinaires et les sages-femmes, ainsi que leurs familles et les représentants de toutes les professions para-médicales, et qui est en mesure de procurer dès maintenant des avantages multiples et nouveaux, accordés nulle part ailleurs et remboursement bien au delà la cotisation fixée à 15 francs par an pour les adultes, 10 francs pour les enfants.

Demander tous renseignements, avantages et règlements au *Toubib*, 5, rue du Louvre, Paris (VIIIe) pour Section philatélique et pour Office de solidarité confraternelle, s'il y a lieu, avec deux timbres pour réponse.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le déclenchement de certaines intoxications alimentaires

Par **M. LOEPER**, Mlle **RIOM**, **P. PERREAU** et **L. ROY**

Nous ne traiterons point ici des produits toxiques ajoutés aux aliments, dans un but de conservation ou de fraude et qui n'ont rien de commun avec les poisons alimentaires ; non plus que des contaminations microbiennes plus ou moins spécifiques qui sont des toxi-infections et donnent naissance à des maladies définies. Nous envisagerons seulement la toxicité propre de l'aliment, c'est-à-dire sa substance même, sa constitution chimique qui subit au cours de la préparation, de la digestion ou de l'assimilation des transformations quasi anonymes et fatales.

Une telle toxicité tient, certes, dans bien des cas, au sujet qui en est victime ; elle se manifeste chez des prédisposés hypersensibles et par là intolérants. Mais elle est plus fréquente, plus facile, avec certains produits alimentaires qu'avec d'autres, et les substances protéiques et lipidiques en sont plus spécialement responsables.

L'hypersensibilité peut d'ailleurs être mise en évidence par des cuti-réactions ou des intra-dermoréactions dont le résultat positif permet non seulement de reconnaître l'aliment nocif ou la catégorie à laquelle il appartient, mais aussi de tenter une désensibilisation par des injections infinitésimales de substance semblable.

***

Nous avons dans une communication précédente (1) étudié quelques syndromes toxiques dont l'origine alimentaire et intestinale nous paraissait évidente.

Nous avons fait voir que leur point de départ était aussi bien dans l'absorption d'aliments d'apparence parfaite et d'intégrité absolue, que d'aliments conservés ou avariés ; plus parfois, ce qui semble paradoxal, des premiers que des seconds.

Les premiers accidents en date sont des accidents locaux : vomissements, nausées, douleurs gastriques. Ils ressortissent à des lésions congestives, œdémateuses de la muqueuse gastrique, mais superficielles et éphémères, dont le substratum a été vérifié par nous-mêmes à l'examen cytologique du contenu gastrique (2), par d'autres à l'examen gastroscopique (3).

Les seconds sont des accidents intestinaux et coliques dont la manifestation peut être à la fois le spasme, l'entéralgie, la diarrhée, la mucorrhée; les troisièmes des accidents hépatiques qui pourraient aller jusqu'à l'hépatite du type catarrhal. (Eppinger, Caroli, etc.).

Les derniers, des accidents généraux et qui portent comme une stigmate spécifique, puisqu'on y peut relever le myosis, la sialorrhée, l'exagération du réflexe oculo-cardiaque, le vertige, l'hypotension artérielle, le prurit et l'urticaire.

C'est une vraie petite maladie avec ses quatre étapes subintrantes ou séparées.

La substance toxique n'est pas elle-même la protéine, du moins dans sa totalité, elle ne paraît pas être non plus les protéoses secondaires ou les polypeptides qui en naissent, mais bien des produit plus quintessenciels, des *monamines* nettement définies dont la principale n'est autre dans bien des cas que l'histamine ou un corps très voisin.

Déjà les aliments contiennent parfois cette histamine en nature et les dosages de gibier, de poisson, de pâtés, de saucisses, de triperie, comme le foie et le rein, qu'ont faits Hanke et Kesseler, Best et Scott et nous-mêmes ont pu l'y caractériser. Mais ils peuvent contenir seulement les imidazols, souches d'histamine, c'est-à-dire la carnosine et l'histidine, dont les tissus musculaires de bœuf, de veau, de porc, le foie, le sang, le boudin sont assez riches.

Nous avons donné aux premiers de ces aliments le nom d'*histaminophores* et aux seconds celui d'*histaminogènes*, voulant ainsi préciser le caractère immédiatement toxique des uns, et le caractère accidentellement toxique des autres.

***

La sortie de l'histamine dépend dans le tube digestif, depuis l'estomac jusqu'au grêle, moins peut-être dans le colon, de la transformation de l'histidine et de la carnosine. De nombreux microbes effectuent cette transformation : tels que le bacille aminophilus de Berthelot qui est proche parent du pneumobacille et du bacille lactique aérogène ; quelques espèces de coli, et aussi le proteus, le typhique et le pyocyanique.

En plaçant à l'étuve avec MM. Duchon et Lesure des milieux de culture rigoureusement préparés, contenant 1,65 % d'albumines exactement dosée, nous avons vu dans certains cas le taux d'albumine s'abaisser de moitié, tandis qu'apparaissait une proportion d'histamine qui va de quelques milligr. pour le coli, à 11 % pour le typhique et à 90 pour le pyocyanique. La production de l'histamine est proportionnelle à l'abaissement de l'albumine ; elle dépend donc strictement de sa transformation ; elle se poursuit pendant quinze jours pour se ralentir ensuite et quelquefois s'éteindre vers le trentième. Peut-être peut-on comprendre ainsi qu'une forte pullulation microbienne épuise rapidement la substance toxique et que la toxicité ne s'élève pas toujours avec la putréfaction.

Hanke et Kesseler avaient bien vu la nécessité d'ajouter au milieu de culture, en plus de la substance protéique, une certaine quantité de glucides. Le glucide est en effet générateur d'acides et l'acidité facilite la formation de l'histamine grâce à la décarboxydation de la substance dont elle provient.

Voilà donc dès le début du tube digestif l'acidité fréquente de l'estomac, puis celle possible de l'intestin, capable de former très aisément un corps toxique aux dépens d'un autre corps voisin qui, préalablement à cette transformation, ne l'est pas.

Formée dans le tube digestif, l'histamine ne passe pas fatalement dans l'organisme.

Elle peut fort bien être arrêtée par la glande hépatique. Les veines du foie se contractent et ralentissent la résorption.

Au dire d'Eppinger un certain œdème du foie pourrait même en être la conséquence.

(1) M. Loeper, M. Perrault et A. Lesure. — Syndromes histaminiques d'origine intestinale. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 112, n° 38, 27 novembre 1934.

(2) M. Loeper et R. Fau. — Le substratum des brûlures d'estomac. *Gaz. des Hôpitaux*, 24 mars 1936.

(3) Chevallier. — *Journal de Médecine de Lyon*, 25 janvier 1936.

Il n'est pas douteux que la cellule hépatique elle-même puisse dissocier l'histamine, en isoler l'élément amidazol, l'acétyler et lui ravir ainsi sa toxicité.

Ainsi peut du moins faire le foie sain, mais le foie malade ne se comporte pas de même, et l'histamine peut rester telle et passer dans l'organisme. Là elle détermine ses réactions physiologiques habituelles et réalise pendant un temps plus ou moins long tout un ensemble de troubles toxiques assez nettement déterminés et presque spécifiques.

Tel est, croyons-nous, le mécanisme primordial de certaines intoxications alimentaires, avec tout leur cortège de manifestations étagées : digestives, hépatiques, puis nerveuses et générales.

Il n'est pas le seul.

***

Certains faits que nous avons observés récemment nous font supposer que l'histamine peut encore naître dans les tissus et qu'elle peut y naître d'une *transformation sur place* de l'histidine en histamine.

Déjà, dans nos recherches avec Mahoudeau et Lesure sur les extraits hépatiques, nous avons montré la possibilité d'intoxication par ingestion d'extraits de foie (1). Nous avons voulu nous rendre compte de l'action non plus de l'ingestion, qui ressortit aux intoxications digestives et s'explique par un mécanisme semblable, mais de l'injection qui n'emprunte point la voie entérale et ne peut *dépendre des transformations* qui s'y produisent naturellement.

Chez plusieurs malades dont une néphrétique anémique et deux hépatiques, nous avons pratiqué l'injection hypodermique d'extraits hépatiques désalbuminés complètement dépourvus d'histamine et nous avons vu chez eux se produire trois ordres d'incidents : l'hypotension artérielle qu'avaient déjà signalée Best et Scott, la vaso-dilatation cutanée, le prurit, l'urticaire et enfin l'œdème des paupières et de la face.

L'hypotension et la vasodilatation sont immédiates ; le prurit et l'urticaire sont plus tardifs. Quant à l'œdème il a fallu pour le déterminer quatre piqûres de 2 cent. cubes représentant les produits aminés de 400 grammes de foie.

Il nous parait probable que cet œdème qui est le phénomène le plus curieux, le plus original et le plus spécifique est le résultat de l'action non de l'histamine elle-même mais de la transformation de l'histidine dans les tissus (2).

L'hypothèse est vraisemblable sinon vraie : il suffit pour la valider de recourir aux intra-dermoréactions. Nous avons utilisé les solutions d'histidine au 1/10 ou d'histamine au 1/1000 que fournit couramment le commerce. De ces deux solutions nous avons injecté 2 gouttes à des sujets sains, ou sensiblement normaux. Chez tous l'histamine donne un résultat immédiat caractéristique, plus ou moins accentué, étendu et constant et en général éphémère. *Mais chez aucun l'histidine ne donne l'ombre d'une réaction.*

Nous avons choisi alors deux hépatiques et un rénal parmi les cinq malades présentés.

L'histamine ne s'est guère montrée chez eux plus irritante que chez les normaux. Mais l'histidine a donné chez les cinq une réaction marquée qu'elle ne donnait pas chez les autres et identique à celle de l'histamine : petite tache blanchâtre entourée d'une aréole rouge, puis tache rouge plus ou moins étendue et durable et légèrement prurigineuse.

L'histidine devient donc vaso-dilatatatrice prurigineuse, irritante, nocive comme l'histamine chez certains sujets. Il n'est pas douteux qu'elle a dans les tissus subi une transformation.

A quoi est due cette transformation ? A l'acidité même, croyons-nous, de ces tissus. La responsabilité de l'acidose d'ailleurs s'affirme dans une épreuve de contrôle vraiment significative.

Tous ceux qui ont réagi à l'histidine ont une réserve alcaline basse de 27 à 35 ou 47. Ceux qui n'ont pas réagi, quoique atteints de même maladie, ont une R. A. normale de 60 et au delà.

Nous avons tenté de relever la réserve alcaline et la réaction a disparu. Ces mêmes sujets qui présentaient une réaction à l'histidine ont pris quotidiennement 5, 10 et jusqu'à 20 grammes de bicarbonate de soude, leur réserve alcaline s'éleva à 56 et 61. Lorsque nous pratiquâmes à nouveau les deux réactions histamine et histidine, la première resta absolument identique, et la seconde devint complètement négative.

Une réaction positive à l'histidine semble donc un témoin de l'acidité sanguine.

Nous n'insistons pas aujourd'hui sur la valeur qu'elle peut avoir dans le diagnostic et la mesure de cette acidité.

Nous nous contentons de souligner pour l'instant son intérêt biologique et pathologique.

***

Que l'histidine vienne des aliments ou qu'elle se forme dans l'organisme lui-même, il suffit d'une variation de l'équilibre acido-basique pour qu'elle devienne nocive par sa transformation facile et rapide.

Ainsi s'explique l'apparition chez certains sujets de troubles toxiques après l'absorption d'aliments d'apparence inoffensive. Ainsi s'explique le caractère toujours assez semblable de ces troubles, quelle que soit la nature ou la composition de l'aliment, quelle que soit l'atteinte ou l'intégrité du tube digestif. Si la fréquence est grande la prévention n'est peut-être pas absolument impossible. Le résultat, obtenu parfois par les médicaments alcalins qui modifient le milieu intestinal et le milieu intérieur, est assez encourageant. L'alcalinisation est indispensable surtout chez les sujets prédisposés; elle doit être associée au charbon qui adsorbe et fixe les produits toxiques. Ce sont les deux médications préventives. L'adrénaline reste la médication curative qui combattra les accidents quand ils se seront manifestés.

Je crois que s'il arrivait que beaucoup de docteurs ès sciences n'ayant point subi d'autre formation que celle de la Faculté des Sciences soient admis à enseigner dans les Facultés de médecine (surtout à titre de chefs de travaux, car les chefs de travaux sont en contact plus permanent et plus intime avec les élèves que les professeurs parlant *ex cathedra*), il en résulterait rapidement une véritable déviation et l'abaissement des études médicales... Il en résulterait d'ailleurs aussi un abaissement du doctorat ès sciences. Certains voudraient devenir docteur ès sciences qui n'y auraient jamais pensé, et, l'expérience est là pour nous dire qu'on les admettrait d'autant plus facilement qu'on saurait qu'ils ne visent point l'enseignement des Facultés de sciences. (R. ANTHONY. — La formation médicale. *Journal des Praticiens*, 11 mars 1936.)

---

(1) LOEPER MAHOUDEAU et LESURE. — Imidazolurie par absorption d'extrait de foie. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, n° 17, 18 mai 1934.

(2) M. LOEPER, M. PERRAULT et A. VARAY. — Œdème et imidazol. *La Presse Médicale*, 1935.

Contribution à l'étude des hépatites diabétiques

Par MM. **DALOUS**, **Jacques FABRE**
et **Paul VALDIGUIÉ** (Toulouse)

Il est peu de chapitres de la pathologie où les investigations bio-chimiques aient plus que dans l'étude du diabète détrôné les disciplines anatomo-cliniques. Ce discrédit s'explique peut-être par les résultats souvent paradoxaux des constatations nécropsiques, qui ne fournissent pas toujours le substratum des troubles humoraux observés durant la vie. Peut-être la complexité du système glycorégulateur, la multiplicité des facteurs d'hyperglycémie ou d'acidose ont-elles éparpillé les efforts, découragé les recherches. A telles enseignes que dans un article récent MM. Labbé, Boulin et Balmus ont pu regretter le peu d'importance accordée, même dans les traités les plus complets et les plus récents, aux lésions d'un organe aussi important que le foie dans l'équilibre glycémique. « Il semble même, écrivent-ils, qu'on soit venu à négliger exagérément les altérations du foie dans le diabète ». Celles-ci doivent cependant être minutieusement étudiées, car la glande hépatique, bien que déchue du rôle de premier plan que lui avait donné Claude Bernard, a une importance considérable dans le métabolisme des sucres et très probablement dans le maintien de l'équilibre acide-base.

Les examens anatomo-pathologiques du foie de diabétiques révèlent des lésions disparates et souvent peu spécifiques, sauf dans les cas de cirrhose bronzée. Ce sont des images de cirrhose annulaire sans particularités histologiques qui seraient dues aux troubles de la glycémie, ou une dégénérescence graisseuse de fréquence variable suivant les auteurs. Enfin — et cette dernière éventualité quoique peu fréquemment rapportée, nous semble d'importance — l'examen microscopique montre des lésions dégénératives de la cellule hépatique, voisines de celles que l'on a observées au cours des hépatites toxiques.

L'un de nous s'est attaché, dans sa thèse, à compléter les notions classiques, en décrivant les lésions observées sur des pièces de diabète sucré, clinique ou expérimental. L'atteinte hépatique lui est apparue comme absolument de règle, diffuse, atteignant tout l'organe et intéressant avant tout les cellules parenchymateuses. Mais le tissu conjonctif ne reste pas toujours indemne, et en de nombreux points il a observé une réaction cellulaire fibroblastique au niveau des espaces de Kiernan. Ces lésions hépatiques sont surtout accusées dans les trois cas de diabète expérimental du chien, où la dégénérescence diffuse ou totale du foie est au premier plan. La zone la plus altérée est parfois la zone centro-lobulaire, dans d'autres cas les atteintes cellulaires sont diffuses, sans systématisation. Et le tissu conjonctif des espaces portes est hyperplasié sans que l'examen histologique montre des images d'angiocholite ou d'inflammation vasculaire artérielle ou veineuse.

MM. Marcel Labbé, Boulin et Balmus ont récemment rapporté quatre observations de diabète acido-résistant possédant, comme traits communs anatomo-pathologiques, une augmentation de volume du foie, une disparition de l'ordonnance normale de la travée hépatique et des altérations cellulaires, mucléaires ou protoplasmiques. Ils rapprochent ces hépatites diabétiques des hépatites toxiques et insistent sur l'importance des dégénérescences hépatiques, graisseuses ou non, dans la production des diabètes insulino-résistants.

Nous avons eu l'occasion de faire l'examen histologique du foie de deux malades décédés tous deux dans notre service de coma diabétique. L'insuline n'avait pu, dans l'un ou l'autre cas, réduire l'acidose et aucune infection intercurrente ne put être décelée chez eux par l'examen clinique et par la vérification nécropsique.

Observation n° 1. — Mars..., femme de 54 ans, diabétique depuis longtemps et traitée à l'insuline. Entre à l'Hôtel-Dieu (Service du Professeur Dalous) dans le coma, ayant eu la veille des vomissements et après une période où le traitement insulinique avait été un peu négligé. Le coma est complet. la résolution musculaire absolue. Le pouls est accéléré, la tension artérielle à 10-6. Température : 38°8 ; les téguments sont pâles, les extrémités refroidies. La respiration se fait suivant le rythme de Kussmaul. Les urines présentent une forte réaction de Legal et de Gerhardt.

La malade, entrée à 11 heures, le 19 décembre 1933, reçoit aussitôt une injection de 80 unités d'insuline accompagnée de 10 c. c. d'huile camphrée et d'une injection intraveineuse de 1/4 de mmgr. d'ouabaïne. On injecte en même temps 250 c. c. de sérum glucosé isotonique et 150 c. c. de sérum bicarbonaté à 17 p. 1.000. Les examens de laboratoire sont pratiqués à 12 h. 30, 1 h. 30, après la première injection d'insuline. Dans l'après-midi la malade reçoit 20 unités d'insuline toutes les deux heures, à 13 heures, 15 heures et 17 heures, avec des injections de sérum glucosé en quantité telle qu'on idjecte 1 gramme de glucose par unité d'insuline. Nouvelle injection de 1/4 de mmgr. d'ouabaïne à 17 heures. Le second prélèvement de sang et d'urine est fait à 18 h. 30, trois quarts d'heure après une injection de sérum glucosé et 1 h. 30 après une injection d'endopancrine.

La malade paraît sortir du coma tard dans la soirée. Le lendemain, malgré la continuation de l'insuline (trois injections de 20 unités pendant la nuit, 60 unités le matin) l'injection de sérum glucosé (500 c. c.) d'huile camphrée, de spartéine et de caféine, la malade retombe dans le coma. La dyspnée n'a plus le caractère de Kussmaul typique. La malade meurt à 14 heures.

Examens de laboratoire. — Trois groupes de prélèvements ont été faits :

Premier prélèvement : le matin à 12 h. 30, 1 h. 30 après l'injection de 60 unités d'insuline, on prélève sang et urines celles-ci par sondage. L'élimination acétonique pulmonaire est également étudiée.

Deuxième prélèvement : le soir à 18 h. 30, trois quarts d'heure après une injection de sérum glucosé et 1 h. 30 après une injection de 20 unités d'insuline, on prélève sang, urines et liquide céphalo-rachidien.

Troisième prélèvement : fait le lendemain matin à 10 heures. Il ne peut servir qu'au dosage de l'urée sanguine.

Enfin, un nouvel examen est fait sur le sang, l'urine et le liquide céphalo-rachidien recueillis 2 heures après la mort. On examine aussi, afin d'y doser les corps cétoniques, les organes suivants : foie, reins, muscles, pancréas.

Examen du sang : Glycémie à l'entrée, 4 gr. 35 p. 1.000, réserve alcaline : 18,2 p. 100.

Dosage des corps cétoniques :

	Acétone totale gr. p. 1.000	Ac. B-hydroxybut. gr. p. 1.000
Premier prélèvement, 12 h. 30 :		
plasma	0,410	1,763
globules	0,309	0,175
Deuxième prélèvement : 18 h. 30 :		
plasma	0,520	1,536
globules.............	0,412	0,206
Sang *post mortem* :		
sang total	0,095	1,502

Au cours du deuxième prélèvement, la réserve alcaline est remontée à 29,5, elle est, le lendemain, à 33,1. L'urée sanguine est à 0,56 puis 0,61 lors des premier et deuxième dosages.

Elle monte le lendemain matin à 1 gr. 28 pour arriver, après la mort, à 1 gr. 31.

Elimination urinaire :

	Acétone totale gr. p. 1.000	Ac. B-hydroxybut. gr. p. 1.000
à 12 h. 30	1,132	4,421
à 18 h. 30	1,548	4,830

Autres recherches faites sur l'urine :

urée	7 gr. 1 p. 1.000
glucose	35 gr. 5 p. 1.000
pH	4,2
présence d'albumine	0 gr. 10 p. 1.000

Elimination pulmonaire : Trois séries de dosage sont faites :

1° De 12 h. 45 à 13 h. 30 acétone éliminée 0 gr. 0637, soit 0 gr. 112 en 1 heure.

2° De 13 h. 30 à 14 heures, acétone éliminée 0 gr. 0716, soit 0 gr. 143 en 1 heure.

3° De 18 h. 20 à 18 h. 55, acétone éliminée 0 gr. 0888, soit 0 gr. 152 en 1 heure.

Ces chiffres, rapportés à 24 heures, donneraient une élimination moyenne de : 3 gr. 648.

Examen des humeurs. — Le dosage des corps cétoniques dans le liquide céphalo-rachidien, a donné les résultats suivants :

	Acétone	Ac. B-hydroxybut.
L. CR. 18 h. 30	0,805 p. 1.000	1,301 p. 1.000
L. CR. *post-mortem*	0,047 p. 1.000	0,111 p. 1.000

Examen des organes :

	Acétone totale gr. p. 1.000	Ac. B-hydroxybut. gr. p. 1.000
Rein	0,553	1,394
Foie	0,757	0,454
Pancréas	0,207	2,093
Muscles	0,310	1,872

Observation n° 2. — C..., 40 ans, aucun antécédent connu. Entre dans le service le 10 avril en plein coma. Tension 12-8 au Vaquez. Dans les urines glucose en quantité modérée. Réaction de Legal et de Gerhardt positives, pas d'albuminurie, pas de cylindrurie. — Glycémie = 3 gr. p. 1.000. Azotémie = 0,30 p. 1.000. Réserve alcaline 13,7, volumes de CO^2 p. 100., Corps acétoniques 2 gr. p. 1.000.

Malgré l'injection dans la journée de 200 unités d'insuline le malade meurt dans la nuit.

L'autopsie montre une foie volumineux, graisseux, pesant 2 kgr. 300 ; des reins légèrement congestionnés ; un pancréas macroscopiquement normal.

Des fragments de divers organes sont prélevés pour l'examen microscopique. Nous n'étudierons ici que les lésions hépatiques.

Les pièces ont été prélevées d'une manière très précoce et fixées dans divers liquides : Formol à 1/10 (Bouin, Helly, Morel-Dalous) (bichromate formol acétique).

L'étude histologique nous a permis de retrouver les images déjà décrites dans les traités et les publications classiques et de compléter sur quelques points les notions acquises.

Dans nos deux cas, la disparition de l'ordonnance trabéculaire des cellules hépatiques est évidente. La dislocation est plus marquée dans l'observation II bien que la congestion des sinus y soit beaucoup moins accusée que dans l'observation I. Ce phénomène n'est donc pas de cause uniquement mécanique. La précocité extrême des prélèvements permet par ailleurs d'éliminer un artefact cadavérique. Cette image traduit véritablement un état dégénératif de la glande.

Les cellules hépatiques sont altérées d'une manière extrêmement irrégulière, et à l'inverse de ce que l'on a pu constater pour d'autres hépatites toxiques, les éléments les plus altérés ne se rencontrent pas dans nos deux cas, au niveau de la zone centro-lobulaire. L'atteinte n'est pas régionale, elle n'obéit pas à une systématisation histo-physiologique, elle est avant tout individuelle et probablement conditionnée par l'état antérieur de l'élément. Il y a asymétrie lésionnelle et non systématisation topographique.

Les modifications que nous avons observées au niveau des éléments glandulaires intéressent le noyau, le protoplasma et ses enclaves. Mais, au sein même de la cellule existe, là aussi, une asymétrie lésionnelle et le parallélisme des atteintes nucléaires et cytoplasmiques manque souvent.

Les observations de MM. Labbé, Boulin et Balmus indiquent l'inégale atteinte des noyaux. Quelques-uns sont normaux, d'autres au contraire, pycnotiques ou peu colorables. Nous avons pu faire dans nos coupes, des observations semblables. Mais à côté de ces altérations, nous avons rencontré une dégénérescence nucléaire d'un type beaucoup moins banal. Elles est d'observation surtout facile dans notre cas II. La chromatine se raréfie en même temps que le noyau devient plus volumineux. Cette évolution atropho-hypertrophique donne naissance à un aspect pseudo-cristalloïde du noyau. Le nucléole persiste seul, tassé contre la membrane nucléaire et finit par disparaître. L'image obtenue en dernière analyse est celle d'une formation irrégulière, chiffonnée, paraissant optiquement vide. C'est un aspect très voisin de celui du noyau flétri, indiqué par Rathery et par Nanta dans les hépatites toxiques. Nous même l'avons retrouvé et décrit dans les hépatites dues au bacille perfringens. Cette atteinte nucléaire est, elle aussi, individuelle. Dans certains éléments binucléés, disposition normale au niveau de la glande hépatique, un des noyaux peut présenter la dégénérescence que nous venons de décrire, tandis que l'autre est en tout point normal.

Le protoplasma est plus ou moins trouble, le plus souvent de réaction neutrophile. Nous n'y avons pas observé les « mottes basophiles » résultant de la désintégration du chondriome, et l'acidophilie pathologique du cytoplasme qui succède à la disparition de cet élément figuré.

La dégénérescence graisseuse est extrêmement variable dans son intensité. Elle ne présente que très rarement dans nos coupes cet aspect massif, total, que l'on observe par exemple dans les cirrhoses graisseuses ou dans la stéatose de l'intoxication phosphorée. Seuls, quelques éléments cellulaires apparaissent réduits à une mince couronne protoplasmique cerclant une volumineuse et unique goutte graisseuse. Le plus souvent il s'agit d'un fin tatouage de globules gras. Cette disposition apparaît surtout sur les coupes à congélation et colorées par le Scarlach ou le Soudan III, car le fin volume des gouttelettes ne permet pas, sur les coupes à paraffine de se rendre aussi parfaitement compte de la richesse des inclusions graisseuses. Dans la très grande majorité des éléments cellulaires, il s'agit beaucoup plus d'une infiltration graisseuse que d'une véritable dégénérescence homogène et totale.

Dans un de leurs protocoles d'examen histologique, MM. Labbé, Boulin et Balmus mentionnent dans l'intimité des cellules la présence d'un pigment ocre. L'un de nous a noté dans une observation de diabète expérimental, l'existence d'un pigment brun. Nous avons également trouvé dans notre observation II, des cellules tatouées d'un pigment brun. Il n'existait dans aucun de ces cas de signes cliniques de cirrhose bronzée.

Nous nous sommes attachés à préciser la nature de ce pigment, et les recherches histo-chimiques nous ont montré qu'il possédait les affinités tinctoriales et les propriétés des pigments du groupe des mélanines. Ce pigment est semblable à celui que nous avons déjà décrit dans d'autres hépatites toxiques (intoxication phallinique, barbiturique, anesthésique) ou infectieuse (septicémie à perfringens, spirochétose ictéro-hémorragique). La présence de ce pigment est un test d'insuffisance hépatique, d'interprétation difficile, mais impressionnant par sa fréquence.

Dans nos deux observations le tissu conjonctif des espaces portes est hyperplasié et infiltré de cellules rondes, sans que l'on puisse néanmoins porter le diagnostic de cirrhose. Pareille constatation a déjà été faite dans les cas de diabète et d'acidose expérimentale. Dans ces cas, l'examen histologique a montré à l'un de nous l'atteinte des formations conjonctives du foie, très marquée dans un cas, moins accusée dans les deux autres, surtout dans l'observation I où les lésions du parenchyme hépatique étaient par ailleurs considérables.

L'analyse cytologique des infiltrats les montre uniquement constituées de cellules fixes hyperplasiées, endothéloïdes ou fibroblastiques et de cellules rondes. Ce sont des lésions jeunes. On n'y rencontre ni polynucléaires, ni plasmocytes. La réaction cellulaire est donc locale et non diapedetique, hyperplasique, hyperergique peut-être mais non inflammatoire. On ne peut d'ailleurs l'expliquer par une infection terminale des formations de l'espace porte. Les formations vasculaires, le canalicule biliaire ne montrent aucun des aspects microscopiques habituels de l'inflammation consécutive à une infection.

Cette hyperplasie des éléments conjonctifs de l'espace porte indique l'atteinte du système conjonctif par la toxémie acidosique. Et deux hypothèses peuvent être formulées pour essayer d'en saisir le mécanisme de production.

Dans une première nous pouvons envisager cette hyperplasie comme le témoignage de l'intoxication générale de l'organisme. C'est ainsi que dans le poumon des images d'alvéolite et d'épaississement des cloisons interalvéolaires par un infiltrat conjonctif, sans polynucléaires, hyperplasie produite elle aussi au niveau et aux dépens de cellules que tout rattache au système réticulo-endothélial, ont été observées par nous dans un cas de diabète expérimental. Il s'agirait donc d'une réaction de tout le système mésenchymateux, intéressant tous les organes, sauf les organes hématopoïétiques. Ici en effet, tous se passe comme s la différenciation cellulaire dans un sens génétique, faisait perdre aux éléments leurs potentialités trophiques. Nous n'en voulons pour preuve que l'indifférence de la moelle osseuse et l'absence complète d'images réactionnelles devant une métastase néoplasique.

Dans une deuxième hypothèse, on peut considérer cette hyperplasie comme un phénomène défensif, protecteur des éléments cellulaires. Cette interprétation peut être corroborée par notre observation I où les lésions cellulaires hépatiques sont peu considérables, et l'atteinte de l'espace porte très accusée ; et le cas I de diabète expérimental où ne s'est ébauchée aucune hyperplasie réticulo-endothéliale à côté de lésions considérables des éléments nobles de la glande hépatique.

Quoi qu'il en soit, cette participation du système mésenchymateux au processus toxique de l'acidose diabétique pose des problèmes extrêmement importants. Elle indique qu'à côté des lésions des organes d'élimination et de régulation, il faut envisager l'atteinte de ce tissu « protee », le plus noble de l'organisme par ses potentialités, et soupçonner le rôle que peut jouer à côté du facteur hépato-rénal son mauvais fonctionnement dans l'insulino-résistance. Ces observations histologiques vont d'ailleurs à l'appui des notions soutenues par les physiologistes américains et en France par Soula et Darnaud, sur le rôle prépondérant que jouent, dans les troubles de l'hyperglycémie, les atteintes du système conjonctif lacunaire.

En résumé : les lésions hépatiques observées après le coma diabétique acidosique sont beaucoup plus complexes que le ferait croire la lecture des traités classiques. A côté de la dégénérescence ou plutôt de l'infiltration graisseuse, il convient d'étudier les altérations nucléaires et les inclusions pigmentaires par un corps du groupe des mélanines. Les lésions sont celles d'une hépatite totale, et non d'une hépatose. Le tissu conjonctif est en hyperplasie, d'origine toxique et non inflammatoire. Et cette constatation permet de soupçonner, à côté de l'atteinte des éléments glandulaires, le rôle du système mésenchymateux dans l'insulino-résistance.

L'incontinence durable d'urine après une peur (1)

Par le Professeur **H. EDELBERG**

La peur est un des états affectifs les plus pénibles et son rôle dans de nombreux cas de névroses et de psychoses graves est d'une telle importance qu'il ne pourrait être exposé assez clairement en quelques mots.

Beaucoup et, même, la plupart des psychoses sont liées à un sentiment continu de crainte qui exerce son action pendant de nombreuses années après que le traumatisme psychique a eu lieu, et qui provoque des symptômes de névroses. Les innombrables phobies observées par les psychiatres et auxquelles ils ont donné de si belles dénominations, comme le délire du toucher (2), la claustrophobie, l'agoraphobie, la topophobie (3), l'érytrophobie (4), etc., ainsi que de nombreuses psycho-névroses complexes, sont liées au sentiment de la crainte, ce qui oblige l'expérimentateur désintéressé à considérer la peur comme un des éléments les plus importants dans la pathogénie des psychoses. D'où la nécessité de faire précéder cet article de quelques mots sur la crainte et la peur.

La crainte et, surtout, la frayeur, en ce qui concerne leur action sur l'activité mentale de l'individu, sur son intellect, sa compréhension et sa raison, sont des affections paralysantes. Aussi nous voyons que, même, en cas de peur relativement légère, quand apparemment elle ne devrait exercer aucune influence sur les fonctions purement motrices de l'individu, la capacité d'apprécier la situation et d'agir raisonnablement est déjà complètement annihilée. Au lieu d'actes rationnels, nous observons des actes qui ne sauraient être expliqués que par une extrême excitation, une obnubilation : telles sont des tentatives insensées de fuite, d'attaque ou de défense. A un degré supérieur de l'épouvante, l'affaire ne se borne plus à l'inhibition de la sphère psychique : la paralysie atteint la sphère sensitive et la sphère motrice : le sujet frappé d'effroi s'engourdit, ses jambes fléchissent, il tremble, il arrive même qu'il tombe sans émettre un son. On observe, parfois, en même temps, dans différentes régions de la musculature lisse, des contractions spasmodiques qui provoquent la miction involontaire, l'envie d'aller à la selle, la chair de poule, une constriction de la gorge et d'autres phénomènes de ce genre.

La vaso-constriction est extrêmement prononcée : le sujet effrayé devient livide, tout son corps est transpercé d'une sensation de froid glacial, son cœur bat précipitamment, parfois même il s'arrête, ce qui peut amener la mort. On a vu des cas où, sous l'influence de la frayeur, les cheveux du sujet sont soudainement devenus gris et, d'autres cas, où ils sont tombés complètement.

L'effet d'une peur intense peut être presque équivalente ou m me égal à celui d'un choc ; son influence peut se faire sentir longtemps après la disparition des manifestations immédiates de l'épouvante.

(1) Service de gynécologie de l'hôpital soviétique Basmannaja, Moscou.

(2) Idée obsédante de contamination par le contact.

(3) Peur de fréquenter certains endroits déterminé , par exemple effroi du prêtre devant l'autel.

(4) La crainte de rougir.

Les conséquences d'une frayeur ne se traduisent souvent que par de légers symptômes de neurasthénie, tels que l'hyper-émotivité, la timidité ; le sujet devient craintif, son sommeil inquiet, il accuse des palpitations, des vertiges, des frissons. Parfois se déclarent de véritables névroses, très difficiles à traiter. Dans certains cas, plus rares, la frayeur ne laisse subsister qu'un seul symptôme morbide qu'il n'est pas toujours facile de guérir et qui peut devenir très pénible.

Telle est l'*incontinence durable des urines*, phénomène extrêmement pénible, mais qui, fort heureusement, se prête au traitement.

J'en citerai plus loin quelques cas en les comparant à d'autres troubles de la vessie d'origine psychogène, mais d'une étiologie différente. L'incontinence d'urine est un phénomène si fréquent qu'il arrive à tous les médecins spécialistes de la soigner. Ce phénomène s'explique de très diverses façons.

1° C'est le plus souvent au médecins des maladies infantiles qu'il est donné de rencontrer l'incontinence d'urine sous la forme de mictions involontaires au lit chez les enfants pendant la nuit. Il n'est donc pas étonnant qu'en pédiatrie plutôt que dans les autres branches de la médecine se soient élevées des discussions sur les causes de cette anomalie, qu'on appelle *enuresis infantum*.

Les pédiatres distinguent l'énurésie nocturne et l'énurésie diurne ; dans les cas où l'incontinence de l'urine chez l'enfant devient chronique et résiste à tout traitement, on parle d'*enuresis infantilis permanens*.

Quant à la nature de cette affection, les pédiatres émettent des opinions très différentes. Cependant tout implique que l'incontinence, *enurésis infantum*, est une affection fonctionnelle qui doit être traitée par la psychothérapie.

2° On rencontre, encore, fréquemment l'incontinence de l'urine en neuropathologie. Il y a lieu de distinguer d'une façon absolue la forme organique de l'incontinence, *incontinentiæ urinæ*, de sa forme psychogène. Dans les cas de lésions transversales de la moelle épinière, par exemple dans le tabes, dans la paralysie générale au dernier stade, dans la sclérose, etc., la cause de l'incontinence d'urine réside dans une affection du système nerveux central et dans l'interruption consécutive des voies faisant communiquer le cerveau et la moelle épinière à la vessie. D'autre part on connaît des troubles de la miction qui dépendent de causes extérieures, sans lésions organiques, par exemple, *enuresis refrigeratoria*, l'exagération de la sécrétion de l'urine sous l'influence du refroidissement, *pollakiuria*, qui est caractérisée par des mictions fréquentes, qui peut dépendre de la même cause et qui, dans la plupart des cas, est symptomatique d'une faiblesse anormale de la vessie laquelle réagit vivement aux irritations insignifiantes. L'incontinence hystérique est un phénomène extrêmement rare ; le malade hystérique cherchant à attirer l'attention générale et l'incontinence d'urine ne s'accordant pas avec cette tendance ; c'est pourquoi, chez l'hystérique, la rétention de l'urine est de beaucoup plus fréquente.

3° En gynécologie, nous rencontrons aussi assez fréquemment le phénomène de l'incontinence d'urine. Elle se rencontre, parfois, même, chez des femmes parfaitement normales et bien portantes sous tous les rapports. Il arrive assez souvent à des femmes saines de perdre de petites quantités d'urine à l'occasion de la toux, de l'éternuement, du rire et d'autres efforts avec la participation de la pression abdominale. Mais cela arrive aussi parfois aux hommes et aux enfants.

Parfois la muqueuse interne de la vessie perd sa capacité normale par suite d'un état inflammatoire et maladif. Les mêmes phénomènes d'incontinence d'urine se produisent alors. L'incontinence d'urine s'observe souvent chez les femmes atteintes de prolapsus de la paroi antérieure du vagin, le plus souvent en cas de prolapsus léger, quand la paroi supérieure de l'urètre fixée au pubis reste en place, tandis que la paroi inférieure, entraînée vers le bas, laisse béant le sphincter vésical interne. Dans le prolapsus complet, quand tout l'urètre est entraîné vers le bas, on observe le plus souvent la rétention d'urine. Dans les cas de cystite, la malade se plaint d'envies irrésistibles ; car, même, de faibles quantités d'urine provoquent de l'excitation extrême du sphincter. Le muscle cède avant que la sensation de besoin ait atteint la conscience de la malade et puisse être réglée par sa volonté. Les déplacements de l'urètre, comme c'est le cas dans les néoplasies de l'utérus et dans les processus inflammatoires localisés dans le tissu conjonctif paravaginal et pararectal, quand l'urètre est entraîné vers le bas avec la paroi du vagin, conduisent à l'imperfection due à l'occlusion incomplète du sphincter vésical et comme conséquence à l'incontinence d'urine. Cette incontinence apparaît le jour comme la nuit, plus souvent le jour, surtout quand la malade est debout et que le gros utérus déplace l'urètre et de ce fait diminue la capacité de la vessie. Ainsi nous voyons que l'incontinence d'urine a beaucoup de causes organiques.

En ce qui concerne les troubles de *l'innervation de la vessie* et les troubles de la miction, l'innervation intramurale de la vessie est constituée par des centres nerveux, ganglions, cellules ganglionnaires, situés dans la paroi de la vessie et entrelacés de fines fibres nerveuses.

D'autres formations nerveuses, des terminaisons nerveuses sensitives, qui reçoivent les impressions du sens tactile et du sens thermique et la sensation de la douleur, y font défaut d'après K.-R. Muller, à l'encontre de l'opinion d'autres auteurs, qui ont prouvé leur existence en se fondant sur des recherches histologiques. Les voies que suit la sensation du besoin d'uriner en direction de la moelle épinière sont situées dans les nerfs honteux internes, dans les nerfs pelviens et les plexus hypogastriques. Cependant on a observé des cas où, après la section transversale de la moelle épinière, les malades accusaient avant la miction une sensation indéfinie dans la vessie. Les plexus vésicaux, situés de chaque côté de la vessie, non loin de l'embouchure des urètres sur la paroi postéro-inférieure de la vessie, sont d'une grande importance dans l'innervation de la vessie. Les fibres du nerf érection du plexus hypogastrique et du sympathique sacré contribuent à leur formation.

L'irritation des nerfs pelviens provoque le relâchement du sphincter et la contraction du muscle vésical. De cette manière, les sphincters et le muscle vésical (*detrusor*), quoique antagonistes, collaborent cependant, tendant à une même fin, qui est de contribuer à l'évacuation de la vessie grâce au mode d'innervation compliquée que l'on appelle l'innervation croisée.

L'exposé ci-dessus rend parfaitement claire la dépendance des troubles de la miction, des troubles d'innervation, que, par exemple, les nerfs pelviens soient dans l'état d'hyperirritation, on pourrait observer de bien différentes formes de l'incontinence de l'urine. Comme les voies conduisant à la vessie traversent les cellules ganglionnaires interstitielles, il est évident que l'irritation que provoquerait la catarrhe de la vessie transmettrait ces excitations pathologiques aux cellules ganglionnaires interstitielles, et, par leur intermédiaire, aux nerfs pelviens.

Nous pouvons, ainsi, nous faire une idée exacte de l'incontinence d'urine.

Ainsi, dans certains cas d'incontinence d'urine, on pourrait en expliquer l'étiologie par des troubles fonctionnels de l'innervation de la vessie, en particulier quand on ne parvient pas à déceler d'autres causes.

Ceci dit, nous pouvons passer à l'examen de quelques cas d'incontinence chronique de l'urine après une peur.

PREMIÈRE OBSERVATION. — S... E., 19 ans, se plaint d'incontinence d'urine, dont elle souffre en cas de toux, de rire, d'efforts insignifiants, en montant l'escalier, etc... Il y a quinze jours, le soir, comme elle rentrait à la maison, un chat surgit, soudain, de la porte d'entrée et sauta sur l'épaule de la malade. Cette attaque inattendue lui causa un tel effroi qu'elle tomba sans connaissance et ne fut que quelques instants plus tard trouvée par ses parents. Elle fut très étonnée de constater des symptômes d'incontinence d'urine. Jusqu'alors elle avait toujours été bien portante. En bas âge, elle a eu la rougeole ; règles à 13 ans, régulièrement toutes les quatre semaines, modérées et indolores.

Examen objectif : jeune fille bien développée, aux muqueuses normalement colorées ; cœur, poumons, organes de digestion sans modifications pathologiques. En ce qui concerne le système nerveux il n'y a à noter aucune lésion organique ni aucun trouble fonctionnel. A l'examen gynécologique, on constate que l'hymen est intact. Les organes génitaux externes sont bien développés. Au toucher par rectum, l'utérus est en antéflexion-version normale bien mobile, indolore, n'a pas augmenté de volume. Les annexes sont sans modification pathologique.

L'incontinence d'urine chez cette malade s'est maintenue pendant quatre semaines et a disparu aussi inopinément qu'elle avait apparu. J'ai revu la malade deux ans après, parfaitement bien portante, enceinte de trois mois. L'incontinence ne s'est jamais reproduite.

Deuxième observation. — R...O.,36 ans, trois accouchements, deux avortements artificiels ; règles à 12 ans. Elle a eu dans son enfance la diphtérie et la scarlatine ; elle a toujours été une enfant débile, n'a commencé à marcher qu'à l'âge de 2 ans ; à 8 ans, avait des attaques de nerfs ; s'est mariée à 20 ans, a accouché à terme et normalement. Elle n'a jamais été malade après le mariage. Cependant elle est devenue très nerveuse, pleurait souvent et se laissait facilement effrayer ; elle mène un genre de vie tranquille et monotone. Au début de janvier 1916, ses enfants, en allumant l'arbre de Noël, ont mis le feu aux rideaux. Comme elle entrait dans la chambre, la malade, en voyant les flammes, a été prise d'une extrême frayeur, elle a tressailli, n'a pu ni bouger ni crier et a constaté une miction involontaire. Depuis lors elle souffre d'incontinence d'urine. L'urine s'écoule constamment, de sorte que la malade est toujours mouillée. La sensation du besoin d'uriner existe, mais elle est rare. La malade est assez pâle, de taille moyenne, de constitution faible ; cœur, poumons, organes de digestion sans modification. La peau des organes génitaux externes et de la face interne des cuisses est eczémateuse. L'utérus est en antéflexion, version mobile, indolore ; n'a pas augmenté de volume. A la tranche du museau à gauche une rupture ; à la lèvre supérieure plusieurs œufs de Naboth. L'exploration cystoscopique et l'examen de l'urine n'ont décelé aucune anomalie. Des bromures et un traitement général fortifiant ont considérablement amélioré l'état de la malade.

Au mois de mai de la même année, tous les phénomenes morbides ont disparu.

Troisième observation. — M... R., 22 ans, mariée depuis trois ans. Deux avortements artificiels. Souffre d'incontinence d'urine. L'urine s'écoule constamment, goutte à goutte, surtout pendant la marche. Depuis quelque temps la malade éprouve des démangeaisons intenses aux organes génitaux externes et à la face interne des cuisses. La maladie a débuté il y a six mois à la suite d'une catastrophe de chemin de fer. La malade elle-même n'en a pas souffert, mais la frayeur qu'elle a éprouvée a occasionné l'affaissement de la vessie ; depuis lors elle souffre d'incontinence d'urine. A l'examen, on constate que les organes génitaux externes et le vagin sont parfaitement normaux. L'utérus en antéflexion, version mobile, indolore. Les ovaires, les trompes, les ligaments, sans modification. La cystoscopie et l'examen de l'urine ne décèlent aucune anomalie. La peau des organes génitaux externes et la face interne des cuisses sont eczémateuses. Un régime fortifiant, des calmants et la psychothérapie ont peu à peu rétabli la malade. Je l'ai revue six mois après. L'incontinence d'urine a complètement disparu.

La malade est maintenant en parfaite santé.

Quatrième observation. — N...R., 27 ans. Mariée depuis cinq ans, a eu deux couches et un avortement ; règles à 14 ans, régulièrement 4-5 jours toutes les quatre semaines, peu abondantes, indolores. Se plaint d'incontinence d'urine qui date de trois semaines. Il y a trois semaines, son mari a été arrêté et son domicile perquisitionné. Cela a extrêmement contrarié la malade. Soudain elle a senti qu'elle était toute mouillée. Depuis ce jour elle souffre d'incontinence d'urine, surtout pendant la marche. La miction involontaire nocturne s'est produite aussi, mais en quantité moindre. A l'examen on a constaté que les organes génitaux externes étaient parfaitement normaux, l'utérus et les annexes n'ont pas augmenté de volume, sont indolores et bien mobiles ; cœur, poumons et appareils de digestion sans modification ; la cystoscopie et l'examen répété de l'urine n'ont rien décelé d'anormal ; la psychothérapie liée au traitement général calmant a considérablement amélioré l'état de la malade. La fonction normale du sphincter s'est peu à peu rétablie.

Ce n'est pas le fait que la miction involontaire a lieu au moment même de la frayeur, qui frappe particulièrement dans nos quatre observations, mais bien le fait que l'incontinence d'urine persiste longtemps après que le sentiment d'épouvante a disparu. Comment pourrait-on interpréter ce fait ? Dans toutes nos observations, on ne peut envisager autre chose qu'un trouble fonctionnel. La particularité de ces cas consiste dans le facteur étiologique qui nous permet de parler d'une névrose provoquée par l'épouvante.

Les grands sinistres qui frappent des foules entières, par exemple tremblement de terre, naufrage, tempête de neige, explosion, incendie, ont sur certaines personnes au système nerveux débile un tel effet qu'elles se sentent absolument éperdues, éprouvent une émotion qui atteint la confusion mentale et l'omnibulation et tombent dans un état soit d'agitation insensée, soit de stupeur. L'excitation psychique provoquée par la menace du danger a pour effet d'atténuer l'impressionnabilité et la réceptivité psychique.

La capacité de se rendre compte de la situation et d'agir en conséquence est annihilée. A sa place apparaissent des mouvements impulsifs de défense, parfois sans aucun but, des tentatives de fuite ou des actes agressifs. A ces manifestations immédiates de l'épouvante s'ajoutent souvent des phénomènes hystériques : le délire, des attaques de nerfs, la paralysie.

Après quelques heures, quelques jours ou quelques semaines, vient le calme, la connaissance redevient claire et le souvenir de ce qui s'est passé pendant ou immédiatement avant l'accident disparaît complètement.

Cependant, certaines conséquences de la secousse subite, l'hyperémotivité, l'inquiétude peuvent persister longtemps. Le sujet devient craintif, son sommeil est inquiet, ses songes effroyables ; une sensation d'abattement, des palpitations, des vertiges, des tremblements subsistent.

D'ordinaire, le malade guérit après une cure de repos ; il doit mener une vie régulière ; ce n'est qu'à force de surveillance et de soins constants que peu à peu son état s'améliore. Malheureusement, je n'ai pas observé personnellement sur nos malades l'effet de l'action directe de l'offense, du traumatisme psychique. Je ne pourrais affirmer qu'il se développe sous formes de psychonévrose traumatique, trauma-psychonévrose, affection bien connue des psychiatres et des névropathologistes ; il est bien probable qu'il en est ainsi, bien que les symptômes (1) caractéristiques de névroses traumatiques aient fait défaut, néanmoins il faut interprèter ces cas comme une névrose traumatique.

Si l'opinion que tous les états affectifs peuvent être expliqués par des processus biochimiques est juste, et que les troubles de corrélation des glandes à sécrétion interne peuvent en être la cause, il faudrait songer à l'influence du système sympathique et parasympathique, qui innerve la musculature lisse ; dans différentes régions de la musculature lisse peuvent apparaître des phénomènes spastiques provoqués par une peur, surtout dans la région de locus minoris resistenteai, lieu de moindre résistance.

La trauma-psychose épouvante, n'exerce son influence dans ce sens qu'au moment même du traumatisme et l'incontinence d'urine n'en est qu'une des manifestations. L'équilibre qui existait avant le traumatisme ne pouvant être aussi vite rétabli, il doit s'écouler un certain temps jusqu'à ce que les sphincters et le muscle vésical (detrusor) aient retrouvé leur harmonie. La contraction douloureuse du muscle vésical paraît dépendre des nerfs pelviens qui prennent une part active à la névrose.

C'est de cette manière, me semble-t-il, que pourrait être expliquée la relation entre un état effectif pathologique (morbide) peur, et l'incontinence chronique d'urine. L'incontinence cesse après la disparition des troubles de corrélation des glandes à sécrétion interne, provoqués par l'épouvante. La thérapeutique que nous avons appliquée est celle des névroses en général. Le repos, les calmants et la psychothérapie. Les malades doivent autant que possible éviter les excitations psychiques et mener un genre de vie tranquille. Dans des conditions favorables, l'incontinence d'urine provoquée pas la peur guérit relativement vite.

Conclusion. — L'incontinence d'urine après la peur est une psychonévrose traumatique, qui pourrait être expliquée par des troubles de corrélation des glandes à sécrétion interne, c'est le cas des états affectifs, et par l'influence que ces troubles exerceraient sur le système nerveux sympathique et parasympathique. Cette affection est guérissable, mais parfois elle devient durable et peut se prolonger pendant plusieurs mois.

(1) Ces symptômes : l'abattement, la mauvaise humeur, la migraine, le vertige, la faiblesse générale, le tremblement, la paresse, la lassitude prompte et l'incapacité de travailler qui y est liée, le manque de volonté.

CLINIQUE CHIRURGICALE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ

Sur un malade atteint de volumineuse hernie inguinale

Par le Professeur **J. GUYOT**

Le malade qui sera l'objet de cette clinique est un homme de 78 ans exerçant la pénible profession de terrassier, entré depuis douze jours dans le service pour une volumineuse tumeur scrotale. Il avait deux frères qui sont morts, l'un de la variole et l'autre blessé pendant la guerre est mort de ses blessures dans une ambulance.

Son histoire, n'est pas très chargée. Il a eu un accident à l'âge de 66 ans qui a déterminé des lésions dont je vous parlerai dans un instant du côté du membre inférieur gauche.

A part cet accident, cet homme se portait très bien. La maladie pour laquelle il vient à l'hôpital a commencé à l'âge de deux ans : ses parents constatèrent dans la bourse, du côté gauche, une petite tumeur qui fut réduite. Cette hernie ne sortit plus et au moment de la conscription il fut pris bon et accomplit sans arrêt son service militaire. Ce n'est qu'à l'âge de 26 ans, que faisant un effort violent, il vit apparaître dans la région inguinale gauche une tumeur grosse comme le poing qui rentrait et sortait ce qui, ne l'empêcha pas de continuer son travail.

Peu à peu insensiblement, sans accident, sans gène notable et sans douleur, la tumeur grossissait. A l'âge de 30 ans, il alla consulter un médecin qui lui ordonna le port d'un bandage qu'il porta pendant plusieurs années puis ce bandage ne maintenant plus sa hernie il l'abandonna, à partir de ce moment la hernie sortait et rentrait tous les jours. Il n'y a que depuis cinq ans que cette hernie ne rentre plus spontanément et que le malade ne peut la faire rentrer dans le ventre comme il le faisait autrefois.

Il y a trois semaines environ, il a été pris brusquement de douleurs, de nausées, de vomissements opiniâtres. Son médecin a diagnostiqué un étranglement herniaire et l'a dirigé sur la clinique chirurgicale où il est couché salle 31, lit 13.

Avant d'aborder l'examen de la tumeur qu'il présente, voyons quelles sont les séquelles de l'accident dont il a été atteint à l'âge de 66 ans du côté du membre inférieur gauche.

Lorsqu'on examine cet homme, on voit qu'il présente un pied bot traumatique du type varus équin avec des troubles très nets de la peau dont l'aspect n'est plus normal ; il existe en effet sur le dos du pied et le tiers de la jambe une tache brune, très étendue, sans poils, d'aspect lisse, comme on en trouve chez les malades qui vont avoir un ulcère variqueux.

L'examen clinique confirmé par la radiographie montre qu'il y a fracture bimalléolaire incomplètement réduite avec subluxation de l'astragale.

Examen. — Découvrant le malade notre attention est tout de suite attirée par une volumineuse tumeur scrotale : tumeur dont les dimensions verticales et transversales sont considérables.

Cette tumeur présente, au point de vue de sa configuration générale, un aspect arrondi, lisse, régulier, sans circulation veineuse collatérale, mais avec une altération très profonde de la peau, à sa partie supéro-externe, où il existe une surface où celle-ci a un aspect cicatriciel dont la coloration blanc mat et l'état glabre tranche sur la peau du voisinage qui a ses caractères normaux.

Si nous regardons plus attentivement le scrotum, nous constatons que le raphé médian est complètement dévié du côté droit. Il y a là une déviation très marquée du raphé médian qui n'est plus médian, mais latéral, et qui divise le scrotum en deux parties tout à fait inégales : une partie gauche très volumineuse, énorme et une partie beaucoup plus réduite qui paraît rejetée à droite.

Enfin, à la partie supérieure du raphé médian, on aperçoit une sorte de repli falciforme de la peau, légèrement humide, qui est l'orifice préputial. A cet endroit si on enfonce la peau dans la profondeur, comme vous le voyez, on se rend compte que la verge est vraiment avalée par le revêtement cutané de la tumeur dont le volume est tel qu'elle a emprunté la peau du voisinage. La verge est cachée, elle n'apparaît qu'artificiellement.

En examinant la tumeur scrotale, vous voyez, tout à fait en bas deux petites saillies, une très évidente à gauche qui fait nettement saillie, et une autre que l'on devine simplement, sur le bord interne de la cuisse droite. Ces deux petites saillies, d'aspect ovoïde sont ses deux testicules refoulés, mais non englobés dans la masse : la palpation confirme cette notion nous permettant de déceler la sensibilité particulière de la glande génitale.

Si nous mesurons la tumeur, nons constatons qu'elle a 32 centimètres de hauteur, 30 cent. de largeur et 56 cent. de circonférence. Ces chiffres suffisent pour montrer qu'il s'agit là d'une de ces masses énormes constituant une tumeur de volume exceptionnel et qui pose, comme je vous le dirais dans un instant, certains problèmes thérapeutiques sur lesquels je désire appeler votre attention.

Donc, tumeur scrotale volumineuse refoulant les testicules en bas, verge complètement avalée et refoulée du côté droit, tumeur qui recouvre la face interne des cuisses jusqu'au niveau du tiers inférieur ; enfin, tumeur qui paraît se prolonger en haut au niveau de la région inguinale gauche où se trouve son pédicule. En l'examinant de plus près on constate que la tumeur présente deux parties : une partie scrotale de beaucoup la plus volumineuse et une autre partie inguinale gauche.

Si nous comparons les deux régions inguinales, nous voyons que le côté droit est affaissé, tandis qu'à gauche il y a une saillie très nette dont l'axe correspond au trajet inguinal. Lorsque le malade est debout, la tumeur descend encore davantage et arrive presque au niveau de l'extrémité inférieure des cuisses des deux côtés.

A la palpation, nous notons une température normale, pas d'œdème de la peau : indolence complète.

Comme consistance : tumeur molle, régulièrement molle, ayant partout la même consistance, pas de masse dure.

Si vous soulevez la tumeur, vous constatez tout de suite, comme toujours dans ces grosses tumeurs, de l'intertrigo qui est le fait de la transpiration ; il s'étend sur la face interne des cuisses et jusqu'au niveau du périnée. Je vous

signale cet état de la peau qui réalise des conditions très défavorables au point de vue opératoire.

A la percussion la tumeur est partout sonore et à certains endroits la sonorité a un timbre très élevé ; l'examen à la lumière est absolument négatif, pas la moindre transillumination quel que soit le point du scrotum où l'on se place.

Même en faisant des pressions répétées et prolongées, la masse n'est nullement réductible.

Dans la région inguinale gauche on sent un pédicule supérieur qu'on peut saisir, entre deux doigts. La recherche des les orifices inguinaux est difficile : on sent que le pédicule se prolonge vers l'abdomen.

Du côté opposé, pas de hernie ; l'orifice inguinal est simplement perméable.

L'examen de l'abdomen est négatif. On ne constate rien au niveau des autres orifices herniaires que nous avons tous soigneusement suivis et explorés.

Cet homme, au moment de son entrée dans le service souffrait, avait des vomissements et n'allait pas à la selle. Mis au lit avec de la glace sur le ventre, ces signes ont au bout de quelques heures complètement disparu, la menace d'étranglement qu'il a présentée n'a été que passagère.

Examen général. — C'est un vieillard de 78 ans, dont le Wassermann est négatif, qui présente de l'hypertension ayant au Pachon Mx 23, Mn 7 I = 4,5 et a 60 centgr. d'urée dans le sang ; ce qui montre que les reins ne sont pas absolument indemnes et que les artères sont sérieusement atteintes par l'artériosclérose.

Diagnostic. — C'est dans ces conditions que nous en arrivons au diagnostic ; je ne le discuterai pas parce qu'il s'impose : il s'agit d'une hernie scrotale, volumineuse, hernie inguinale ayant débuté à l'âge de deux ans, hernie traitée par le bandage à pelote qui a produit du côté de la peau des lésions cicatricielles que nous avons constatées. Au point de vue du sac herniaire, ce n'est pas impunément qu'un bandage appuie toujours sur le même point quand il est appliqué sur la hernie non réduite ; c'est dans ces cas qu'on trouve des adhérences inflammatoires entre le sac et son contenu.

S'agit-il d'une *hernie inguinale directe* ? L'aspect de la tumeur, son volume font penser à une hernie directe et cependant je crois qu'il s'agit ici d'une *hernie oblique externe* qui secondairement est devenue directe par superposition des orifices interne et externe du canal inguinal. Ceci est important, au point de vue opératoire : dans les hernies directes, les vaisseaux épigastriques sont en dehors tandis que dans la hernie oblique externe ils sont toujours situés en dedans du collet du sac. C'est là une notion anatomique que vous devez avoir bien présente à l'esprit.

Ce premier point étant établi, à quelle variété d'hernie avons-nous affaire ?

Parmi les hernies, celles qui descendent dans les bourses sont de deux variétés : la *hernie funiculaire* et la *hernie testiculaire*. Qu'est-ce qui les différencie ? C'est simplement la situation du testicule. Dans la véritable hernie funiculaire, tout le scrotum peut être rempli mais le testicule est indépendant. Si nous avions affaire à une hernie testiculaire, le testicule serait perdu dans la tumeur. Ici, il y a une séparation entre le canal vagino-péritonéal et la vaginale du testicule. C'est ce signe qui nous permet d'affirmer qu'il s'agit chez ce malade d'une grosse hernie funiculaire.

Quel en est son contenu ? Il faut que vous sachiez que ces grosses hernies renferment souvent de l'intestin grêle et de l'épiploon ! Ce sont des entéro-épiplocèles. Ici vraiment, quand on palpe cette tumeur, on a l'impression qu'il y a surtout de l'intestin car la tumeur est sonore et ne renferme aucune de ces masses dures formées par un épiploon chroniquement enflammé et adhérent, mais la pratique veut que, dans une tumeur de ce volume, vous puissiez affirmer qu'il y a sûrement de l'épiploon. Je n'ai jamais ouvert une tumeur de ce volume, alors même que l'on ne sentait pas ces noyaux durs qui sont la conséquence des épiploïtes intra-saculaires, sans y trouver de l'épiploon. Le sac renferme assez souvent un diverticule de la vessie, ce sont donc aussi des cystocèles que l'on pourrait reconnaître par radiographie après injection dans la vessie d'un liquide opaque.

Cet examen que nous avons fait pratiquer chez ce malade a été négatif.

La vessie est très souvent entraînée par le péritoine, dans ces grosses hernies : vous devrez y penser en disséquant la partie interne du sac où l'épaisseur des tissus et leur vascularisation seront les deux indices qui vous mettront en garde.

Ces grosses hernies renferment aussi très souvent le gros intestin. Ces hernies du gros intestin ont été décrites en 1808 par Scarpa qui en avait vu le caractère essentiel, en disant : « Ces hernies sont des *hernies par adhérences charnues naturelles* ».

Ces hernies du gros intestin, sont constituées à droite par le cæcum, à gauche, le côlon ilio-pelvien, l'anse sigmoïde. Mais vous devez savoir que dans les hernies inguinales gauches volumineuses on peut trouver le cæcum : Broca sur 107 hernies du cæcum signale 10 cas à gauche ; sans qu'il s'agisse là, d'inversion des organes.

Il y a quelques mois, j'ai été consulté dans le Lot-et-Garonne pour un homme qui avait été officier pendant la guerre. Je fus frappé de trouver la pointe du cœur à droite et le fis radiographier. Il présentait une inversion complète des organes. J'en ai vu 5 ou 6 cas dans ma carrière. Et ceci m'a donné à réfléchir car cet homme avait été examiné par de nombreux médecins, il avait passé de nombreux conseils de révision et personne n'avait remarqué la malformation dont il était atteint.

Ces hernies du gros intestin se rencontrent surtout chez le nourrisson et le vieillard. Etant chirurgien adjoint j'ai opéré à l'Hôpital des enfants un bébé de deux ans porteur d'une hernie inguinale volumineuse, je tombais sur une hernie du cæcum et n'ai pas oublié les sérieuses difficultés rencontrées du fait des adhérences.

Il ne faut jamais inciser sur le scrotum, on risque en effet de léser l'intestin car les hernies sont ou des hernies sans sac ou des hernies avec sac incomplet.

Où siège le sac ? On doit le chercher toujours en avant et en haut, aussi haut que possible dans le canal inguinal.

Dans ces hernies, Scarpa avait montré le danger que présente la dissection postérieure du sac et la possibilité de léser les vaisseaux du méso avec les dangers de gangrène de l'intestin. Cette notion est restée longtemps classique : elle est vraie au point de vue anatomo-pathologique et fausse au point de vue pathogénique, ainsi que cela ressort des travaux de Cavaillon et Leriche (1), Lardennois et Okinczyc (2).

Ces auteurs ont montré que si les faits exposés par Scarpa étaient exacts, leur interprétation n'était pas juste. Scarpa disait : « Le cæcum a glissé, et s'il n'a pas de péritoine cela provient que le péritoine ne l'a pas suivi ». En

(1) Cavaillon et Leriche. — *Semaine Médicale* 1907.
(2) Lardennois et Okinczyc. — *Journal de Chirurgie* 1909.

somme : Hernie par glissement, telle était la théorie de Scarpa.

Aujourd'hui nous les considérons comme les autres hernies avec sac complet mais dans lesquelles une partie du sac ou le sac tout entier a pu s'accoler. Ici intervient la notion des accolements du colon dans le ventre notion importante, capitale, parce qu'elle comporte au point du vue du traitement une technique nouvelle, spéciale qui facilite le traitement chirurgical de ces hernies considérablement.

Les travaux modernes ont montré quedans la hernie du gros intestin, ce n'est pas l'intestin qui est descendu sans péritoine. Dans ces cas il s'agit en fait d'un intestin trop mobile, avec méso trop long. Au moment où il est descendu dans la hernie l'intestin était pourvu de son péritoine. La notion actuelle c'est que l'intestin, gros et petit, est toujours recouvert de péritoine. C'est parce qu'il ne s'était pas accolé dans le ventre que l'intestin est descendu et dans ces cas l'accolement qui aurait dû se faire dans l'abdomen se produit, hors le ventre au siège même de la hernie.

On voit alors derrière le méso, qu'il existe un prolongment du péritoine qui est ouvert en avant et qui s'est simplement accolé en arrière. C'est cet accolement des deux feuillets qui donne aux tumeurs l'aspect de tumeurs par adhérences charnues naturelles, mais si imbus de ces notions nouvelles vous ouvrez le sac et que vous incisez au niveau où le péritoine pariétal atteint l'intestin vous trouvez une *zone de clivage* au niveau de laquelle vous arrivez à décoller tout l'intestin sans avoir un seul vaisseau qui saigne. C'est un *décollement avasculaire* qui facilite l'opération en permettant la libération de l'intestin.

Quels sont donc les autres signes des hernies du gros intestin ? Les anciens reconnaissaient les tumeurs du gros intestin à leur volume, au timbre élevé de la sonorité et enfin aux difficultés de la réduction. A cette époque, en donnant au malade un lavement d'eau abondant, on voyait la tumeur se tendre et la sonorité être remplacée par la matité ; une autre méthode consistait à recourir à l'insufflation sous l'influence de laquelle la tumeur se tendait et la sonorité devenait plus évidente. Grâce à la radio et au lavement opaque on obtient aujourd'hui des images nettes qui permettent d'affirmer qu'on a affaire à une hernie du gros intestin.

Quelles sont les complications de ces hernies ? C'est d'abord *l'appendicite herniaire* dans les hernies du caecum, puis la *sigmoïdite herniaire*, enfin les *épiploïtes* dont je vous parlais il y a un instant qui se traduisent par des noyaux durs ; ce sont enfin les crises répétées *d'étranglement*. Il s'agit toujours d'étranglement atténué ; se caractérisant par un peu d'empâtement, un arrêt passager des matières et des gaz ; au bout d'un certain temps spontanément tout rentre dans l'ordre.

C'est ce qui s'est produit pour cet homme ; il est entré à l'hôpital envoyé par son médecin pour un étranglement herniaire, on lui a appliqué une vessie de glace, fait une injection de morphine et tout naturellement les choses sont rentrées dans l'ordre.

Dans ces grosses hernies il y a deux sortes d'étranglement : l'*étranglement par le collet* qui se traduira par de la douleur, nausées, vomissements, tension de la hernie.

Comme il y a toujours de l'épiploon, ces étranglements évoluent plus lentement et à égalité de temps avec une hernie ordinaire vous trouvez un minimum de lésions du côté de l'intestin étranglé.

La deuxième variété c'est l'*étranglement dans le sac* du fait des brides et des adhérences : dans ce cas les signes sont moins nets.

L'histoire de cet homme nous montre que la hernie dont il est porteur a passé par trois étapes : première étape, hernie inguinale spontanément réductible, deuxième étape incomplètement réductible et dernière étape totalement irréductible. Il s'agit ici d'une *hernie incoercible.*

Si vous examinez cet homme, au point de vue abdominal vous constatez qu'il a un ventre d'aspect normal mais qu'en fait l'abdomen chez lui a un énorme prolongement scrotal dont la contenance représente *a priori* la moitié du contenu intestinal. C'est dans ces cas qu'on peut dire que l'intestin a perdu droit de domicile dans l'abdomen.

Traitement. — Le traitement de ces volumineuses hernies inguinales doit être étudié dans deux cas bien distincts :

I. Traitement de la hernie chez l'adulte : *cure radiale.*

II. Traitement de l'étranglement chez le vieillard : *kélotomie.*

I *Volumineuse hernie de l'adulte.* Au point de vue du traitement, il y a lieu de préparer ces malades à l'opération par des laxatifs répétés, le régime lacto-végétarien, le séjour au lit, puis traitement s'il y a lieu de l'hypertension, de l'azotémie ou de la glycémie.

Autant que possible pas d'anesthésie par les voies respiratoires : recourir de préférence à la rachi-anesthésie qui est dans ce cas l'anesthésie de choix.

Au point de vue technique, vous devez vous inspirer surtout des techniques de Lardennois et Ockinczyc. C'est Leriche (1) qui dans un excellent article a bien insisté sur l'importance de pratiquer, dans ces cas, les *hernio-laparotomies.* Il faut commencer par ouvrir le ventre car en étant dans l'abdomen on voit ce qui va du ventre dans la hernie : si c'est l'épiploon, on met deux pinces, on coupe et on laisse l'épiploon hernié adhérent en place, si c'est l'intestin grêle, on le rentre dans le ventre, on vide le sac.

Dans le cas de hernie du gros intestin abordez de haut en bas, c'est la nouvelle technique opératoire, sur laquelle Gayet (2), de Lyon, a insisté. En opérant de haut en bas on arrive à cliver le gros intestin, à séparer cette partie du sac qui était cloisonnée, adhérente, et en allant doucement on libère peu à peu le gros intestin qui est rentré dans le ventre, le sac étant resté en place.

Je suppose qu'il s'agisse d'un homme adulte. Que devez-vous faire quand vous avez ainsi libéré le gros intestin ? Si vous le refoulez simplement dans le ventre il y aura beaucoup de chance pour qu'il recommence à sortir. Il y a lieu de compléter cette opération par une des trois techniques suivantes.

Opération de Morestin. Consiste à faire une *colopexie.* Le ventre ouvert, on attire l'intestin et par transparence on regarde le méso, qui est toujours long ; on le traverse dans une zone avasculaire par deux fils qui sont fixés au péritoine pariétal : colopexie par le méso.

Opération de Lambret. On fixe le gros intestin à la paroi au niveau des bandes verticales, en deux ou trois étages, en lui faisant décrire un anse qui s'opposera à sa descente ultérieure.

Opération de Savariaud. Consiste à ouvrir le sac, à constater qu'il s'agit bien d'une hernie du gros intestin, puis à refermer et après l'avoir décollé du scrotum à le refouler

(1) Leriche. — *Lyon Chirurgical*, août 1914.

(2) Gayet, de Lyon. — *Congrès de Chirurgie*, 1910.

complètement dans la fosse iliaque. C'est la technique proposée par Savariaud : elle a l'avantage d'éviter chez des malades peu résistants un trop gros traumatisme opératoire.

Quand, opérant chez un adulte vous avez rentré l'intestin dans le ventre, il vous reste à *refaire la paroi*, pour faire la cure radicale.

C'est dans ces cas que vous serez quelquefois conduit en faisant la résection du sac à pratiquer la castration unilatérale. C'est aussi en pareil cas que le chirurgien peut manquer d'étoffe pour fermer. On a préconisé alors la greffe aponévrotique du tenseur du fascia lata suivant la technique de Putti ou encore la méthode proposée par Huet et Blondin (1) qui referment la paroi grâce à une myoplastie du muscle couturier.

Chez un sujet âgé, il vaut toujours mieux faire la castration : les anciens opérateurs le savaient bien qui faisaient systématiquement la castration afin d'éviter la récidive.

II. *Volumineuse hernie étranglée du vieillard.* — Vous vous trouverez dans certains cas en présence d'une grosse hernie étranglée chez le vieillard. La question n'est plus la même : chez cet homme elle peut se poser d'un moment à l'autre. Quelle est la conduite à tenir ? C'est ici que l'article de Leriche est très instructif. Cet auteur a observé deux malades, l'un de 88 ans et l'autre de 70 ans qui ont été opérés et guéris par la technique que je vous conseille de suivre en pareil cas.

Lorsqu'on vous amène ces malades en pleine crise, il ne faut pas les opérer tout de suite, il s'agit généralement d'un étranglement passager, d'engouement : vous les mettez en position déclive, de la glace sur la tumeur et vous vous trouverez bien de leur faire un peu de morphine. Puis il faudra attendre quelques heures, Leriche dit 6 ou 7 heures : si sous l'influence de ce traitement le malade a des gaz, on n'opère pas. Mais si malgré ce traitement les signes d'étranglement persistent, alors il faut opérer. Comment faut-il opérer ?

Incision sur le scrotum ? Non. Ces incisions ont été faites elles donnent 35 à 40 % de mortalité. Dans ces cas, il faut recourir à une *hernio-laparotomie* : opération déjà préconisée par Lawson Tait en 1891, défendue par Jaboulay et Patel, par Gayet et Leriche.

Le malade est mis en position déclive, sous rachianesthésie, on pratique une hernio-laparotomie : le ventre ouvert on regarde : si l'on voit une anse grêle coincée, il faut essayer de l'attirer et dans un cas, Leriche a pu ainsi lever l'étranglement. Lorsque l'anse tient, on débride l'orifice et l'anse incarcérée est rentrée dans le ventre. Ici, un point de détail qui a son importance : dès que l'anse incarcérée rentre dans le ventre, un flot de liquide sanguinolent afflue vers la cavité péritonéale. Faute grave, a-t-on dit, susceptible de provoquer une péritonite généralisée. La pratique montre que c'est là une idée fausse. De fait, il est prudent de recueillir ce liquide sur des compresses en épongeant le plus possible. Le reflux de ce liquide dans l'abdomen n'est pas une faute opératoire qui soit susceptible de faire abandonner ce procédé qui a, par ailleurs, de très sérieux avantages.

Après avoir enlevé l'anse incarcérée il faut donc se borner à fermer l'orifice en passant un fil autour en comprenant dans cette anse, l'épiploon qu'il faut laisser en place ainsi que le sac auquel il est très intimement adhérent. Le temps essentiel consiste chez ces vieillards à *lever l'étranglement*.

(1) HUET et BLONDIN. — *Journal de Chirurgie*, 1930.

Telle est la technique que je vous conseille de suivre en présence d'hommes âgés atteints de grosses hernies inguinales étranglées. En opérant ainsi, vous réduirez l'acte opératoire au minimum indispensable et vous pourrez espérer guérir vos malades, non de leur hernie, mais de l'étranglement qui mettait leur vie en danger.

ACTUALITÉS

A propos de la guerre bactériologique

Par **Fr. VOIZARD**
Médecin lieutenant-colonel
médecin des hôpitaux militaires

On en parle beaucoup, on en écrit moins, parce que c'est plus difficile. Un petit nombre d'auteurs ont tenté de répondre à la question souvent posée : « La guerre bactériologique est-elle ou non réalisable ? » Ils s'accordent pour dire : « L'arme microbienne n'apparaît pas comme susceptible en l'état actuel de nos connaissances, d'être employée utilement au cours d'une guerre prochaine, mais on aurait tort de négliger ce procédé qui peut, à la faveur d'une découverte inattendue, prendre une importance insoupçonnée ».

Je voudrais rechercher, à la lumière des arguments qui nous sont fournis par les travaux les plus récents, s'il n'est pas permis d'exprimer une opinion plus nette.

Et d'abord, qu'on en finisse tout de suite avec cette idée que la guerre bactériologique ne peut avoir lieu, parce que le droit international la condamne. En effet les grands organismes de politique internationale n'ont cessé depuis l'Armistice d'en étudier les possibilités techniques et la situation juridique ; c'est la conférence de Washington de 1921, dont font partie les Professeurs Bordet, Pfeiffer et Cannon ; c'est la Société des Nations dont le protocole de 1925 interdit la guerre microbienne et qui a publié en 1927 les rapports de ses experts, dont les Professeurs Bordet, Cannon, Pfeiffer, Madsen, Paterno ; c'est la conférence du désarmement de juillet 1932 ; ce sont les commissions préparatoires du traité de Washington et de Locarno. Toutes les occasions ont été bonnes pour flétrir publiquement l'emploi de cette arme inhumaine. Mais le monde entier sait aujourd'hui que certains peuples ne se laissent retenir dans leurs entreprises destructrices, ni par des considérations sentimentales, ni par des engagements bremement consentis. Si l'arme bactériologique constitue un moyen de combat commode et efficace, elle sera utilisée dans les conflits de l'avenir.

Les condamnations prononcées n'arrêtent d'ailleurs pas les recherches poursuivies depuis quelques années dans les laboratoires étrangers. Le journal *Die neue weltbühnen* a publié en septembre 1933 une lettre circulaire adressée par l'institut Robert-Koch, de Berlin, à divers laboratoires allemands, entre autres le Behring Werke, de Marbourg, le Sächsische Serum Werke A. G. ; l'Institut d'hygiène de l'Université de Berlin... Cette circulaire donne une liste des germes de guerre éventuels, et indique les meilleures méthodes de culture, de conservation, d'exaltation de la virulence de ces germes.

La presse française a relaté d'autre part en juillet 1934 les révélations de M. Wickam Stead, ancien rédacteur du

Times, dans la revue « The nineteenth Century and after ». Ce périodique raconte comment des agents Allemands ont fait à Paris et à Londres des expériences à l'aide d'un germe, inoffensif il est vrai, le micrococcus prodigiosus, dans le but d'étudier la propagation des germes, plus particulièrement dans les couloirs du Métropolitain. Ces expériences tendaient à donner des renseignements sur les possibilités de la guerre chimique et bactériologique. Si les recherches continuent, c'est donc que non seulement l'on se moque des arrêts de la justice internationale, mais qu'on garde l'espoir de découvrir prochainement des procédés techniques rendant possible la guerre microbienne.

Avant d'examiner ce côté technique de la question, recherchons d'abord si dans l'histoire nous trouvons des enseignements à ce sujet.

Je cite, à titre de curiosité simplement, quelques tentatives faites dans les temps anciens ; car l'idée de décimer l'adversaire en déchaînant à son intention des maladies épidémiques, n'est pas nouvelle. Les écrivains militaires de jadis savaient par exemple que les régions marécageuses étaient le lieu d'élection de certaines maladies contagieuses, et que les matières putréfiées favorisaient les infections. On trouve au XVI[e] siècle un traité de tactique signé « Fioraventi de Rononia », qui donne une recette pour la fabrication avec des matières fécales de bombes nauséabondes et infectieuses. En 1850 encore, un chevalier lithuanien du nom de Siemienovicz, auteur d'un livre intitulé « les moyens de combat » donnait l'idée de projectiles chargés de détritus organiques, et capables selon lui de répandre la peste dans les rangs ennemis. L'Histoire décrit certains sièges au cours desquels les adversaires se bombardaient de projectiles porteurs de matières en décomposition. C'était avant l'ère pastorienne.

En 1914-1918, les Allemands ont à plusieurs reprises utilisé l'arme bactériologique. Une note du 24 mars 1917 du G. Q. G. français avisait les Services qu'un agent allemand arrêté dans la zône des armées et trouvé porteur d'un matériel suspect, avait avoué qu'il était chargé de provoquer une épidémie de morve parmi les chevaux de nos troupes. Une nouvelle note du 6 juin 1917 faisait connaître que des faits du même ordre avaient été constatés en divers points de notre territoire et que l'attention des services compétents devait être attirée sur ces tentatives et les moyens employés. En août 1916, au moment de l'entrée en guerre de la Roumanie, la légation allemande à Bucarest, avant de se retirer, abandonnait des caisses suspectes qui furent l'objet d'une enquête. La police y découvrit des ampoules contenant des cultures de charbon et de morve, avec une notice sur la manière de s'en servir. En 1918 au moment de la retraite allemande sur le front français, du matériel bactérien fut retrouvé, abandonné en plusieurs points du front, comme l'a signalé la note du G. Q. G., n° 43.137 du 30 octobre.

Autant qu'il nous est permis d'en juger, le succès des tentatives allemandes fut inférieur à ce qu'en attendaient leurs auteurs. Des cas de morve d'origine suspecte furent découverts parmi notre cavalerie, mais ils ne donnèrent pas lieu à une épizootie expansive. A l'armée d'Orient, plusieurs épizooties assez graves survinrent, qui n'apportèrent pas une gêne sensible au déroulement des opérations militaires.

L'arme microbienne n'a donc pas fait ses preuves au cours de la grande guerre, bien qu'elle ait été maniée par des mains expertes en matière de laboratoire. C'est sans doute sur ces faits négatifs autant que sur leur expérience de la science microbiologique que les savants éminents consultés par la Sociétés des Nations se sont appuyés pour émettre des doutes sur l'efficacité de la guerre bactérienne. Le professeur Pfeiffer, de Breslau, après un examen rapide de la question dit : « il est consolant de penser que la bactériologie ne met pas encore à notre disposition les matières infectieuses utilisables à ces fins ». Le professeur Paterno pense que la guerre bactériologique présente les mêmes dangers pour les employeurs que pour leurs adversaires. Le professeur Bordet ne croit pas que les peuples civilisés aient jamais recours à de tels moyens « mais il se peut que d'autres nations cherchent à utiliser les germes et imaginent à ce propos des procédés d'application spécialement efficaces ». Le professeur Cannon de Boston croit « possible au moyen d'aéroplanes de répandre sur des zônes étendues du territoire, des parasites s'attaquant aux végétaux comestibles, parasites susceptibles de se propager rapidement et d'exercer leurs ravages sur une superficie considérable », mais il ne dit rien de l'arme microbienne. Le professeur Madsen, de Copenhague, conclut son étude ainsi : « La guerre bactériologique ne peut être considérée comme ayant pour le moment une importance essentielle ».

Plus récemment cependant le Professeur Meyer, du Collège de France, avançait que nous nous trouvions dans l'inconnu : « on sait à la vérité, ce qu'est une épidémie spontanée mais on ne connaît rien d'une épinémie provoquée ». Le vétérinaire Commandant Velu répond : « Nous savons comment on fait naître une épizootie provoquée, comment elle se propage, comment elle s'éteint » et Velu rappelle le succès de la lutte microbienne contre les animaux nuisibles : destruction de sauterelles en Afrique du Nord par le procédé de D'Hérelle, destruction des lapins des caves champenoises auxquels Pasteur avait indiqué de transmettre le choléra des poules, destruction des insectes et plantes nuisibles en Amérique, recherches fructueuses à ce sujet de Metalnikoff père et fils, à l'Institut Pasteur. Velu considère la guerre microbienne comme un procédé parfaitement utilisable et susceptible de causer des désastres. Il montre, en outre, très justement que les moyens connus pour lutter contre les épidémies, vaccinations, sérothérapie, mesures de prophylaxie, seraient difficilement et lentement mis en jeu en temps de guerre, plus encore qu'en temps de paix où il faut compter déjà un trop long délai avant que s'ébranlent personnel et matériel spécialisés : il n'en veut pour l'exemple que l'épizootie de peste bovine survenue en Belgique en 1920 et qui a demandé quatre mois pour s'éteindre.

En effet l'état de guerre constitue une cause éminemment favorisante des épidémies ; l'histoire des guerres passées, des plus anciennes aux plus récentes, est là pour en témoigner. Mais cela suffit-il ? N'y a-t-il pas ce que notre ignorance cache sous le nom de génie épidémique ?...

Or l'homme est il maître du « génie épidémique ? » Non.

Les beaux travaux du Professeur Trillat, de l'Institut Pasteur, ont bien mis en évidence les difficultés d'exécution que rencontrerait une guerre microbienne. Cet auteur admet que les seuls germes susceptibles d'être employés utilement sont ceux qui sont transmissibles par la voie aérienne. Or l'efficacité des « nuages bactériens, est soumise à des facteurs nombreux, en particulier l'état hygrométrique de l'air, la pression atmosphérique, la température, le caractère des vents, etc » ... Charles Nicolle dans son livre sur « le destin des maladies infectieuses », donne aussi les raisons qui selon lui rendent à peu près impossible le succès de la guerre microbienne. « La fragilité de la plupart des germes pathogènes, le fait que les virus les plus dangereux ne cultivent pas d'ordinaire, les difficultés qui s'offrent pour réaliser artificiellement les procédés matériels de transmission, sont autant d'obstacles paraissant infranchissables ». Mais Nicolle ajoute :

« Gardons-nous toutefois de conclure que la guerre microbienne est impossible et que dans le secret de certains laboratoires, malgré les protestations publiées, elle n'est pas partout préparée. Toutes les ressources de la microbiologie n'ont pas été employées ». Et tout récemment le Professeur Rochaix, de Lyon, concluait : « L'arme bactérienne ne peut constituer un moyen régulier de destruction comme les gaz asphyxiants, les explosifs ou les moyens incendiaires. Nous avons vu qu'il lui fallait pour être efficace la complicité de conditions qui nous dépassent, nous échappent, et que nous ne pouvons domestiquer à notre gré. Les résultats en seront incertains, irréguliers, aléatoires. Mais nous ne devons pas l'éliminer de nos prévisions et de nos plans de défense. »

En somme, si l'on s'en rapporte aux opinions exprimées par les maîtres les plus qualifiés, dans des publications même tout à fait récentes (Nicolle 1934, Sartory 1935, Rochaix 1936), la guerre bactérienne dont l'exécution se heurte à mille difficultés, n'apparaît pas comme une arme dont il y aurait beaucoup à craindre. Seul le vétérinaire-commandant Velu s'appuyant sur des faits relatifs à des épizooties, ce qui n'est pas sans prêter à critique, se montre plus inquiet. Je suis tenté d'opter pour sa voix. A notre époque on passe vite de l'irréel à la réalisation ; Jules Verne en cinquante ans, a perdu son allure de visionnaire. Comme l'écrit Charles Nicolle : « Toutes les ressources de la microbiologie n'ont pas été employées. Il y a certainement des méthodes inédites à l'étude. Ce serait s'associer à l'œuvre criminelle que de divulguer celles dont on pourrait attendre des méfaits. » Et je crois que c'est ainsi qu'il faut penser. Un adversaire décidé, particulièrement apte par son outillage d'une part, son état d'esprit d'autre part, à mener cette entreprise inqualifiable, un adversaire acharné multipliant les attaques, employant tous les germes appropriés, tous les véhicules microbiens, tous les procédés tactiques imaginables, visant autant les troupes que les populations inoffensives, peut, aidé par des circonstances météorologiques heureuses, obtenir sur l'ennemi des avantages appréciables. Sans doute il paraît difficile à l'arme microbienne d'avoir à elle seule une action décisive sur l'issue d'une campagne, mais, jointe aux autres procédés de destruction, elle peut apporter une contribution utile à l'avantage cherché. Aussi devons-nous considérer la guerre bactériologique comme une réalisation probable des prochains conflits et préparer consciencieusement nos moyens de défense ; il nous faut plus particulièrement outiller et éduquer nos gens de laboratoire, tant ceux des administrations civiles que des formations militaires, organiser une police des eaux d'alimentation, des airs, des denrées alimentaires, du lait, des marchés, des poussières, enfin étudier les masques protecteurs utilisables et les vaccinations polyvalentes indiquées. Sans doute la tâche est rude ; mais il n'est pas étonnant qu'à un danger exceptionnel il faille opposer des efforts exceptionnels.

BIBLIOGRAPHIE

L'arme bactériologique, par le médecin inspecteur GEORGES. (*Bulletin de l'école régionale des officiers de complément de Nancy*, avril 1922.)

La guerre microbienne, par le médecin capitaine FARJOT. (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, décembre 1932.)

La guerre bactériologique, de l'emploi des agents biologiques en temps de guerre, par le commandant FOX, de l'armée américaine. (In *The military surgeon*, n° 3, mars 1933.)

La guerre microbienne, par le médecin général ROMIEU. (*Revue des Deux Mondes*, 1er septembre 1934.)

Le destin des maladies infectieuses, par le Professeur Charles NICOLLE. (Librairie Alcan, 1934.)

La guerre microbienne est-elle réalisable ? par le vétérinaire commandant VELU. (1935.)

La guerre microbiologique, par A. et R. SARTORY. (Librairie Ch. Lavauzelle et Cie, 1935.)

Utilisation des microbes dans la lutte contre les insectes nuisibles, par S. METALNIKOFF et S. S. METALNIKOFF fils. (*Annales de l'Institut Pasteur*, T. 55, décembre 1935.)

Épidémies provoquées. A propos de la guerre bactérienne, par le Professeur A. ROCHAIX. (*Revue d'hygiène et de Médecine préventive*, mars 1936.)

« C'est le besoin qui, chez nous, prolonge les carrières, et combien se retireraient de la lutte quotidienne, s'ils étaient assurés de pouvoir vivre sans travailler ! ....

Qu'on n'aille point, après cela, me vanter la supériorité de professions libérales aussi mal organisées, et magnifier l'intelligence de ceux qui les composent, quand il est possible d'opposer, de façon saisissante, la vieillesse douloureuse du médecin âgé qui doit travailler pour vivre et la confortable aisance du gendarme ou du sous-officier retraité dont les vieux jours ignorent les soucis matériels. » (Docteur Raphaël MASSART. La retraite du médecin. *Le Concours Médical*, 29 mars 1936.)

THÉRAPEUTIQUE

La protéinothérapie

Si la protéinothérapie, utilisée dans tant d'affections, n'a pas toujours donné les réslutats escomptés, il n'en reste pas moins vrai que, par la multiplicité des réactions qu'elle provoque dans l'organisme, elle est capable, dans de nombreux cas, d'apporter, sinon toujours une guérison, souvent une très grande amélioration là où toutes les autres thérapeutiques ont échoué.

Les protéines utilisées sont multiples : protéines naturelles comme l'albumine de l'œuf, le lait et la caséine, les sérums normaux ou immunisés, les produits de désintégration des protéines (peptones, protéoses, albuminoses et histamine), les enzymes et extraits tissulaires, les vaccins de par les protéines étrangères qu'ils contiennent, les extraits bactériens comme la tuberculine. Parmi toutes ces protéines, les plus fréquemment utilisées sont, sans nul doute, le vaccin antityphique, le lait bouilli, l'antitoxine diphtérique. La malariothérapie, enfin, peut-être considérée comme une méthode de traitement par protéines étrangères — celles-ci apparaissant dans le sang lors de la segmentation du parasite (1).

MODE D'ADMINISTRATION. — *Lait*. — On utilise le lait écrémé frais ou pasteurisé, on le fait bouillir pendant cinq à dix minutes et refroidir à la température du corps humain. La première dose pour adulte est de 5 c. c. intramusculaire ; on augmente de 2 à 3 c. c. à chaque injection avec un maximum de 10 à 15 c. c. TANSARD (2) commence par 1 c. c., puis 2 c. c. et 5 c. c. ; lorsqu'il a besoin d'une réaction plus importante, il pratique l'injection dans la paroi abdominale entre le tissu cellulaire et l'aponévrose.

Le vaccin antityphique est dilué, d'après CECIL, dans une solution de chlorure de sodium physiologique et telle façon que un centimètre cube contienne 100 millions de bactéries. La dose initiale est de 10 à 25 millions intraveineux. On emploie, encore, le vaccin antigonococcique ou antistaphylococcique et cet auteur a remarqué que les injections de vaccins à base de bactéries gram-positif (strepto, pneumo, staphylocoques) provoquent des réactions fébriles beaucoup moins importantes que ceux à gram négatif (gonocoques, bacille typhique) — sans qu'il existe d'ailleurs, de raison apparente.

L'antitoxine diphtérique donnée à titre de protéines étrangères est prescrite à la dose de 2 à 4 c. c. intramusculaire.

La malariathérapie pratiquée selon la technique de WAGNER-JAUREGG, se fait de la façon suivante : on injecte au paralytique général du sang prélevé dans la veine d'un paludéen au moment d'un accès. Huit à douze jours après se manifeste une première poussée fébrile qui va se renouveler, suivant le type, tous les trois jours ou plus fréquemment. Après huit ou dix accès, lorsque le médecin voudra arrêter le cours du paludisme, il lui suffira d'administrer 1 gr. 50 de quinine quotidiennement pendant quatre jours.

LES RÉACIONS OBTENUES. — La gamme des réactions qu'entraîne la protéinothérapie est très étendue. Pratique-t-on seulement une petite injection intramusculaire ? On n'observe qu'une simpe réaction locale au niveau de l'injection, beaucoup plus rarement une réaction focale. Si la dose de protéines injectée dans les muscles est suffisamment importante, on pourra voir, en plus, des frissonnements, une élévation thermi-

(1) RUSSEL L. CECIL. — Non spécific Protein Therapy. *Journ. of the Amer. Med. Ass.*, 7 décembre 1935, p. 1846.

(2) TANSARD. — Traitement de la blennorragie par l'association de la protéinothérapie et de la chimiothérapie. *Presse Médicale*, 28 décembre 1927.

que passagère. Le maximum de réaction est obtenu par les injections intraveineuses ; elle se produit rapidement, une demi-heure, une heure après l'injection : un malaise général, des frissons ; puis la température s'élève et reste à 40 et 41° pendant deux à quatre heures ; enfin, survient la défervescence avec des sueurs abondantes.

En règle générale, la dose de protéines injectée à un sujet présentant déjà de la température doit être la moitié de celle faite aux sujets apyrétiques

Mais, en même temps que ces réactions locales, en général, se produisent de nombreuses modifications dans l'organisme et c'est la raison qui fait que la protéinothérapie a pu être employée dans de multiples affections variées. Parmi les modifications les plus importantes.

Nous citerons les principales :

— *Les foyers locaux d'infection subissent une réaction focale* : par exemple réactivation d'une lésion pulmonaire tuberculeuse à la suite d'une injection de vaccin antistreptococcique ; il y a *leucocytose sanguine* : après une leucopénie passagère suivant immédiatement l'injection, apparaît, avec le frisson, une hyperleucocytose à polynucléaires dont le maximum est atteint vers la sixième heure (13 à 15.000 chez les sujets antérieurement apyrétiques, 40 à 50 chez les sujets déjà fébriles).

— *Le système nerveux végétatif est modifié* : entre autres, on peut citer l'action antispasmodique de la protéinothérapie dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux.

— *La tension artérielle s'élève avec le frisson*, puis revient à son taux antérieur quand apparaissent les sueurs.

— *Les vaisseaux* : vaso-dilatation des capillaires.

— *Les propriétés antitoxiques et antibactériennes des humeurs sont augmentées.* Biching a montré, par exemple, que, chez des lapins immunisés contre la fièvre typhoïde, une injection de vaccin antidiphtérique entraîne une augmentation nette des agglutinines du bacille typhique.

L'action de la protéinothérapie est-elle en rapport avec l'intensité de la fièvre ? C'est là l'opinion d'un très grand nombre d'auteurs.

Contre-indications : les affections cardiaques, rénales, artérielles *graves*, les malades en état de décompensation cardiaque ;

— les états allergiques ou de sensibilité marquée aux protéines (urticaire géant angio-neurotique),

— les états d'épuisement, de cachexie,

— la tuberculose pulmonaire, en évolution ou non,

— les états hémorragiques comme l'hémophilie,

— l'alcoolisme chronique (danger de *delirium tremens*) ;

— certains états de nervosité, comme ceux qui provoquent l'hyperthyroïdisme.

Ses applications cliniques. — La protéinothérapie a été utilisée dans des cas extrêmement variés.

Dans la fièvre typhoïde, Holler a rapporté 350 cas traités par de petites doses d'une solution à 10 % de deutero-albumose, avec une mortalité de 0,5 % et une évolution moyenne de dix jours.

Dans la pneumonie, les résultats sont difficiles à interpréter, étant donné le peu de durée de la maladie. Cependant, Larsen et Cecil ont traité cent dix pneumonies avec une mortalité de 16,4 % alors qu'elle était de 24 % pour un autre groupe non traité.

Syphilis. — Wagner-Jauregg, qui fut le promoteur de la protéinothérapie dans la paralysie générale, estime que la malariathérapie donne des résultats nettement supérieurs.

Par ailleurs, Mackenzie préfère le vaccin antityphique qui n'entraîne pas un état d'anémie marqué comme celui qui suit la malariathérapie. D'autres protéines ont encore été utilisées avec de bons résultats. Il semble, donc, que l'agent utilisé importe peu pourvu que l'on obtienne de fortes élévations thermiques.

Appliquée à d'autres localisations nerveuses de la syphilis, la protéinothérapie a donné des résultats moins brillants. Cependant, elle peut diminuer la douleur dans les crises viscérales du tabes. (Wagner-Jauregg). Dans la sclérose en plaque, les encéphalites et syndromes post-encéphalitiques, la démence précoce, la chorée, les résultats obtenus par la protéinothérapie sont d'une interprétation difficile, car il s'agit là d'affections dont l'évolution est faite de rémissions et de rechutes.

Arthrites. — Dans les arthrites aiguës, là où le salicylate de soude a échoué, c'est encore la protéinothérapie qui, dans l'état actuel de nos connaissances, donne les meilleurs résultats. Miller estime que 50 % sont soulagés après deux ou trois injections de vaccin typhique intraveineux et 25 % guéris d'une façon définitive. Il convient de noter que les résultats sont nettement moins satisfaisants dans les arthrites chroniques.

Maladies de la peau. — De nombreuses infections cutanées ont été traitées avec succès par les protéines étrangères : érysipèle, et surtout infections à staphylocoques de la peau ou du derme (impétigo, furoncles, anthrax). Signalons, encore, que la protéinothérapie a été utilisée localement dans le traitement des collections purulentes (bartholinites, hydrosadénite) (1), en injection d'eau peptonée à 10 % ou par application d'une crème peptonée à 10 p. 100.

Ophtalmologie. — Les injections de lait ou de vaccin antityphique ont donné d'excellents résultats dans les infections aiguës, et surtout dans l'iritis. Dans le traitement du trachome, les résultats obtenus sont beaucoup plus discutés.

Gynécologie. — La protéinothérapie, et plus particulièrement les injections de lait, donnent souvent des résultats extrêmement satisfaisants dans le traitement des annexites aiguës ou subaiguës et dans celui de la cellulite pelvienne.

Elle est justifiée dans tous les cas où la chirurgie n'est pas encore indiquée ou lorsqu'elle est contre-indiquée.

Stubler estime que, s'il était limité à une seule thérapeutique dans le traitement des salpingites, il choisirait sans hésitation la protéinothérapie.

Appareil génito-urinaire. — Parmi les multiples traitements employés, c'est encore la protéinothérapie seule ou associée à la chimiothérapie qui donne les meilleurs résultats dans le traitement de la blennorragie et de ses complications (surtout épididymites et arthrites gonococciques).

Ulcères gastro-duodénaux. — Par des injections intraveineuses de novaprotéine (allumine végétale), Pribram a obtenu dans 60 à 70 des cas une sédation de la douleur — et la guérison de l'ulcère. Ces résultats ont été confirmés par divers auteurs ; cependant Miller signale des rechutes peu de temps après le traitement protéinique.

Maladies des vaisseaux. — La protéinothérapie a été utilisée dans plusieurs affections vasculaires (thromboangéite oblitérante, maladie de Raynaud, gangrène par artériosclérose, spasmes vasculaires). Son action sur le calibre des vaisseaux est sans doute l'une des raisons principales des bons résultats obtenus. Brown estime que l'injection intraveineuse de vaccin antityphique est actuellement le traitement le meilleur pour soulager les douleurs qui accompagnent la maladie de Buerger. Wright recommande une dose initiale de dix millions de bacilles typhiques avec augmentation de dix millions à chaque nouvelle injection.

Maladies allergiques. — On sait qu'un animal sensibilisé à une protéine peut être partiellement désensibilisé par les peptones — et ceci expliquerait certains succès obtenus par la protéinothérapie dans l'asthme, le rhume des foins et l'urticaire. Van Leeuven qui a traité trois cents cas d'asthme par la tuberculine a obtenu 50 % de succès complets et 25 à 30 % d'améliorations.

Accidents de la protéinothérapie. — Ces accidents sont relativement rares puisque Heuch, publiant 2.500 réactions par injections intraveineuses de vaccin antityphique, ne

(1) Sézary et Ducruy. Le traitement des collections purulentes par la prothéinothérapie locale. *Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1er mars 1929.

signale que quatorze cas compliqués et seulement trois morts. (0,12 %) ; le plus souvent, celle-ci survient par collapsus vasculaire. Parmi ces accidents, il faut signaler encore : le delirium tremens, les thromboses vasculaires, les néphrites aiguës, l'herpès, le purpura rhumatismal, une réactivation de lésions pulmonaires tuberculeuses anciennes, une réactivation des crises d'appendicite et de cholécystite.

Le champ d'application de la protéinothérapie est donc vaste et nous voyons que, de toutes parts, d'excellents résultats ont été publiés. Son application est encore, pour une grande part, empirique. Peut-être, au fur et à mesure que nous connaîtrons mieux son mode d'action, à chaque groupe d'affection correspondra une protéinothérapie particulière.

Jean CHATAIN.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

Trois observations d'abcès du poumon à forme pseudo-tuberculeuse montrent combien le diagnostic est difficile au début en présence d'un syndrome bacillaire. Ou bien le début a été mal observé, ou bien il n'a pas été brutal.

L'interrogatoire et l'examen clinique orientent fatalement vers la tuberculose pulmonaire, surtout quand il existe, comme dans l'un des cas rapportés, une pleurésie séro-fibrineuse d'accompagnement.

Ces observations confirment l'importance considérable pour le diagnostic, d'une part de la radiographie pulmonaire, au besoin après ponction d'un épanchement, et d'autre part de l'aspect et de la bactériologie de l'expectoration. C'est cette expectoration purulente, bien différente des crachats de la tuberculose cavitaire, qui, dans deux cas, a fait soupçonner le diagnostic.

L'une de ces observations met bien en valeur l'intérêt primordial d'une ponction intra-pulmonaire exploratrice qui permet au chirurgien d'aborder le foyer à coup sûr.

Enfin, elles illustrent l'intérêt d'une thérapeutique interventionniste, soit pneumotomie, soit pneumothorax, qui a permis d'obtenir dans ces trois cas une rapide et complète guérison.

(A. Jacquelin et A. Baudoin. Les formes pseudo-tuberculeuses des abcès du poumon. *Le Bulletin Médical*, 28 décembre 1935.)

Tuberculose

Deux mots caractérisaient jusqu'à ces dernières années la primo-infection de l'adulte : très grande rareté et extrême gravité. — Reprenant cette question, MM. Courcoux et Alibert montrent par des faits, qu'elle n'est pas rare et que les formes graves sont loin d'être les plus fréquentes.

(Courcoux et Alibert. La primo infection du jeune adulte. *La Presse Médicale*, 31 décembre 1935.)

Dermatologie

Dans un cas de dermite artificielle le rôle de l'eau de Javel a pu être mis en évidence par les explorations épicutanées. — Les dermites de cause externe sont extrêmement fréquentes chez les blanchisseurs, les ménagères, les plongeurs, qui manipulent constamment de multiples produits irritants. Cependant, il est remarquable de voir combien rarement on a pu démontrer avec précision le rôle de l'eau de Javel à leur origine.

Dans le cas rapporté, les réactions épicutanées ont permis de reproduire expérimentalement la lésion observée et de préciser les conditions de son apparition.

L'étude de la dermite par eau de Javel montre l'utilité de ces réactions épicutanées.

La technique suivante — dont les détails doivent être minutieusement observés — a été employée :

Cinq gouttes de la substance à étudier, utilisée à des concentrations précises, ont été déposées sur un carré de papier filtre de 1 centimètre de côté. Ce papier est placé sur une compresse pliée en 8 et de dimensions doubles. L'ensemble est maintenu sur la peau au moyen d'un leucoplaste. Pour éviter les erreurs d'interprétation qui pourraient résulter de l'action irritante du leucoplaste, on interpose un carré de papier imperméable : il ne laisse libres que les bords du leucoplaste.

Cette technique a permis de préciser :

Le seuil d'activité de l'eau de Javel ;

Le retard possible de son action :

L'influence de sommations répétées ;

Les variations de la réaction cutanée suivant la région explorée.

a) *Détermination du seuil de l'action de l'eau de Javel.* — Une série de réactions épicutanées a été faite avec des solutions titrant de 4 à 40° chlorimétriques.

Après vingt-quatres heures de contact dans la partie supérieure du dos, à partir de 20° chlorimétriques, une réaction vésiculo-érythémateuse fut obtenue, reproduisant exactement les lésions de l'avant-bras et d'une importance proportionnelle au degré chlorimétrique de la solution utilisée.

Chez vingt témoins, les mêmes applications n'ont jamais donné de réaction analogue.

Pour obtenir une réaction, le titre de 20° a été nécessaire ; il est nettement supérieur à celui de l'eau de Javel du commerce qui ne titre que 17° environ.

En employant une eau de Javel de concentration insuffisante, on risque de méconnaître certaines sensibilités.

b) *Rôle des sommations répétées.* — Il est cependant possible d'obtenir une réaction positive avec une concentration inférieure au seuil, si l'on répète les applications.

c) *Temps de latence.* — On observe habituellement une période de latence de vingt-quatre heures entre le début de l'éruption et le contact de l'eau de Javel.

d) *Influences régionales.* — Les réponses de la peau varient avec la région qu'on explore. Il y a là une cause d'erreur notable dans la détermination du seuil par la méthode des réactions épicutanées.

Dans le cas rapporté, une poussée fut déclenchée, en plongeant les avant bras de la malade pendant une demi-heure dans une solution au tiers d'eau de Javel du commerce.

Des modifications de la formule sanguine, témoignant d'un choc hémoclasique, ont été relevées.

(Ch. Flandin, G. Poumeau-Delille et de Graciansky. Dermite à l'eau de Javel. *Paris Médical*, 18 janvier 1936.)

Pathologie générale

Dans toute maladie un produit chimique commande un symptôme, un symptôme stigmatise un produit nocif. C'est ce que M. Loeper appelle la *spécificité chimique en séméiologie*.

Une telle doctrine est féconde non seulement dans l'explication des maladies, mais aussi dans leur traitement. Elle permet, en outre, des thérapeutiques plus sûres, plus électives et presques symétriques.

C'est une raison suffisante pour en poursuivre l'étude avec confiance et avec ardeur.

(Professeur M. Loeper. La spécificité en séméiologie. *La Presse Médicale*, 4 janvier 1936.)

La réaction de sédimentation des globules rouges donne des résultats inconstants sans changement appréciable dans l'état de santé des sujets observés.

Ce n'est qu'avec une très grande réserve que nous devons envisager la réaction de sédimentation des globules et apprécier avec prudence les résultats acquis.

(Vladimir Kaminski. La variabilité de la sédimentation des globules rouges. *La Presse Médicale*, 1er janvier 1936.)

« Le médecin qui, au XIXe siècle, eut l'influence la plus directe et la plus grande sur les écrivains fut probablement Charles Robin ». (Prof. Pierre MAURIAC. — Conférence à « Rive gauche ». Salle du Vieux Colombier (6 mars 1936), cité par *Candide*).

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Biologie

La périodicité journalière est une loi biologique qui s'applique aux hommes comme à tous les êtres.

Le phénomène rythmique le plus démonstratif est représenté par le sommeil qui, bien que soumis en partie à notre volonté, présente une alternance régulière et commence à la nuit.

Il faut citer également le rythme de la température, du pouls, de la pression sanguine.

L'activité des organes internes n'est d'ailleurs pas connue. Le foie a deux phases différentes, l'une pour le glycogène, l'autre pour la bile. Le rein offre un maximum et un minimum d'élimination. Le système végétatif rythmerait l'action des organes. Les glandes endocrines seraient également soumises à la même loi.

La lumière et l'obscurité auraient une influence sur le système endocrine. Une autre cause serait cosmique.

(X. La periodicita giornaliera in biologia. *Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 17 novembre 1935.)

Clinique médicale

La difficulté de classer les réticulo-endothélioses est due en réalité à la difficulté de séparer le système reticulo-endothélial du système monocytaire, d'où resulte la confusion que l'on fait entre la leucémie monocytaire et la réticulo-endotheliose.

Une observation de Lupu et Brauner contribuera à l'étude de cette maladie ; en voici le résumé :

Il s'agit d'un menuisier de 48 ans, entré à l'hôpital Coltzea, pour tuméfaction des ganglions inguinaux, sous-maxillaires, axillaires, éruption purpurique, asthénie marquée et amaigrissement

La maladie a débuté il y a huit mois, lentement et progressivement, par les symptômes suivants : toux, dyspnée, fièvre, arthralgies, courbature, anorexie et fatigue. Il y a trois mois, prurit intense, fièvre, angine, éruption pétéchiale, tuméfaction progressive des ganglions.

L'évolution est rapide : la fièvre est continue et progressive ; le malade délire et succombe trois jours après son entrée dans le service. L'examen du sang a révélé 30,97 % d'éléments d'origine réticulo-endothéliale.

L'autopsie montre l'hypertrophie de tout le système ganglionnaire, du foie et de la rate.

Le tableau sanguin de ce cas peut être considéré comme leucémique, il n'a rien à voir avec le monocyte ; la maladie est nettement due à une prolifération du système réticulo-endothélial.

On a trouvé dans les ganglions axillaires des lésions tuberculeuses typiques.

(N.-G. Lupu et R. Brauner. L'étude d'un cas de réticulo-endothéliose et considérations générales sur cette maladie. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Bucarest*, octobre 1935.)

La coexistence du flutter auriculaire avec le bloc auriculo-ventriculaire est une affection exceptionnelle. Cette rareté est sous la dependance de l'existence simultanée d'une lésion ventriculaire organique étendue et d'un trouble auriculaire fonctionnel en partie et souvent passager.

Le diagnostic du trouble de la conductibilité auriculo-ventriculaire n'aura rien de malaisé si l'on veut bien ne pas considérer les images auriculaires et leurs rapports avec les ventricules, mais rechercher les signes du rythme nodal et de la dissociation auriculo-ventriculaire. Le flutter prouve son origine fonctionnelle parce que, une fois disparu, l'aspect des complexes revient à la normale, alors que, après la fibrillation, bien plus souvent, les ondes auriculaires restent anormales.

Comment explique-t-on l'association du bloc total auriculo-ventriculaire avec le flutter auriculaire ? On a admis les altérations de la permeabilité coronaire dans la production du symptôme. On peut se rallier à cette interprétation étiologique pour trois sortes de raisons : d'abord la dissociation auriculo-ventriculaire est l'indice presque constant de lésions coronariennes ; ensuite la rareté du flutter est un autre argument ; enfin il y a des indices d'atteinte myocardique évolutive.

(F. Van Dooren. Remarques au sujet de l'association du flutter auriculaire et du blocage auriculo-ventriculaire. *Scalpel*, 30 novembre 1935.)

La maladie de Bouillaud a largement bénéficié des études microscopiques récentes et les auteurs sont d'accord pour admettre une infection initiale. Il y a encore un point contesté, c'est celui de savoir s'il y ajoute, au cours d'une évolution chronique, un élément allergique pouvant dominer la scène.

Il est certes difficile de se prononcer dans ce débat, mais il est intéressant — sinon justifié — de comparer une question peu connue, la pathogénie de la maladie de Bouillaud, avec une autre qui l'est encore moins, comme le tableau histologique de l'allergie.

Les variations des lésions rhumatismales paraissent considérables d'un cas à l'autre ; dans un cas le cœur est le plus atteint, tandis que le foie et le rein montrent peu de lésions ; dans un autre cas ce sont les périviscérites qui l'emportent.

Il est difficile d'établir un parallèle entre la gravité clinique et le siège ou le caractère des lésions ; les rhumatisants ne meurent qu'exceptionnellement d'infection virulente, ils meurent surtout comme des cardiaques. On peut dire qu'ils supportent une double maladie : d'une part l'infection rhumatismale, d'autre part la cardiopathie résiduelle.

Dans l'ensemble la maladie de Bouillaud évolue plutôt comme une infection que comme une allergie.

(E.-C. Craciun. I. Fausse cardio-valvulite rhumatismale, d'origine péricardique. — II. Variabilité du microgranulome rhumatismal en liaison avec la pathogénie de la maladie de Bouillaud. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale de Bucarest*, octobre 1935.)

Toxicologie

La question des champignons reste malheureusement à l'ordre du jour et pour cause. Il faut se méfier des ramasseurs de champignons. Voici quelques considérations intéressantes de Wiki et Roch :

« L'appellation vulgaire de « mousseron » s'applique à nombre d'espèces de champignons dont la seule caractéristique commune est de ne généralement pas pousser dans la mousse ; mousseron, le Psalliotta campestris ou champignon de couche ; mousseron, le Clitopilus prunulus dit aussi meunier ; mousseron des bois le Collybia fusipes ; mousseron de printemps, le Tricholoma Georgii ; mousserons encore, les Marasmius oreades...

« Cette énumération n'est pas complète. Elle nous suffit pour justifier cette règle de conduite pour gens prudents ; un ramasseur de champignons qui parle de mousserons ne connaît rien à la mycologie et s'il offre des produits de ses récoltes, il est sage de refuser. »

On a observé deux cas d'intoxication par le Clitocybe rivulosa. Les sueurs, le myosis, le ralentissement du pouls, la salivation, les vomissements et la diarrhée constituent les symptômes caractéristiques. Dans ce cas tout s'arrangera très bien.

Les essais sur le cobaye ont etabli que la dose mortelle par voie buccale était de 13 à 14 grammes par kilo ; un homme de 60 kilos devrait absorber 800 grammes de Clytocibe pour s'empoisonner mortellement. Mais l'homme est certainement bien plus sensible à la muscarine et le tiers ou le quart de cette dose suffirait à mettre sa vie en danger.

(B. Wiki et M. Roch. Deux cas d'empoisonnement par les « mousserons ». Syndrome muscarinien dû à Clitocybe rivulosa, Pers. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 octobre 1935.)

Thérapeutique

L'emploi thérapeutique du foie de veau et de ses extraits est entré dans la pratique quotidienne. Mais trop de malades sont encore traités de façon insuffisante ou incomplète.

L'administration du foie ne doit pas se résumer en une prescription banale et automatique, mais être strictement adaptée à chaque cas.

Au moment d'une poussée de destruction globulaire, alors que le malade est gravement atteint, ce sont les extraits injec-

tables qui sont indiqués. On prescrit cependant trop souvent du foie en substance, préparé suivant des recettes variées : or, la quantité de foie cuit ou cru, qu'un malade affaibli et dyspeptique peut assimiler, est des plus minimes.

Les choses se présentent autrement lorsque le malade est apparemment guéri de sa poussée et que le sang est redevenu normal. Il faut tout d'abord persuader le malade de la nécessité absolue d'un traitement dans l'avenir. Ce traitement sera régulier, contrôlé par les examens de sang et aura pour but d'éviter des rechutes tout en maintenant l'équilibre sanguin compatible avec une activité normale. Les extraits de foie sont alors préférables au foie. En effet, il est difficile d'absorber chaque jour de 2 à 300 grammes de foie cru ou cuit. Les extraits représentent, sous un volume réduit, un apport plus important de principe actif ; mais il faut bien signaler que, même pour une cure d'entretien, les doses que l'on trouve dans le commerce, sont habituellement trop faibles ; de plus les malades s'en lassent assez rapidement.

Les extraits injectables sont préparés de façon qu'un centimètre cube corresponde à 2 ou 300 grammes de foie pris par la bouche. Il y a même des extraits beaucoup plus concentrés et il suffit alors d'une injection par semaine ou par quinzaine pour maintenir à un taux normal l'équilibre sanguin d'un anémique pernicieux. Le prix de revient du malade est alors acceptable, mais il ne faut pas perdre de vue que le malade, qui commande son foie de veau chez le boucher, croit acheter de la nourriture, tandis que l'achat d'une boîte d'ampoules chez le pharmacien lui paraît une dépense somptuaire.

Une cure d'entretien ne peut être conduite que par des contrôles sanguins répétés. Quand, pour une raison quelconque les analyses n'ont pas été faites, il faut surveiller attentivement la coloration des urines, dont la teinte brun-rouge doit éveiller l'attention. Il s'agit là d'un signe précoce dû à l'élimination exagérée d'urobiline ; cette urobiline est un produit de désintégration de l'hémoglobine et apparaît comme un fidèle témoin de la destruction globulaire. C'est du reste un signe que le malade peut constater sans peine.

Sans chercher à schématiser le traitement, ce qui serait illogique, on peut tracer quelques lignes de conduite générales.

Un anémique pernicieux qui n'a jamais été traité, qui est fortement appauvri en globules rouges et en hémoglobine, dont l'état général est inquiétant, est tout désigné pour recevoir des extraits injectables à doses élevées. On lui applique un traitement d'attaque ; on débute par une injection en deux ampoules, pendant trois ou quatre jours, puis, suivant les résultats obtenus, on passe à quatre ou à une ampoule par jour. On arrive ainsi à gagner un million de globules rouges par millimètre cube en une semaine.

Le traitement est naturellement plus délicat, sinon à entreprendre, du moins à entretenir. Les besoins des malades sont très variables. D'une façon générale on peut faire deux ampoules par semaine. Le taux des globules rouges ne doit pas descendre au-dessous de quatre millions par millimètre cube. Les contrôles seront faits régulièrement, car les rechutes se font souvent avec une rapidité surprenante.

En résumé la voie parentérale est la plus active et par suite la plus économique.

(A.-H. Du Bois. Quelques mots sur les extraits du foie dans le traitement de l'anémie pernicieuse. *Revue médicale de la Suisse Romande,* 25 novembre 1935.)

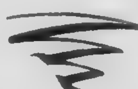
Varia

Chaque malade arrive au médecin avec une idée toute faite sur son cas. (F. Heger-Gilbert, de Bruxelles.)

Au lieu de cultiver mes bacilles tuberculeux de façon normale, comme la plupart des laboratoires, où on leur donne tout ce qu'ils veulent pour vivre et proliférer le mieux possible, j'ai essayé de gêner leur existence par certains moyens physiques (Spahlinger, de Genève).

Le traitement du goitre exophtalmique par les solutions d'iode, après être passé par une période de discrédit, s'est rehabilité et est devenu une des questions à l'ordre du jour. (Juan Alberto Viriot, de Buenos-Ayres.)

J. Lafont.



SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 avril 1936

Reproduction expérimentale de la fièvre des fondeurs : sa forme atténuée : Fébricule zincique professionnelle des soudeurs. — ***M. F. Heim de Balzac.*** — Sur un groupe d'ingénieurs, occupés pour la première fois à des exercices pratiques de soudobrasure au laiton (métaux préparés électrolytiquement, c'est-à-dire chimiquement purs), on a pu reproduire, expérimentalement, sous sa forme atténuée le syndrome, dénommé fièvre des fondeurs.

Le facteur pathogène ne peut être : ni les impuretés du métal : plomb, arsenic, ni le travail devant le feu et la radiation excessive, ni le surmenage.

L'oxyde de zinc, à l'état particulaire, constituant un aërosol, hautement dispersé, pénètre profondément dans l'arbre aérien. La prophylaxie radicale du trouble professionnel peut être réalisée par une technologie rationnelle : diminution au maximum de l'émission des vapeurs de zinc, captation à la source même d'émission des particules d'oxyde.

Trente ans de la vie d'un foyer de l'Œuvre Grancher. (Le Foyer de Pont-Levoy, Loir-et-Cher). — ***M. François Houssay.*** — « Pour sauver la race, il faut préserver la graine. » La formule lapidaire de Pasteur a porté ses fruits. L'application qu'en fit Grancher au sauvetage de l'enfance le trouve. Le bilan suivant, celui d'un des Foyers de la préservation de l'enfance contre la tuberculose donne une idée de la marche générale et le résultat acquis depuis trente ans.

Créé en 1906, ce Foyer a compté jusqu'en octobre 1935, 358 enfants qui ont fait l'objet de 108 convois. Ces enfants ont été confiés à 156 nourrices, femmes de cultivateurs pour la plupart, 118 d'entre elles demeurent en pleine campagne, 38 offrent un placement semi-rural, une surveillance constante élimine les éléments douteux et laisse un choix excellent de 120.

Provenant de Paris et de la banlieue, ces enfants sont recrutés dans les hôpitaux, parmi les Dispensaires et l'Office d'hygiène sociale, le fonds des bourses. Numériquement les garçons sont plus nombreux, (206 contre 152). De même les enfants légitimes (248 contre 140). L'examen physique montre des enfants plutôt débiles, 165 sont de premier choix, 124 sont douteux ; 58 insuffisants. Les filles sont inférieures aux garçons. En moins de six mois, tous regagnent la normale. Certains même, dépassent le barème de Marfan, grâce à un entraînement méthodique de culture physique qui permet d'acquérir le coefficient nécessaire de robusticité. La morbidité a été faible, la mortalité presque nulle.

L'état psychique se rapproche plus de la normale (intelligence, travail, application, valeur morale). Les garçons sont inversement inférieurs aux filles. Les enfants fort en retard, ont fait de sensibles progrès en peu de mois, en s'adaptant à la vie nouvelle qu'ils ne veulent pas quitter. On arrive au chiffre de 343 normaux, onze seulement sont des déficients.

Comment nos enfants sortent du Foyer ? 252 ont été rappelés par leurs parents, dont 38 à l'âge de 15 ans, quatre sont mutés dans d'autres Foyers, dix-sept sont exclus pour faits délictueux ou faute des parents contre le règlement. Deux sont décédés (0,55 %). 46 garçons, 25 filles, ont été placés dans la culture ; quinze ont fait leur service militaire, trois filles se sont mariées dans le pays.

Le résultat social se fait par comparaison. Que seraient devenus en trente ans de Paris ces enfants de tuberculeux, futur déchets sociaux, guettés par la misère, ou la mort. Qu'en serait il reste? Pour 140 de nos pupilles, le séjour a été plus que suffisant, pour améliorer l'état général. Les 277 autres (77,37 %) ont vécus à la campagne de deux à treize ans.

71 d'entre eux (25,69 %) ont pour la plupart prolongé ce séjour jusqu'à la majorité, devenant ainsi de véritables campagnards. 27 se sont mariés dans la région, dont quatre revenus de Paris après leur service militaire. D'autres encore les ont imités.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Avis favorable de l'Académie de médecine (31 mars 1936) pour :

— MM. les Docteurs Le Moignic et Pons, codirecteurs techniques du Laboratoire des Lipo-vaccins, 32, rue de Vouillé, à Paris, qui demandent l'autorisation de préparer en vue du débit, une solution injectable d'extrait hydro-alcoolique de tissu cortical du rein.

— La Société des Laboratoires Inava, directeur technique M. le Docteur Lesbre, autorisée par les décrets des 22 janvier et 22 décembre 1932 à préparer et vendre divers vaccins dans un laboratoire situé 26, rue Pagès, à Suresnes (Seine), et qui demande que soient maintenues ces autorisation après transfert du laboratoire dans de nouveaux locaux, 14, rue de Normandie, à Asnières (Seine).

Pour cette même Société des Laboratoires Inava, avis favorable pour préparer, en vue du débit, un vaccin antitypho-paratyphique, à administrer par voie buccale, sous forme de comprimés.

— M. le Docteur Goldenberg, directeur des Laboratoires Ivago, 17, rue de Provence, à Paris, qui demande l'autorisation de préparer en vue du débit une gelée-vaccin pour applications nasales obtenue à partir du vaccin.

— La Société des Laboratoires Virultra, directeur technique M. le Docteur Pierre Logeais, à Launay, par Serquigny (Eure), qui demande l'autorisation de préparer en vue du débit :

1° Un vaccin polyvalent, à administrer par voie buccale en ampoules de 5 cent. cubes et constitué par le filtrat mixte de cultures microbiennes (pneumocoques de type I, II et III, bacilles de Pfeiffer ; *Micrococcus catarrhalis*).

2° Un vaccin polyvalent, à administrer par la voie buccale en ampoules de 5 cent. cubes et constitué par le filtrat mixte de cultures microbiennes (diplocoques de Neisser, d'entérocoques hémolytiques, de staphylocoques, de colibacilles.)

— M. Titoff, docteur ès sciences, administrateur du Laboratoire de La Biothérapie, 5 rue Paul-Barruel, à Paris, directeurs techniques MM. P. Séguin, licencié ès sciences, et Villette, pharmacien qui demandent l'autorisation de modifier la formule du vaccin polyvalent antérieurement autorisé.

— M. Machon, pharmacien, gérant de la Société des Etablissement Creuzé et Cie, 74, rue de Lourmel, à Paris, directeurs techniques M. le Docteur Pierre Creuzé et Mlle Machon, licenciée ès sciences, qui demande le renouvellement, sans limite de temps, de l'autorisation de débit des diverses préparations vaccinales qu'il prépare.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Le traitement des algies des cardiaques

La douleur n'est pas l'apanage de l'angine de poitrine, et nombreuses sont les manifestations douloureuses au cours de toute une série de cardiopathies.

Ces algies des cardiaques posent de difficiles problèmes thérapeutiques. Bien rarement, sauf dans les formes oppressives des mitraux, la digitale ou le strophantus parviennent à les calmer.

Aussi dans les formes rebelles d'algies angoreuses est-on obligé d'injecter de la morphine. Mais comment ne pas penser alors à ce grave danger qu'est l'accoutumance chez ces malades qui souffrent presque continuellement ?

C'est la raison qui a fait essayer l'aminophylline comme nouvel antalgique cardiaque (Prof. Hasard, Les médic. cardio-vasculaires, 1934).

Les résultats n'ont pas déçu l'expérimentateur et le clinicien (Pruvost, *La Médecine*, mars 1936 ; Fournier, *Journal des Praticiens*, 11 mars 1936). Cet effet antalgique est lié en majeure partie à l'action de l'aminophylline sur les vaisseaux coronaires qu'elle dilate, en même temps qu'elle lève le spasme, origine de la plupart des crises d'angine de poitrine (Gamard, *Gaz. méd. de France*, 15 février 1936). Par le même mécanisme, elle assure une meilleure nutrition du ventricule ; le débit systolique s'en trouve accru (Smith, Muller et Graber). Enfin, augmentant le diamètre des vaisseaux du faisceau de His, elle régularise le rythme.

On l'emploiera donc :

1° *Dans l'angine de poitrine* comme préventif des crises à la dose de 0 gr. 30 à 1 gr. par jour en 3 ou 4 fois. Elle éloigne indiscutablement le retour des crises et peut les supprimer définitivement. Son action est beaucoup plus prolongée et beaucoup plus élective que celle des nitrites sur les coronaires. Enfin, en espaçant les crises, la cure d'aminophylline donne confiance au malade et contribue à relever son moral.

2° *Dans l'infarctus du myocarde*, dans les douleurs atroces de la thrombose coronarienne : pendant la période qui succède à la phase aiguë, il faut, selon Franck Kisch (*Vie médicale*, 10 janvier 1935) « recourir avant tout aux médicaments qui permettent de diminuer la résistance périphérique rencontrée par le courant sanguin, afin de réduire les exigences imposées au myocarde et pour en améliorer l'irrigation ». Au premier rang de ces médicaments, il place l'aminophylline, qui dilate les coronaires. On pourra l'administrer *per os* ou sous forme de petits lavements à garder.

3° Dans l'oppression douloureuse des cardiaques, des aortiques, des urémiques, l'aminophylline lève cette sensation de poids, de barre thoracique si particulière et si pénible. Les aortites, les insuffisances aortiques, les anévrysmes aortiques avec algie médiastinale devraient constituer des indications formelles. On a aussi remarqué que chez les cardio-aortiques qui restent facilement anhélants après une cure toni-cardiaque, l'aminophylline fait disparaître l'oppression : elle donne du souffle aux cardiaques. De même l'insomnie des cardiaques est heureusement influencée par cete médication. La respiration pendant le sommeil est meilleure car l'oppression de décubitus est supprimée.

L'aminophylline fournit donc au praticien qui a à soigner une algie d'origine cardiaque une arme de choix avant d'entreprendre la morphine.

Toutes les fois qu'on emploiera la morphine, on aura intérêt à lui associer l'aminophylline. Le plus souvent il ne sera pas nécessaire d'utiliser la morphine car l'aminophylline s'est toujours révélée comme une médication antalgique, parfaitement tolérée et sans accoutumance même après un usage quotidien de plusieurs mois ou de plusieurs années.

Le traitement des ulcères gastro-duodénaux par l'histidine

Le Docteur Emile Aron a fait dernièrement (*Presse Médicale*, 27 juillet 1935) une mise au point du traitement de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale par la solution à 4 % d'histidine (laristine). L'auteur relate vingt et une observations minutieusement suivies et ses conclusions confirment les travaux déjà parus sur la question, de Stolz, Weiss, Aron, Lenormand, Castaigne, Chaumerliac, Hessel, Vasselle, Desplas, Fournial, Bulmer, etc... Son expérience autorise l'auteur à considérer dès à présent l'histidine comme le médicament de base de toutes les manifestations de la maladie ulcéreuse, susceptible d'en faire disparaître ou d'en atténuer les effets et d'en prévenir également le retour. Le traitement des ulcères par l'histidine repose entièrement sur les données expérimentales et l'observation clinique a conduit à suivre la technique suivante.

On fait d'abord une série de piqûres sous-cutanées ou intramusculaires pendant trois semaines environ. Ensuite, après six semaines de repos, on administre une deuxième cure identique à la première. Après ce traitement d'attaque, suivant la sévérité du cas, l'auteur conseille des cures d'entretien tous les trois ou six mois et on arrive ainsi à maintenir en parfait état de guérison clinique des malades dont la dernière espérance était l'intervention chirurgicale.

Enfin il est nécessaire d'insister avec Stolz et Weiss sur le point fondamental suivant : l'histidine n'est pas seulement un traitement symptomatique digne d'être essayé au même titre que les autres médicaments.

Les médicaments classiques agissent en effet, sur les symptômes et, à ce titre, il est parfaitement logique de persévérer dans leur emploi. La laristine par contre exerce une influence sur le terrain où se forme l'ulcère. Elle favorise la cicatrisation des ulcères en modifiant les conditions biologiques locales. Mieux que n'importe quel raisonnement, les préparations histologiques montrent les modifications apportées à la muqueuse par l'administration de ce médicament. On ne connaît aucune autre méthode thérapeutique de l'ulcère qui ait à son actif des preuves microscopiques aussi éloquentes que celles qui ont été projetées à la Société de médecine du Bas-Rhin (juin 1935).

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, où à vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Quelques souvenirs du Docteur Albert Brochin. — Le Docteur Robert Didier vient de consacrer à Albert Brochin, un livre (1), où tout en retraçant la vie de celui dont il fut le collaborateur et l'ami, il rapporte bon nombre de souvenirs évoqués devant lui. Et cela pourra consoler en partie ceux qui déplorent à juste titre que le chirurgien de l'hôpital Péan n'ait point écrit ses mémoires.

Brochin avait fait ses études à l'époque de la chirurgie préantiseptique et l'on trouvera dans le livre de Robert Didier maintes anecdotes sur des procédés et des hommes qui nous semblent appartenir à la préhistoire, tel cet Armand Desprès, dont le Docteur Louvel avait, il y a quelques années, déjà dressé ici-même une vivante silhouette :

« Très intelligent, spirituel, un peu caustique, excellent clinicien, Desprès, raconte Brochin, n'a jamais voulu accepter les progrès réalisés en chirurgie par l'antisepsie et il est mort dans l'impénitence finale.

« Naturellement seul de son avis à la Société de chirurgie, il y fut constamment combattu. Un jour, Boyer qui était comme lui chirurgien de la Charité, apporta une fort belle statistique, pour l'époque, de succès opératoires, et il termina sa communication en disant : « Ces faits me paraissent d'autant plus intéres- « sants que mon service est voisin de celui de M. Desprès et « que je dois me féliciter de n'avoir pas plus souffert de ce voi- « sinage ». En effet ce service était alors considéré comme le triomphe de l'infection.

« Il est difficile de comprendre l'entêtement de ce chirurgien se refusant jusqu'à la fin de ses jours à profiter des plus magnifiques progrès de la chirurgie. Et pourtant les conseils et les critiques ne lui avaient pas manqué, si bien qu'il finit par devenir l'objet d'une sorte d'ostracisme dont il a fort souffert. Quand arriva son tour d'être porté à la présidence de la Société de chirurgie, il ne fut pas élu ; c'était je crois la première fois qu'un pareil fait se produisait. Quelques années après, plusieurs de ses amis et collègues l'engagèrent à se représenter de nouveau lui assurant une majorité certaine. A la séance suivante, il demanda la parole, remercia en termes émus ses amis, mais refusa catégoriquement un honneur dont on ne l'avait pas jugé digne auparavant. Desprès n'était rien moins que l'homme du progrès ; il se décida cependant un jour à pratiquer une ovariotomie ; avec sa parfaite loyauté il vint annoncer son insuccès à la Société de chirurgie, déclarant qu'il lui paraissait impossible de réussir des opérations dans lesquelles on était obligé tout le temps de tripoter les intestins pour les refouler et qu'il fallait par conséquent condamner une fois pour toutes ces opérations meurtrières.

« Tillaux lui fit observer qu'on ne devait pas dans ces opérations voir les intestins, qui devaient être refoulés par des éponges ou des compresses vers le diaphragme. « Eh bien, moi, reprit Desprès, je les ai vus tout le temps. »

« Le souvenir de Desprès nous rappelle une anecdote assez amusante. Au cours de cette discussion, celui-ci n'avait pas manqué de lancer des pointes de critique à Péan qui venait d'introduire ces opérations dans la chirurgie française. Bien que Péan ne fît pas partie de la Société de chirurgie, ces propos lui furent rapportés. Or, à peu de jours de là, nous arrivions Péan et moi un matin à la maison du 29, rue de la Santé, où mon maître pratiquait ses grandes opérations. Desprès descendait de voiture et se trouva face à face avec Péan qui jusque-là l'avait toujours traité en bon camarade d'internat, mais froissé des termes qu'il avait employés il le lui dit non sans une certaine violence en poussant devant lui Desprès jusqu'au mur de la maison de santé, le tenant au collet comme s'il allait l'écraser — ce qui ne lui eût pas été difficile étant donné son allure de colosse en face de Desprès petit et maigrelet. La scène était amusante et la leçon porta ses fruits, car Desprès n'insulta jamais plus Péan.

« Bien que républicain d'avant la République, matérialiste et antireligieux (c'est lui qui, chirurgien de Cochin, avait lutté contre l'Administration pour faire disparaître des billets de salle la mention de la religion des malades), Desprès, au moment des persécutions religieuses se fit le défenseur le plus ardent des sœurs hospitalières et au Conseil municipal d'abord, plus tard à la Chambre, puisqu'il fut député, il plaida énergiquement en faveur de la conservation des sœurs dans les hôpitaux.

« Sa réputation bien établie de chirurgien septique lui fit du tort jusqu'à la Chambre, où ses adversaires ne manquèrent pas, chaque fois que l'occasion s'en présenta, de lui adresser des reproches, que d'ailleurs il méritait bien. »

Mais il y aurait encore bien d'autres passages à citer de ce livre où est retracée la vie d'un homme qui pendant plus de soixante années appartint à notre profession et en fut un des plus nobles représentants. Les curieux du passé trouveront évoqués là, grâce à Robert Didier de belles pages de notre histoire médicale.

(1) In-4°, port. Éd. Pierre André, Paris.

Il n'y a pas que des hôpitaux modèles en U. R. S. — JE SUIS PARTOUT (4 avril 1936, p. 10) :

On nous a si souvent rebattu les oreilles des « réalisations » de la science soviétique qu'il est réconfortant de voir un homme aussi éminent que le Docteur Pierre Mauriac (1) démasquer le bluff desdites réalisations. Nous ne doutons pas qu'il existe à Moscou et à Leningrad des cliniques modèles comme il existe des pouponnières modèles, des casernes modèles, des écoles modèles, des parcs modèles ; mais dans l'ensemble du pays, la situation est beaucop moins reluisante, et il nous serait facile d'accumuler les citations d'articles de la presse soviétique signalant le délabrement des instituts d'hygiène, la pénurie de médecins, le manque de médicaments. Nous pourrions sans effort remplir des pages entières de *Je Suis Partout*. Ce serait extrêmement fastidieux. Citons simplemnet l'article de la *Pravda* du 26 février 1936 sur l'hôpital de Basmansk :

« Dans l'hôpital de Basmansk, la salle de réception des malades rappelle les ambulances de guerre situées en première ligne. Dans tous les coins, étendus, assis, les malades gémissent. Des inconnus, ne faisant pas partie du personnel, s'affairent ; on est étourdi par les sonneries du téléphone. Les infirmières se démènent avec des cris et des jurons. Le cabinet du médecin offre un spectacle inimaginable. Claquant les portes, les infirmières, les malades, les intrus se mêlent pêle-mêle. C'est là que se fait l'examen des nouveaux malades. On ne daigne ausculter une malade ayant 38,5 de fièvre que 2 h. 30 après son arrivée. Ensuite, on la fait passer par les « bains ». Le « bain » consiste à appliquer un torchon froid et mouillé sur le corps de la malade; après quoi, placée sur une civière, protégée par une seule et mince couverture, la malade est transportée dans une des salles situées au bout d'un long corridor (par une température de 20° de froid). Quant au régime en vigueur : pièce non chauffée, matelas d'où sortent des échardes de bois ; au déjeuner, on donne du pain aigre, du thé fait de fruits séchés, trouble et sans sucre. »

Non moins significative est la vogue dont jouissent en U. R. S. S. les *vieux* médecins, ceux de l'ancien régime, ceux qui n'ont pu fuir à temps, mais qui ont survécu aux grands grands massacres de la terreur. Les citoyens soviétiques même les plus orthodoxes se méfient des jeunes docteurs issus des nouvelles Facultés, dont les connaissances scientifiques — nous le verrons plus loin — ne peuvent pas ne pas être extrêmement déficientes.

(1) Docteur Pierre MAURIAC : articles de *Candide*.

Le Président Arnold Netter. — A. Netter fut pendant trente ans vice-président de l'*Alliance israélite universelle* et quand il a succombé, il venait d'en être élu président. M. Alfred Berl le rappelle dans *Paix et Droit* (février 1936) et montre que si Arnold Netter fut un savant éminent, « ce fut aussi un Français israélite, fier de sa tradition religieuse et familiale, autant qu'il était attaché à sa grande et à sa petite patrie, la France, l'Alsace.

Son atavisme lui avait légué cette double aspiration. Neveu de Charles Netter, un des six fondateurs de l'*Alliance*, il appartenait à une de ces vieilles familles de l'Est, fixées de longue date en Alsace, qui, à l'instar de nos coreligionnaires du Midi, se sentent complètement intégrées dans le sol et dans la nation, et avaient su, par l'assimilation morale et la culture intellectuelle, s'élever au niveau de la bourgeoisie chrétienne dont elles avaient fini par vaincre les préjugés et conquérir l'estime, voire même la sympathie. Familles si évoluées, si pénétrées, par la mentalité française, que dès avant 1789, elles étaient mûres pour l'égalité civique et dont on pouvait dire qu'elles avaient devancé la loi : elles étaient émancipées avant l'émancipation ! »

Les dames infirmières de la Croix-Rouge pendant la grande guerre. — *Paul Voivenel* : *Avec la 67e Division de réserve.* L'ARCHER (mars 1936) :

... La dame de la Croix-Rouge ! Quel motif de vitrail ! Quel sujet de poète ! Je ne suis hélas ni verrier ni poète.

Ce fou de Thomas de Quincey dit quelque part : « Je fuyais tous les hommes afin de pouvoir les aimer tous ». Il entend peut-être par là que les cas particuliers peuvent gêner les généralisations.

J'aime donc tout autant généraliser tout de suite : toutes les dames de la Croix-Rouge sont exquises, charmantes, dévouées, intrépides, modestes et vénérées.

D'ailleurs, nous les connaissons mal. Voici pourtant le résultat de notre expérience.

Nous voudrions ne toucher ces dames qu'avec des fleurs... et ne pas trop navrer le poète. Mais c'est l'hiver... nous avons cherché et nous n'avons pas trouvé de fleurs dans la caserne de Royallieu où j'écris ceci.

....

D'une façon générale, elles dédaignent les services médicaux, ne les acceptent qu'à contre-cœur quand il n'y en a pas d'autres et quelquefois les refusent obstinément : pour le moins, elles s'en sentent diminuées.

Et cela s'explique.

Si, en effet, comme l'Angélique de l'Arioste, la femme cherche à secourir celui qui souffre, elle le fait cependant avec ses affinités électives. Son imagination se caresse au mot de blessé. La chirurgie l'attire avec ses rites, les mains de l'opérateur levées et jointes avant de saisir le bistouri comme pour bénir, l'acool qui flambe et parfume l'air, le sang vermeil sur les gazes virginales.

Autour du malade, fièvreux ou chronique, aucun rite ne bat des ailes et l'imagination se replie.

Un de nos jeunes maîtres des hôpitaux de Paris, chirurgien distingué, médecin-chef de l'auto-chir la plus chic d'une Armée, nous disait qu'il était sans cesse assailli de demandes de la part de dames cherchant à quitter les services médicaux.

Au mois d'octobre, au moment où l'épidémie de grippe peuplait le cimetière voisin, un de nos amis à Royallieu, s'étonnera de voir les uniformes féminins blanchoyer autour de deux ou trois pavillons peu garnis. En novembre et décembre, il s'étonnera davantage, car, depuis la cessation des hostilités, toute la circulation sanitaire se localisera précisément là où n'évoluait aucun costume blanc.

— « Les pavillons désertés sont médicaux... Les autres, richement dotés de personnel féminins, sont chirurgicaux. »

Et notre ami qui avait longtemps vécu dans une grande ville de la zone des armées nous dira :

— « C'est vrai... Femmes, généraux, parfois encore médecins, subissent les mêmes affinités. Un jour, le général X, un très grand général, blessé lui-même, visitait un important hôpital ; il s'arrêta longuement auprès de ceux dont les chairs avaient été glorieusement meurtries par la balle ou l'obus et s'écarta instinctivement des salles où, banalement, des malades souffraient. Un autre jour, dans une formation sanitaire voisine, les médecins prévenus attendaient à la porte le médecin inspecteur général Février. Une impressionnante limousine. Un très bel homme. Il entrait... mais le médecin-chef lui dit :

« Malades, fiévreux, prétuberculeux.

Ah ! bien... je reviendrai... »

Et la limousine puissante emporta aussitôt le médecin aux étoiles vers les blessés à qui il put parler de gloire et de la République.

Et oncques ne le revit.

....

Les dames infirmières ont les qualités et les défauts de la femme.

Qualités : la grâce, la douceur, la bonté, le dévouement.

Défauts : l'amour-propre exagéré, la prétention, l'exclusivité dans le dévouement, la jalousie.

....

Amour-propre. — Il faut leur parler très poliment, ce qui est naturel, leur faire des compliments, ce qui n'est pas toujours mérité et quelquefois leur demander — ou plus souvent accepter — leur avis, ce dont on se passerait bien.

Prétention. — Elles veulent tout savoir, ont tout vu, sont toujours prêtes à vous objecter que « Monsieur un tel », dans le service duquel elles ont passé, faisait telle chose ou avait telle opinion et vous laissent à vous-même le soin de reconnaître que devant de telles références, votre mince personne...

Elles ne veulent pas avoir tort.

Un jour, nous prions une jeune infirmière I. M. de faire le pansement des parties génitales d'un vésiqué, et attendons. Elle s'avance avec un plateau prend un flacon d'alcool à 95°, en verse sur une compresse dont elle s'apprête à tamponner les bourses à vif du malheureux.

— « C'est peut-être un peu douloureux, l'alcool, mademoiselle.

— « Comment ! dit-elle, c'est de l'alcool ! »

Ayant l'air de s'en apercevoir à l'instant.

— « C'est de l'éther que je voulais mettre ».

De la poêle en la braise.

Elle consentit tout de même à n'employer que de l'eau bouillie mais non sans froncer les sourcils...

Leur prétention est souvent cultivée par les mamours des chefs. La force d'un homme n'existe que par la soumission des autres. L'âme d'un cabot est créée par l'adulation stupide du public... Comment ces dames résisteraient-elles aux marques exagérées de déférence ?

Nous n'avons jamais eu l'honneur de voir de près les « tigresses » dont on parlait souvent aux popotes médicales, mais à notre arrivée à Litz dans la baraque de santé du service des vésiqués, on nous montra la cellule de « Naty-Melly », à la voix mélodieuse... envolée dans une division dont elle était la reine. On conservait pieusement sa cellule dont nous fîmes irrespectueusement un dépôt de vaisselle.

Notre ami Viguier, d'une ambulance chirurgicale de C. A., possédait une dame infirmière plus que bien apparentée. Chaque jour, un général, un colonel, un officier d'E.-M. venaient visiter l'ambulance et, toujours, le post-scriptum :

— « Madame Z... n'est pas là ? Viguier avait remarqué — coïncidence — (que diable les médecins vont-ils remarquer ?) que ces messieurs, à l'entrée ou à la sortie de la formation, en descendant ou avant de remonter dans leur limousine avaient le geste que Rembrandt, dans un de ses tableaux, prête à Ganymède suspendu dans les airs... Ils venaient toujours après le repas... Viguier Prosper-Placide (ce sont vraiment ses prénoms, et ça lui va comme un gant) fit mettre du soufre sur la porte... et cela gêna son avancement.

Exclusivisme dans le dévouement. — Elles ont leurs têtes choisies.

Les officiers ont leurs préférences, c'est incontestable.

Dans une salle mixte d'officiers et de soldats, ces derniers s'en apercevaient, non sans aigreur. L'un d'eux, très mal élevé d'ailleurs, auquel nous demandions si on lui avait renouvelé son pansement, nous épondit :

— Avec ces g...-là, on pourrait crever, quand on n'a rien sur les manches ».

Je ne rapporte, bien entendu, ce propos que pour protester hautement contre.

....

Jalousie. — Nous aurions beaucoup à dire... Médisances, calomnies, cabales, lettre anonymes... Nous avons vu tout cela et quelquefois pire. La femme sait être méchante quand elle se mêle de l'être. Passons.

Trois classes dans les dames de la Croix-Rouges que nous avons connues, et qui ne sympathisent pas entre elles.

Les dames de la Société de secours aux blessés militaires (S. B. M.) ;

Les dames de l'Union des femmes de France (U. F. F.) ;

Les infirmières militaires (I. M.).

(Il existe aussi l'Association des dames françaises. Nous n'avons jamais eu l'occasion de connaître des dames de cette association).

Un mot sur chacune de ces sociétés :

S. B. M. — Gens chic. Beaucoup de noms à charnière ou à courant d'air. Le reste, roturier riche. En général : haute tenue morale, de l'autorité ; préfèrent le blessé ; auraient de la répugnance marquée aux besognes écœurantes.

U. F. F. — Gens cultivés ou ayant la prétention de l'être. Professeurs, institutrices, fonctionnaires. Un peu pédantes, discutent volontiers. Dévouées sans passion.

I. M. — Un peu de tout, comme origine, comme tenue. Beaucoup de sages-femmes, un certain nombre d'anciennes infirmières. Quelques bourgeoises. Moins d'autorité, plus de familiarité. Plus faciles à commander.

Jean de la Fontaine, chevalier du rhumatisme. — *Sous la signature F. D.* REVUE DU RHUMATISME (mars 1936) :

... Au vrai, le mot rhumatisme appartient mal au langage poétique, et c'est une chose fort rare que de trouver une pièce de vers où il fasse bonne figure. Il semble réservé aux quatrains publicitaires.

Voilà une calomnie, car Jean de La Fontaine lui a fait l'honneur d'un hémistiche, l'enveloppant d'une pensée attendrissante : Eros rhumatisant, variation inattendue sur la mythologie.

On le trouve dans une de ces lettres où les vers succèdent si plaisamment à la prose, une de ces lettres badines qu'il envoyait à tous les beaux esprits, aux grandes dames, lorsque ceux-ci quittaient Paris ou qu'il allait lui-même à Château-Thierry. Cette lettre est adressée à Saint-Evremond qui fait avec La Fontaine assaut de petits vers (souvent fort plats de part et d'autre). En Angleterre, près de Saint-Evremond, se trouvent alors la duchesse de Bouillon que La Fontaine chérit et admire plus que toute autre femme, et Mme Mazarin, sa belle cousine. La Fontaine propose à Saint-Evremond de se faire avec lui Chevalier de la Table Ronde pour porter par tout l'univers le nom de ces jolies femmes. Ils chevaucheront par l'Angleterre et par la France, portant l'effigie de chacune d'elles au sommet de leurs lances.

La lettre est écrite le 18 décembre 1687. L'esprit du fabuliste les plus jeune que jamais, mais son corps sent l'hiver : il a 66 ans.

« Nous attendrons le retour des feuilles et celui de ma santé : autrement il me faudroit chercher en litière les aventures. On m'appelleroit le chevalier du rhumatisme : nom qui, ce me semble, ne convient guère à un chevalier errant. Autrefois que toutes saisons m'étoient bonnes, je me serois embarqué sans raisonner.

Rien ne m'eut fait souffrir, et je crains toutes choses :
En ce point seulement je ressemble à l'Amour.
Vous savez qu'à sa mère il se plaignit un jour
Du pli d'une feuille de rose ;
Ce pli l'avoit blessé. Par quels cris forcenés
Auroit-il exprimé sa plainte
Si de mon rhumatisme il eut senti l'atteinte.
Il eut été puni de ceux qu'il a donnés ».

Belle recrue pour la Ligue française contre rhumatisme ! Jean de La Fontaine s'enrôle et propose l'Amour comme cause de l'affection. C'est au cours d'une trop longue promenade dans les bosquets humides que tel amant en fut atteint. Et cet autre pleurait sa belle indéfiniment au bord des sources. C'est à force de cotoyer les zéphyrs qu'Eros lui-même est devenu rhumatisant.

Mais aujourd'hui nous saurions apaiser les cris de l'enfant divin, et le vieux La Fontaine, qui sait, aurait peut-être couru les routes pour les beaux yeux de la duchesse.



BIBLIOGRAPHIE

Divers

Les frères hospitaliers de Saint-Jean-de-Dieu, par Jean MANVAL. (Collection *Les Grands Ordres monastiques et Instituts religieux*). Un volume in-16 double-couronne, 15 francs. Bernard Grasset, éditeur, 61, rue des Saints-Pères, Paris (VIe).

Dans cette même collection, M. Jean Monval qui a déjà publié, il y a quelques années, un livre sur *Les Sulpiciens*, nous donne un livre sur un ordre charitable, *Les Frères hospitaliers de Saint-Jean-de-Dieu* qui, plus de deux siècles avant la Révolution, assumaient déjà un véritable « ministère d'assistance, d'hygiène et de prévoyance sociale ».

Dès le XVIe siècle, Saint Jean de Dieu, leur fondateur, avait réalisé « l'asile de nuit ». Il hospitalisait séparément les malades et les miséreux, dans des conditions d'hygiène inconnues à cette époque, avec bâtiment isolé pour les aliénés. Après lui, les religieux de l'ordre ont maintenu ses innovations et ses méthodes, introduisant une grande amélioration dans les services sanitaires. Pour ne parler que de la France au XVIIe et XVIIIe siècles, ils ont fondé l'hopital de la Charité et une maison pour convalescents à Paris, ainsi qu'un certain nombre de petits hôpitaux de campagne avec dispensaires gratuits et visites à domicile. A une époque où le service d'administration des armées et des ambulances n'existait pas encore, ils se dévouaient aussi sur les champs de bataille, relevant les blessés, consolant les mourants.

Au début du XIXe siècle, leurs méthodes de traitement des aliénés, dans leurs maisons de Lyon, de Lille et de Dinan, inspirèrent la loi du 30 juin 1838 sur la création et l'organisation des asiles départementaux d'aliénés. Multipliant leurs initiatives, ils ouvrirent, en 1842, la célèbre clinique chirurgicale de la rue Oudinot où l'on vient aujourd'hui se faire soigner du monde entier. Ils créent en 1852, à Marseille, un asile pour les vieillards ; en 1858, à Paris, l'asile de la rue Lecourbe pour les enfants infirmes et pauvres. Ils prennent, en 1897, à Marseille, la direction d'un asile de nuit installé à la moderne, apprécié à la fois par les autorités religieuses et civiles, etc., etc.,

Répandus aujourd'hui dans toute l'Europe, hautement appréciés au Canada, ces religieux ont renoncé à tout pour se dévouer à tous jusqu'à la mort : c'est un des spectacles les plus réconfortants de l'heure actuelle, au milieu d'un monde enlisé dans le matérialisme.

Madame Récamier, par Henri DE RÉGNIER. Collection « Les Grandes Pécheresses ». Un volume 10×15 broché. Impression en deux couleurs sur beau papier. Prix : 10 francs. Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghens, Paris (XIVe).

L'éminent académicien retrace la vie de la célèbre Mme Récamier et de ses amis. A quinze ans, elle épouse un homme de quarante-deux ans, le banquier Récamier, et il semble que ce mariage ne fût qu'un mariage de camaraderie, en raison d'un défaut de conformation qui assurait à la jeune femme une infranchissable virginité. Sa beauté, sa grâce, attirèrent vite l'attention du Paris du Directoire et son salon fut bientôt fréquenté par la Société littéraire et mondaine de l'époque : Mme de Staël, La Harpe, Hoffmann, le Prince Louis Bonaparte, Eugène de Beauharnais, Masséna, Bernadotte, Chateaubriand furent ses intimes.

A trente ans, elle se vit privée, par la ruine de la banque de son mari, de sa fortune et se retira à Coppet, chez son amie Mme de Staël, qui ne l'abandonna point dans son malheur, et excella à stimuler la vie autour d'elle. Elle est à ce moment aimée par le Prince Auguste de Prusse, neveu du grand Frédéric, qui lui propose de l'épouser si elle consent à divorcer. L'accord ne se fit pas. Revenue à Paris, elle reçoit ses amis dans son salon de l'Abbaye-aux-Bois. Elle fut passionnément aimée par Chateaubriand pour qui elle conserva jusqu'à la mort de ce dernier, en 1848, le plus affectueux attachement. Elle-même mourait l'année suivante. Tous ceux qui l'avaient approchée ou même entrevue gardaient d'elle un souvenir ineffaçable.

C'est cette figure si séduisante, c'est cet esprit de goût et de mesure, ce désir de plaire, de créer autour d'elle des attachements et des sentiments, ce charme de bonté que l'on trouve rarement chez une mondaine, que M. Henri de Régnier nous dépeint avec une puissance d'évocation, une richesse de couleur merveilleuses.

Bréviaire du journalisme, par Léon DAUDET. Un volume in-16 double couronne, 15 francs. Editions de la N. R. F., Paris.

On pouvait en être certain, le nouveau livre de M. Léon Daudet s'adresse au public le plus étendu.

Certes, les « officiants » du journalisme, les jeunes surtout, liront avec profit ce bréviaire, où l'auteur a résumé son expérience de quarante ans. Ils auront même avantage à le garder sur leur table pour en méditer de temps à autre les leçons. Mais, l'homme de la rue qui, au temps que nous vivons, s'intéresse à la vie de la presse française, lira, lui aussi, avec plaisir et avec fruits ces pages où l'auteur, dans cette langue colorée et savoureuse qui lui est propre, fait revivre le monde des journaux. Ce monde, peu d'hommes l'ont connu comme lui pour l'avoir, comme lui, non seulement fréquenté, mais mêlé leur vie à sa plus intime existence. En effet, il n'est guère de feuille parisienne nouvelle d'avant-guerre, du moins de celles où l'expression d'une pensée libre et claire était permise, qui n'ait plus ou moins accueilli le jeune talent, déjà affirmé, de M. Léon Daudet.

Ceux qui apprécient la série des *Souvenirs* et les deux *Paris vécu* de l'ardent écrivain, trouveront des anecdotes et des portraits inédits, écrits de la même plume, par l'auteur du *Bréviaire du Journalisme*.

Ceux qui veulent connaître les règles que doit s'imposer le journaliste, pour réussir dans l'art délicat et difficile de se faire comprendre et aimer du public, seront également satisfaits.

Fondé en 1873. — N° 17 LE NUMÉRO : 50 Centimes 25 AVRIL 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Travaux originaux
L. NAJERA-ANGULO : Sur le premier cas de maladie de Chalier-Levrat décrit en Espagne 681
E. MARTIMOR et J. MAILLEFER : Le traitement de l'alcoolisme par l'intolérance provoquée 685

Actualités
La vulgarisation médicale, par G. Lenok 689

Cancérologie
Les recherches modernes sur l'étiologie du cancer, par J. Chatain 690

Revue de Presse étrangère
par J. Lafont 695

Sociétés savantes
Académie de Médecine 699
Académie de Chirurgie 699
Société Médicale des Hôpitaux 700
Société de Médecine de Paris 701
Société des Chirurgiens de Paris 702

Nouvelles 675

Échos et Glanures 705

Bibliographie 678, 692

NOUVELLES

Agrégation. — Le concours d'agrégation de médecine ouvert par l'arrêté du 29 octobre 1935 est reporté aux dates suivantes pour les sections ci-dessous indiquées : Section 12, obstétrique. Jeudi 7 mai 1936. — Sections 1 et 2, anatomie et histologie. Lundi 11 mai 1936. — Section 9, chirurgie générale et section 10, ophtalmologie. Vendredi 15 mai 1936. (*J. O.*, 10 avril 1936.)

Examens d'aptitude aux fonctions d'agrégé des Facultés de pharmacie. — Deux examens d'aptitude aux fonctions d'agrégé des Facultés de pharmacie, l'un de pharmacie chimique et des sciences physiques et chimiques appliquées à la pharmacie, l'autre de pharmacie galénique et de sciences naturelles appliquées à la pharmacie, s'ouvriront à Paris le 15 février 1937. (*J. O.*, 10 avril 1937.)

Concours d'agrégation à la Faculté libre de médecine de Lille. — Un concours pour une place d'agrégé dans la Section d'oto-rhino-laryngologie aura lieu au cours du deuxième semestre de 1936-1937 à la Faculté libre de Lille.

Les candidats devront s'inscrire, avant le 1er avril 1937, par lettre adressée à M. le secrétaire des Facultés catholiques. Leur inscription ne sera admise que si, au préalable, ils ont fait agréer leur candidature par le recteur des Facultés catholiques.

Le concours d'agrégateur comporte les épreuves suivantes :

Epreuve d'admissibilité : composition écrite de 3 heures, sans le secours de notes, sur un sujet d'oto-rhino-laryngologie, la note 15 sera exigée.

Epreuves définitives : Exposé des titres et travaux ; leçon orale de trois quarts d'heure ; épreuves clinique.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser soit au secrétaire des Facultés catholiques, 1, rue François-Baës, à Lille, soit au doyen de la Faculté libre de médecine, 56, rue du Port, à Lille.

Conférences du dimanche. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1935-1936, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, au grand amphithéâtre de l'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris, 26, boulevard Brune (Autobus : PC, 87, AN, Q, AF, SK). Ces conférences sont publiques et gratuites.

PROGRAMME POUR LE TROISIÈME TRIMESTRE 1935-1916. — 26 avril, M. RIBADEAU-DUMAS : Instabilité pondérale du nourrisson. — 3 mai, M. TURPIN : La génétique appliquée à la prévention des maladies humaines. — 10 mai, M. SORREL : Traitement des déformations et impotences des membres inférieurs consécutives aux paralysies infantiles. — 17 mai, M. LESNE : Les avitaminoses frustes. — 24 mai, M. BENDA : L'épituberculose chez l'adulte (projections). — 7 juin, M. GRENET : Etudes sur la puberté. — 14 juin, M. GUTMANN : Début et évolution des ulcères gastriques et duodénaux. — 21 juin, M. B. WEILL-HALLÉ : Les réactions tuberculiniques et leurs enseignements chez l'enfant (projections). — 28 juin, M. LÉVY-VALENSI : Le Docteur Marat (projections). Exceptionnellement, cette conférence aura lieu à 10 h. 30, à l'Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis.

IIIe Session des « Journées médicales de Paris » du 26 au 30 juin 1937. — Le Comité permanent des Journées médicales de Paris vient de décider d'organiser, à l'occasion de l'Exposition internationale de 1937, des Journées qui rappelleront, dans leurs lignes générales celles des deux premières sessions (1926 et 1929) et qui réuniront les médecins civils, militaires de terre et de mer, les pharmaciens, les vétérinaires et les biologistes, physiciens et chimistes français et étrangers.

Elles seront présidées par le Professeur Carnot.

Les vice-présidents seront : les médecins généraux inspecteurs Rouvillois et Morvan, les Professeurs Perrot et Goris, les Professeurs Leclainche et Nicolas ; secrétaire général : M. le Docteur Henri Godlewski ; secrétaire général adjoint : M. le Docteur Pierre-Bourgeois avec le patronage et le concours du Comité de rédaction de la *Revue médicale française*.

Le Comité français des expositions a bien voulu se charger comme pour les sessions précédentes, de l'organisation des expositions habituelles, et en a confié la direction à M. Jean Faure.

Les matinées seront consacrées, suivant la tradition, aux démonstrations pratiques, organisées dans les hôpitaux civils et militaires, ainsi que dans les Ecoles et Instituts de biologie, et grouperont toutes les branches de l'activité médicale.

Les séances de l'après-midi seront réservées à l'étude pratique du sujet suivant : *Hormones et thérapeutique endocrinienne*.

1re journée : L'hypophyse ; 2e journée : Les glandes génitales ; 3e journée : Les thyroïdes, parathyroïdes et surrénales ; 4e journée : Le foie, le pancréas et le thymus.

Ces séances de l'après-midi auront lieu dans l'enceinte de l'Exposition internationale, à proximité des stands réservés aux exposants des Journées médicales.

Il est prévu un programme de fêtes aussi brillantes que pour les Journées de 1926 et de 1929. Ce programme sera publié ultérieurement.

Tous ceux, étudiants, médecins, pharmaciens, vétérinaires et biologistes, désireux de s'intéresser aux Journées médicales de Paris 1937, sont priés de s'adresser au Service des Journées médicales · *Revue médicale française*, 18, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Cotisations : 50 francs ; 30 francs pour les membres de la famille du congressiste et les étudiants.

IIe Congrès international de lutte scientifique contre le cancer. — Le deuxième Congrès international de lutte

scientifique et sociale contre le cancer, se tiendra à Bruxelles du 20 au 26 septembre 1936, sous la présidence du Docteur Lerat, président de la Ligue nationale belge contre le cancer.

L'ordre du jour est ainsi divisé :

A) *Cancérologie scientifique* : I. BIOLOGIE. 1° Agents cancérigènes ; 2° Facteurs de prédisposition et de résistance au cancer. — II. DIAGNOSTIC. 1° Progrès dans l'établissement du diagnostic et pronostic histologiques ; 2° Progrès dans l'établissement du diagnostic radiologique ; 3° et sérologique et sérocytologique. — III. THÉRAPEUTIQUE. 1° Progrès du traitement chirurgical ; 2° rœntgenthérapie et curiethérapique ; 3° médical.

B) *Lutte sociale contre le cancer* : I. Accès du malade au diagnostic et au traitement. — II. Assistance médico-sociale aux incurables. — III. Cancer et démographie.

Parmi les rapporteurs on remarque les spécialistes français de la question : Le Bret, Regaud, Roussy.

Le secrétariat général est à Bruxelles, 13, rue de la Presse.

Muséum national d'histoire naturelle. — *Cours d'anthropologie.* — M. P. RIVET, professeur conservateur du Musée d'ethnographie, a commencé ce cours le lundi 20 avril 1936, à 20 h. 30, au laboratoire d'anthropologie, rue de Buffon, n° 61, et le continue les mercredis et lundis suivants à la même heure. Le professeur fera l'étude du peuplement de l'Amérique.

MM. P. LESTER, G.-H. RIVIÈRE, sous-directeurs du laboratoire et P. CHAMPION, assistant, feront ensuite aux mêmes jours et heures des conférences sur l'ethnologie de l'Afrique orientale, la muséologie scientifique et la tache pigmentaire congénitale.

— *Cours d'anatomie comparée.* — M. R. ANTHONY, professeur, a commencé ce cours le vendredi 24 avril 1936, à dix heures, dans l'amphithéâtre des Galeries d'anatomie comparée, rue de Buffon n° 2, et le continuera les lundis et mardis suivants, à la même heure.

Les caractères généraux et l'évolution morphologique de la dentition des mammifères placentaires.

Ce cours sera complété par des démonstrations au laboratoire et aux galeries ; leurs dates et heures seront annoncées à l'amphithéâtre.

Concours des dispensaires d'hygiène sociale. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin-chef, spécialisé, des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de la Haute-Saône.

Les demandes rédigées sur timbre, doivent être adressées à la Préfecture de la Haute-Saône (Cabinet), avant le 1er mai 1936.

Le traitement attaché à la fonction de médecin-chef des dispensaires d'hygiène sociale est fixé à 30.000 francs par an, avec augmentation de 2.000 francs tous les deux ans, jusqu'au maximum de 40.000 francs.

A ce traitement s'ajoutent diverses indemnités.

Le monument aux morts du Service de santé. — Ce monument sera édifié place d'Arsonval, à l'entrée du grand centre médical de Grange-Blanche, qui groupera, avec la Faculté de médecine et de pharmacie, la nouvelle école du Service de santé militaire, le nouvel hôpital d'instruction du Service de santé, l'Institut bactériologique, l'hôpital-école de la Croix-Rouge, l'école des infirmières, etc.

L'emplacement qui a été offert par la Ville de Lyon est le terre-plein nord, actuellement complanté d'arbres, de la place d'Arsonval, sur laquelle se trouve l'entrée principale de l'hôpital Edouard-Herriot.

Vingt et un projets ont été présentés, protégés par le plus strict anonymat ; le jury en a retenu six qui reviendront devant lui sous forme de maquettes au dixième de la grandeur normale, en mai prochain : cette dernière épreuve décidera du choix du monument à exécuter. (JOURNAL DES DÉBATS, 10 avril 1936.)

Concours pour la nomination d'internes en médecine. — Un concours pour la nomination de cinq internes en médecine à l'hospice Paul Brousse, à l'Institut du cancer, à la Maison de retraite de Villejuif et éventuellement la désignation d'internes provisoires, s'ouvrira le 22 juin 1936.

Tous renseignements concernant la nature des épreuves du concours et la situation des internes à l'hospice Paul Brousse sont dès à présent fournis en s'adressant au Service de l'Assistance départementale.

Asiles publics autonomes d'aliénés. — Ont été nommés :

M. le Docteur Stoer, reçu au concours de médecin des Asiles en 1935, médecin chef de service de 6e classe à l'Asile public autonome d'aliénés de Bassens (Savoie).

Mlle le Docteur Derombies, reçue au concours en 1935, médecin-chef de service de 6e classe à l'Asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne).

M. le docteur Toye, reçu au concours en 1935, médecin chef de service de 6e classe à l'Asile public autonome d'aliénés de Bailleul (Nord).

IVe Congrès de la Presse médicale latine (Venise, 1936.) — Le Congrès aura lieu du mardi 29 septembre au samedi 3 octobre 1936, à Venise, sous la présidence du sénateur Professeur Davide Giordano, président de la Fédération de la Presse médicale latine.

Rapports : *Histoire de la Presse médicale dans les Pays latins.* MM. Tricot-Royer (Belgique), Enrique Noguera (Espagne), P. Piccinini (Italie), da Silva Carvalho (Portugal), Valerio Bologa (Roumanie). — *Influence sociale de la Presse médicale.* M. Le Sage (Canada), T. Oliaro (Italie), Ed. Coelho (Portugal). — *L'enseignement médical et la pratique médicale dans les pays latins.* MM. C. Perez (Italie), Danielopolu et Pavel (Roumanie).

Les rapporteurs français, suisses et américains-latins restent à désigner.

Un programme très complet de réceptions, de visites et d'excursions a été prévu. Les 2 et 3 octobre, les congressistes se rendront à Trieste, Abbazia (coucher), Postumia, Gorizia, Redipuglia. Un voyage à Rome est également prévu au retour d'Abbazia.

La cotisation est fixée à 80 lires ou 100 francs français pour les membres titulaires, 40 lires ou 50 francs français pour les membres adhérents accompagnant les membres titulaires.

Pour les adhésions et tous renseignements, s'adresser au Docteur L.-M. Pierra, secrétaire général de la Fédération, 52, avenue de Breteuil, à Paris.

Les chèques doivent être établis au nom de M. Robert Gardette, secrétaire administratif de la Fédération

Hommage au Docteur Antoine Béclère. — Des amis et des élèves du Docteur Antoine Béclère, à l'occasion du quatre-vingtième anniversaire de sa naissance, le 17 mars 1936, désirent lui exprimer leur affection et leur admiration. Ils ont pensé que la meilleure manière de lui manifester leurs sentiments serait de lui offrir une médaille et un livre : la médaille portera l'effigie du maître ; le livre jubilaire contiendra un petit nombre d'articles résumant l'ensemble de son œuvre scientifique.

Tout souscripteur d'au moins 100 francs recevra un exemplaire de la médaille et du Livre jubilaire.

Le médaillon « grand format » de l'avers de la médaille de 21 cm. de diamètre et fondu en bronze, sera mis à la disposition des souscripteurs moyennant un versement supplémentaire de 100 francs.

Les adhésions et le montant des souscriptions sont reçues par M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (6e).

La date de la cérémonie sera fixée ultérieurement.

BIBLIOGRAPHIE

Divers

Anthologie de la gastronomie française, par Curnonsky et Gaston Derys. Un volume (10 × 16), br. 12 francs, relié mouton souple, 25 francs. (Collection Pallas). Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (V^e).

En ce pays de France qui est celui où l'on mange le mieux, il n'existait pas d'anthologie gastronomique.

Curnonsky et Gaston Derys, qui ont tant écrit sur le bien-manger et sont des oracles en la matière, viennent de combler cette regrettable lacune en publiant à la librairie Delagrave une *Anthologie de la gastronomie française.*

Ils ont montré que si notre littérature peut se glorifier d'admirables écrivains en tous genres, elle offre également, de Rabelais à Flaubert et de Rousseau à Baudelaire, sans parler des contemporains, une longue suite d'auteurs qui ont su exprimer en une langue parfaite, les joies délicates de la table.

L'*Anthologie de la gastronomie française* a sa place marquée dans la bibliothèque de tous les gourmets, de tous les lettrés, de tous les curieux, de tous ceux enfin qui s'intéressent aux belles et bonnes choses de la vie.

Revue des cours et conférences. Parait le 5 et le 30 de chaque mois. Abon. France : un an : 60 francs. Boivin, édit., 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 15 mars 1936 : R. Latouche : Henri Pirenne, historien de la Belgique. — A. Dauzat : La toponymie française, ses méthodes, ses résultats. — H. Tronchon : Herder et les souvenirs anglais de Weimar (I). — G. Bachelard : La dialectique de la durée (III) : La psychologie des phénomènes temporels. — G. Michaut : La Bruyère (VI). La Bruyère peintre des conditions. — G. Zelller : Les relations internationales au temps de la Renaissance (V) : Les ambassades permanentes. La diplomatie. — A. Feugère : Rousseau et son temps (X) : Le disciple préféré du vicaire savoyard, Bernardin de Saint-Pierre.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur le premier cas de maladie de Chalier-Levrat décrit en Espagne

Par **NAJERA ANGULO** (Luis)
Directeur du Centre d'hygiène de Sigüenza (Guadalajara)

En juin 1932, nous fûmes appelés pour soigner une femme qui venait d'arriver de Guinée Espagnole ; elle était rapatriée pour un processus de quelque durée qui, pour le moment la retenait au lit.

Il s'agissait d'une femme de 40 ans de constitution robuste qui à son retour de Guinée, où elle était restée un an, s'alita avec un accès de fièvre d'une grande intensité (T maintenue à 40°), frissons très répétés et sudation profuse. La malade ne se plaignait que de céphalées et d'une douleur aiguë dans le creux épigastrique. En explorant l'abdomen, nous trouvâmes un ventre souple, on ne pouvait localiser aucun point douloureux à l'exploration, et une splénomégalie moyenne. Il y avait eu émission d'urine d'aspect typique des processus fébriles. Devant ce tableau et l'état de prostration de la malade, nous nous sommes bornés à prescrire de la quinine par voie intramusculaire et *per os* et à pratiquer une prise de sang (tube et étalement). Notre diagnostic paraissait d'abord confirmé par la découverte chez cette malade d'une grande quantité d'anneaux de Plasmodium precox. Nous nous en tenons à l'examen de l'étalement.

Au jour suivant, l'état général était nettement mieux ; la fièvre était tombée, les frissons avaient disparu et les céphalées s'étaient calmées. L'état fonctionnel se rétablit aussi, la malade se plaignait de la douleur épigastrique avec irradiation dorso-lombaire et dans la région des ovaires et elle nous déclara qu'il y avait plusieurs mois, depuis qu'elle avait eu les fièvres pour la première fois en Guinée, que ses règles avaient disparu et qu'elle avait les jambes enflées : en effet, celles-ci surtout la droite présentait un œdème dur et relativement circonscrit qui nous fit penser immédiatement à celui qui accompagne la filariose par filaria Loa. Nous recueillîmes un échantillon d'urines (sucre et albumine) et après avoir prescrit de continuer le traitement nous quittâmes la malade en lui recommandant de revenir nous voir quand elle se lèverait, et à moins de quelque incident imprévu sa maladie se terminerait heureusement en trois ou quatre jours.

Avec l'idée de filariose, nous revîmes le sang pour savoir si les microfilaires ne nous auraient pas passé inaperçues, et devant l'impossibilité de les trouver et intrigués par cela, nous eûmes la curiosité de connaître l'état hématologique de notre malade ; nous examinâmes l'étalement dans le but de faire une formule leucocytaire. A peine installés au microscope notre surprise fut extraordinaire : il n'y avait là que des polynucléaires éosinophiles. En effet, ce premier examen, nous donna la formule suivante sur 200 leucocytes comptés :

Polynuc. éosinophiles	72
— basophiles	0,5
— neutrophiles : myélocytes	0
— juvéniles	1
stabkernige	2,5
segmentés	6
Lymphocytes	16
Monocytes	2

Devant ce résultat (plus loin nous verrons que ces étalements furent l'objet d'un examen détaillé dans lequel nous sommes arrivés à compter 2.000 leucocytes et comme résultat une éosinophilie à 68 %, chiffre moyen des dix examens pratiques), nous crûmes confirmée notre hypothèse de filariose, quoique modifiée puisque le sang pris à 11 heures du matin était négatif, nous pensâmes alors être en face d'un cas de filariose nocturne (wuchereria Bancrofti). Pour ce motif, la malade excita notre curiosité scientifique et nous la revîmes dans le but d'obtenir les faits de son histoire clinique et de pratiquer de nouveaux examens de sang.

L'hypothèse de la périodicité nocturne ou diurne des microfilaires dans le sang, nous détermina à revoir la malade à neuf heures du soir pour faire à ce moment une nouvelle prise de sang. Nous disons d'abord qu'elle fut négative de même que deux autres que grâce à la gentillesse de la malade, nous pûmes pratiquer à minuit plusieurs jours après quand elle fut rétablie.

L'histoire clinique de la malade, nous précise les détails suivants : antécédents héréditaires sans intérêt. Dans l'enfance, coqueluche et rougeole. Dans l'adolescence, typhoïde avec une convalescence rapide. Depuis, elle a toujours joui d'une excellente santé jusqu'à ce qu'elle parte en Guinée, en voyage de tourisme accompagnant une amie mariée qui est allée s'établir là-bas. A peine arrivée, elle prit un accès de paludisme qui céda rapidement au traitement, mais qui la laissa sans appétit et avec un état général médiocre caractérisé par de l'asthénie ; pas d'autres troubles pendant le temps passé en Afrique, sauf les trois derniers mois pendant lesquels survinrent des troubles menstruels caractérisés par un retard des règles jusqu'à une disparition totale peu de temps avant son retour en Espagne. Pendant la période menstruelle des douleurs lancinantes apparurent dans le creux épigastrique la région dorso-lombaire et les fosses iliaques et quelquefois endolorissement de la nuque et de la région sous-occipitale. Sensations paresthésiques et dysesthésique fréquentes qui gênent ou au moins préoccupent beaucoup la malade, et aussi fréquemment à la moindre impression des bouffées de chaleur et suffocation au niveau de la face. D'autres fois apparaissaient des palpitations qui survenaient au moindre effort ou après une sensation subjective.

Elle déclare qu'en diverses parties apparurent des saillies sous-cutanées qui s'indurèrent rapidement et dont la durée est très variable sans toutefois dépasser plus de cinq jours et dont la dimension ne dépasse pas celle d'un œuf de pigeon ; quelquefois, elle a noté un œdème de la lèvre supérieure. Les jambes enflent aussi quoique l'œdème atteigne ordinairement une plus grande extension et en plus augmente en faisant de l'exercice ou en station debout.

L'examen nous a permis de reconnaître les détails suivants :

Instabilité pulsatile bien marquée, cœur percussion normale, à l'auscultation, souffle systolique de pointe avec une petite zone de propagation sous l'aisselle gauche. Nous ne prenons pas la tension, mais le pouls n'était pas hypertendu, ni ne présentait rien d'anormal sauf sa rapidité en concordance avec la fièvre.

Pas d'anomalie à l'appareil respiratoire.

L'appareil digestif sauf les troubles légers déjà signalés conserve l'intégrité de ses fonctions. Les selles sont normales y compris leur fréquence de même que leur caractère physique et organique ? Point sur lequel nous insistons en prévision de parasites intestinaux qu'il pourrait y avoir.

Pour le reste, nous avons déjà vu que la palpation de l'abdomen ne nous permit de localiser aucun point douloureux, mais une douleur diffuse à la pression des deux régions ovariennes, plus vive dans le côté gauche.

Nous avons déjà dit que nous trouvâmes l'existence d'une splénomégalie. De même, nous vérifiâmes l'existence d'une petite hépatomégalie.

Au début de sa maladie et au cours de celle-ci, il y eut plusieurs épitaxis.

Les gencives saignaient avec facilité au moindre frottement par exemple : en se lavant les dents même en le faisant avec soin.

Le système nerveux n'accusait aucun trouble, les réflexes tendineux et pupillaires restaient normaux. Quelques-uns des

troubles observés nous poussaient à explorer le réflexe oculo-cardiaque, il était inversé (tachycardie), en rapport avec l'état sympathicotonique que ces troubles révélaient.

Examens de laboratoire. En plus de ceux déjà indiqués, on pratique une numération globulaire qui donna les chiffres de 10.600 leucocytes et 3.200.000 hématies par millimètre cube. On ne fit pas la numération des plaquettes ni on ne détermina la vitesse de coagulation ni le temps de saignement. L'examen parasitologique du sang pratiqué à des heures différentes du jour et de la nuit nous fit écarter l'existence de microfilaires ; les mêmes résultats furent trouvés à l'examen des fèces (pratiqué à trois occasions différentes avec des intervalles de huit et dix jours étant donnée l'existence possible d'hématelminthes ou de protozoaires intestinaux.

Le Bordet-Wassermann et autres réactions Kahn et Meinicke furent faits avec des résultats négatifs. Celles de Weinberg et Casoni nous permirent d'exclure l'équinocose.

Evolution clinique. — La phase aiguë du paludisme passée et continuant le traitement par la quinine, nous prescrivîmes opothérapie ovarienne et une préparation calcique par voie intra-veineuse.

Les effets de cette médication furent assez rapides. Avant qu'un mois se fut écoulé depuis le début de la prescription la malade disait qu'elle se trouvait bien mieux au sujet de ses troubles subjectifs.

Cependant les œdèmes persistaient quoique très atténués, la splénomégalie avait diminué aussi et l'éosinophilie était même descendue au-dessous de la moitié du chiffre initial. Les hémorragies nasales disparaissent complètement. Pendant ce temps, la malade avait pris 2.400 gr. et les règles étaient revenues.

Les détails analytiques réunis dans le tableau suivant donnent une idée de l'évolution hématologique.

Date	Hématies	Leucocytes	Basophiles	Eosinophiles	Myélocytes	Métamyélocytes	Stabkernige	Segmentés	Lymphocytes	Monocytes
7 juin.	3.200.000	10.600	0,5	68	0	2,5	4	8	14	3
15 juin.			1	49	1	0	0	12	35	2
21 juin.		7.500	1	53	0	1	3	13	28	1
1er juill.	4.000.000	9.000	2	32	0	2	3	20	37	4
20 juill..			0,5	26	0,5	0	0	16	54	3
8 août.			0	36	0	1	1	14	45	3
23 août..			0,5	24	0	0	1,5	25	45	4
3 sept..			0,5	30	0	1,5	2	22	43	1

Après le dernier examen nous perdîmes de vue la malade qui avait dû quitter l'Espagne.

Jugement clinique. — Il paraissait indubitable que nous nous trouvions devant un cas d'insuffisance ovarienne qui, par action sur le sympathique avait déterminé un tableau de troubles sympathiques classifiables dans le groupe certainement complexe de l'œdème angioneurotique ou maladie de Quincke et le résultat de la thérapeutique venait aussi le confirmer. Nous ne croyons pas que d'autres détails du tableau clinique méritaient plus grande attention.

Aussi le petit syndrome hémorragique était suffisamment expliqué par la grande destruction des hématies que donna l'accès paludique et que l'examen hématologique mettait en évidence par la présence de globules anormaux semi-lunaires de Sergent et anneaux de Cabot et normoblastes, signe évident d'une activité régénératrice érythrocytique.

Resterait la splénomégalie, mais nous pensons que c'était une séquelle du paludisme.

Disons enfin que notre curiosité scientifique fut un peu satisfaite quand en relisant la littérature, nous trouvâmes que déjà Keefe et Matas (cités par Enriquez, Lafitte et leurs collaborateurs dans leur traité de pathologie interne) avaient observé des cas d'œdème de Quincke dont la pathogénie devait être attribuée au paludisme.

Mais il était indiscutable que le fait le plus saillant de notre cas, sa grande éosinophilie restait pour nous dans le mystère sans que la recherche dans les livres et les revues ne nous donnât sur elle la moindre lumière.

Il était nécessaire, à première vue, de l'introduire dans le compartiment si souvent employé des maladies idiopathiques et là, ce cas n'aurait pas eu la chance de rentrer sur la description de Chalier-Levrat que ces auteurs publièrent par la suite. L'amabilité du Docteur Chalier avec qui nous obtînmes de nous mettre en relation, nous mit en possession de la littérature existant sur la question, entre autre l'intéressante monographie de Magne dans laquelle est recueillie et commentée tout ce qui a paru jusqu'à sa publication. Nous y renvoyons le lecteur qui désire connaître amplement cette question car, voulant respecter les règles normales, nous allons nous borner à exposer les caractéristiques les plus marquantes de cette nouvelle entité nosologique dans laquelle nous croyons faire entrer parfaitement le cas qui nous occupe.

La maladie de Chalier-Levrat. — De l'analyse de l'observation princeps de ces auteurs ainsi que de leur élève Magne, et d'autres encore inédites, et de celles recueillies par lui dans la littérature ainsi que celle que nous faisons connaître, nous pouvons déduire le concept clinique et pathogénique suivant de la maladie de Chalier-Levrat que nous résumons en disant que c'est un *syndrome caractérisé par une hyperéosinophilie sans hyperleucocytose accompagné d'une splénomégalie et d'une tendance à la production d'hémorragie produite par une insuffisance splénique d'étiologie toutefois ignorée, quoique dans un grand nombre de cas la syphilis semble jouer un rôle très important.*

Conformément, à cette conception, notre cas peut se ranger comme une maladie de Chalier-Levrat bien que quelques remarques spéciales soient nécessaires. Il est évident que tout l'ensemble symptomatique ne cadre pas dans la définition antérieure, mais il n'est pas moins certain qu'à la lumière de cette conception, il apparaît totalement éclairci, si, comme il est logique, nous admettons que la même cause déterminante des troubles endocriniens et sympathiques, soit celle ayant agi sur la rate et par l'intermédiaire de cet organe, sur le système régulateur de la leucopoïèse qui fut à l'origine de la grande éosinophilie. En admettant cela, il résulterait que, dans le cas de notre malade, il ne s'est pas agi de syphilis, mais que l'agent étiologique initial fut le paludisme.

Le rôle de la syphilis paraît comme indubitable et primordial dans quelques observations, et comme possible dans d'autres, au total, neuf sur vingt-six reconnues jusqu'à cette date ; mais nous faisons remarquer que dans ses observations, Magne a réuni seulement les cas de grande éosinophilie qu'il a trouvé décrits parmi lesquels figure celui très intéressant d'éosinophilie familiale de de Buen qu'il n'a pas fait rentrer dans le syndrome de Chalier-Levrat.

Nous croyons cependant que la base pathogénique de cette maladie doive être élargie en donnant une place au paludisme et peut-être à d'autres infections qui peuvent exercer autant d'influence qu'elle dans le mécanisme régulateur de l'érythro-leucopoïèse et par conséquent, plus que la syphilis. D'autre part, notre observation offre avec celle de Debenedetti (*Hematologica*, 1923, page 394), une parenté digne d'être tenue en ligne de compte qui est l'influence ou la coïncidence d'un syndrome endocrinien.

Pour terminer, nous devons attirer l'attention sur un fait qui constitue comme la rubrique hématologique de cet intéressant problème. Déjà Chalier et Levrat avaient établi une différence avec la leucémie myéloïde à éosinophiles basée sur ce que dans la maladie de leur nom tous les éosinophiles sont des *éosinophiles adultes*.

Nous avons confirmé dans notre cas, une telle particularité, mais en la complétant par l'observation de pléocaryocite de Pittaluga. On sait que les polynucléaires éosinophiles de plus de trois noyaux constituent une véritable rareté à un tel point que Arneth signale pour les éosinophiles de quatre noyaux une proportion de un pour cent dans le sang normal. Ferrata juge que ceux de trois ou quatre noyaux se voient assez rarement. Gimenez Asua qui étudie la question avec précision

trouve seulement dans quelques cas des éosinophiles à quatre noyaux. Aucun d'eux ne mentionne les éosinophiles à cinq noyaux ou plus. Cependant, Nægeli dit, à notre avis avec quelque légèreté, qu'il n'est pas rare d'observer (dans les éosino) 3, 4, 5 segments avec des points d'union plus ou moins fins. Quoi qu'il en soit, il nous paraît important de signaler que les pléocaryocitos éosinophiles n'ont été vus ni cités en hématologie humaine, quoique, comme on le sait, il y ait des espèces animales qui puissent les présenter. Ce fait nous paraît suffisamment significatif pour y attirer l'attention parce qu'il constitue à notre avis un caractère spécifique de l'éosinophilie qui accompagne la maladie de Chalier-Levrat.

Selon nos observations, l'indice d'Arneth qui correspond aux éosinophiles dans ce cas, est le suivant :

Nombre de noyaux......	1	2	3	4	5	pléocar.
Pourcentage des éosino.	2	60	24	10	3	1

En résumé, nous croyons que notre cas doit être considéré comme le premier qui ait été décrit en Espagne de maladie de Chalier-Levrat ou insuffisance splénique éosinophilique et que son analyse oblige à élargir la base étiologique et pathogénique de ce processus en reconnaissant l'influence du paludisme, et qu'il est nécessaire d'accepter comme caractéristique hématologique d'une grande signification diagnostique l'existence d'un indice d'Arneth éosinophilique considérablement dévié à droite et aussi la découverte possible de pléocaryocites éosinophiles.

Le traitement de l'alcoolisme par l'intolérance provoquée

Par

E. MARTIMOR, Médecin chef et J. MAILLEFER, Interne

des Asiles de la Seine

La thérapeutique des troubles mentaux aigus ou subaigus d'origine éthylique, telle qu'elle est pratiquée généralement, comprend deux étapes : en premier lieu, traitement de l'état toxi-infectieux qui a déterminé les symptômes délirants ou les anomalies du comportement constatés chez le malade; ensuite cure de sevrage destinée à supprimer « l'état de besoin ».

Dans la grande majorité des cas, une telle thérapeutique donne des résultats immédiats satisfaisants, mais les rechutes sont fréquentes une fois que le malade est sorti de l'asile.

Une thérapeutique vraiment efficace devrait donc viser à mettre l'alcoolique dans l'impossibilité de s'intoxiquer à nouveau.

Des essais faits dans ce sens la littérature médicale a gardé bien peu de traces et c'est surtout dans la quatrième page des journaux qu'il est question de «l'ivrognerie vaincue» et de l'efficacité de remèdes secrets employés dans ce but. Certaines de ces drogues se sont révélées, paraît-il, tellement actives qu'elles tuent non seulement l'ivrognerie, mais aussi l'ivrogne. D'autres, par contre, sont à peu près inoffensives pour l'un et pour l'autre.

Il y a eu cependant des essais thérapeutiques plus scientifiques. En 1903, Sapelier et Dromard ont eu recours à un sérum prélevé sur le cheval alcoolisé. Ce traitement se serait montré efficace, mais il vise simplement à supprimer chez l'intoxiqué l'accoutumance et l'état de besoin. Un tel résultat est insuffisant chez l'alcoolique d'asile, qui, une fois sorti, retombe dans un milieu où la consommation du vin et des spiritueux est élevé à la hauteur d'un rite social auquel il est difficile de se soustraire. Il ne suffit donc pas que l'alcoolique guéri n'éprouve plus le besoin impérieux de boire : il faut que les boissons alcooliques lui inspirent une véritable répulsion physique.

On a, pour cela, fait appel à des mécanismes se rattachant aux « réflexes conditionnels » de Pavlov, ou, plus exactement, les théories de Pavlov ont été utilisées pour donner une explication logique à des données empiriques connues de longue date. Il est en effet de notion courante qu'un aliment, une boisson ayant provoqué autrefois une indigestion, ou ayant été associés à un médicament de goût répugnant ne sont plus tolérés par le sujet, à cause des souvenirs nauséeux qui leur restent attachés. C'est ainsi par exemple que certains enfants ne peuvent supporter la vue ou l'odeur de l'orange parce qu'un jour on leur a fait absorber de l'huile de ricin mélangée au jus de ce fruit. Pour obtenir la même répulsion à l'égard des boissons alcooliques, il était logique d'accompagner leur absorption de l'administration de substances provoquant des nausées ou des vomissements. L'ipéca, l'apomorphine ont été utilisés dans ce but.

On a eu recours également à des chocs thérapeutiques accompagnant l'ingestion d'alcool (chocs que cet appoint toxique rend d'ailleurs particulièrement violents). C'est ainsi que de bons résultats ont été obtenus par l'auto-sérothérapie avec du sérum de vésicatoire, ou encore par l'auto-hémothérapie.

Le service spécial d'alcooliques de l'Asile de Ville-Evrard, qui reçoit tous les aliénés alcooliques de la Seine, nous offre un vaste champ d'expérience pour contrôler l'efficacité de ces diverses méthodes. Nous apportons pour le moment les premiers résultats de deux d'entre elles, auto-hémothérapie et ingestion d'ipéca, qui ont été expérimentées sur quarante-cinq sujets.

C'est d'abord l'auto-hémothérapie qui a été employée seule (dans 11 cas). Il s'agissait de malades internés pour des accès d'onirisme ou d'agitation d'origine éthylique, buveurs notoires, avouant leurs excès, qui consistent surtout en abus du vin rouge. Le traitement a été institué après disparition complète des troubles mentaux. Ils recevaient chacun par jour un litre de vin rouge titrant 9° et l'on veillait à ce que cette quantité soit consommée en entier. Tous les deux jours, on prélevait sur chacun d'eux par ponction veineuse 10 c.c. de sang qui étaient réinjectés aussitôt dans les muscles fessiers. Cette injection a été pratiquée dans la plupart des cas le matin à jeun. Nous l'avions située pour quelques sujets après le repas de midi, pour la rapprocher de l'ingestion de vin, mais les résultats ont été moins bons qu'avec l'injection matinale.

Chez six malades le traitement n'a donné que de légers malaises et l'ingestion de vin restait agréable. Par contre les cinq autres ont éprouvé, dans les heures qui ont suivi l'injection de sang et dans la journée du lendemain, des troubles divers ; nausées, vomissements, pyrosis, diarrhée, céphalées, sueurs, troubles de la vue (brouillards), insomnie, asthénie, battements de cœur, démangeaisons.

Jusqu'à la deuxième ou troisième injection le goût du vin reste en général agréable, mais, à mesure que le traitement se prolonge, les malades trouvent à leur boisson

favorite une saveur de plus en plus désagréable, diversement décrite par chacun d'eux : âcreté, acidité, amertume. Enfin apparaît une véritable répulsion qui affecte non seulement le goût du vin mais aussi son odeur et même sa vue, répulsion s'accompagnant souvent d'un état nauséeux.

Jugeant insuffisant le pourcentage des résultats obtenus par la seule auto-hémothérapie, nous lui avons adjoint l'ingestion d'ipéca : 0 gr. 40 d'extrait d'ipéca ont été mélangés à la ration journalière de vin. Pour éviter les supercheries de ceux qui auraient voulu se soustraire au traitement, le mélange était fait à l'insu des buveurs. Le goût du vin n'était nullement modifié. Les résultats ont été analogues à ceux que donnait, dans les cas heureux, l'auto hémothérapie employée seule, mais plus précoces, plus nets et plus constants. A plusieurs reprises, en raison de diarrhées persistantes, l'adjonction d'ipéca au vin a été interrompue pendant un ou deux jours : quelques malades ont continué à vomir pendant cette interruption et à ressentir les malaises précédemment décrits.

Après quinze repas suivis de vomissements (résultat obtenu au bout d'un temps variant entre trois et huit semaines), le traitement cesse et le malade s'abstient complètement de vin. Quelques troubles digestifs persistent encore pendant la première semaine, s'atténuant de jour en jour. Lorsque tout est rentré dans l'ordre, nous faisons absorber un verre de vin pur, sans mélange d'ipéca. On voit alors le malade manifester des signes de répulsion et, soit immédiatement, soit quelques minutes plus tard, l'état nauséeux apparaît à nouveau, accompagné le plus souvent de signes objectifs qui font éliminer l'hypothèse de simulation : pâleur du visage, sueurs froides, pouls faible et accéléré, baisse de la tension artérielle ; on a même constaté, dans certains cas, un état lipothymique. Fréquemment des vomissements surviennent et se répètent dans la journée, accompagnés, en général, de diarrhée. Trois ou quatre semaines plus tard « l'épreuve du verre de vin » est renouvelée et provoque les mêmes symptômes d'intolérance. La sortie du malade est alors proposée et, lorsqu'il quitte l'asile, nous lui recommandons de rester sobre et demandons à la famille de nous tenir au courant des résultats du traitement. Nous avons reçu de nombreuses lettres nous signalant que les sujets traités restaient abstinents. Dans certains cas un essai de reprise de l'usage du vin avait été tenté, mais avait dû être abandonné, en présence du retour des phénomènes d'intolérance.

Aucun accident sérieux n'a été noté au cours du traitement. Certains sujets se sont plaints de la persistance prolongée de céphalées, d'anorexie, d'insomnies, parfois d'une légère anxiété, après la cessation de l'auto-hémothérapie, mais ces divers troubles ont disparu dans un délai maximum de deux ou trois semaines.

L'auto-hémothérapie étant, de tous les traitements de choc, le moins dangereux, ses contre-indications sont rares. Nous avons éliminé cependant les sujets par trop débilités, les cardiopathies mal compensées, les tuberculoses en évolution.

***

Tels sont les résultats de nos premiers essais thérapeutiques tendant à créer l'intolérance à l'alcool. On a vu qu'il a été fait appel à la combinaison de deux procédés : provocation d'un état nauséeux et auto-hémothérapie. Chacun d'eux relève de mécanismes assez différents. L'ingestion d'ipéca vise à établir un réflexe conditionnel occasionné par la vue, l'odeur et le goût du vin et constitué par le vomissement. Quant à l'injection de sang, son mode d'action est plus complexe et moins bien connu. Le choc protéinique qu'elle détermine crée-t-il un état d'anaphylaxie pour l'alcool, une sensibilisation pour ce poison, ou encore une hypervagotonie, augmentant la susceptibilité aux toxiques (1) ? Ce sont là des hypothèses dont la valeur ne peut être établie que par d'assez longues recherches. Nous les entreprendrons ultérieurement. Avant de chercher à savoir comment l'auto-hémothérapie provoque l'intolérance à l'alcool, il fallait d'abord être sûr que cette intolérance fût réellement obtenue et qu'elle persistât de façon durable. Nos premiers essais nous ont donné quelques résultats heureux dans ce sens, mais aussi quelques échecs. C'est pourquoi nous avons eu recours à l'ipéca dont l'action est beaucoup plus constante (cinq échecs seulement sur quarante-cinq cas). Le traitement par le choc sanguin a été maintenu néanmoins car il paraît avoir sur l'ipéca l'avantage d'être polyvalent. Tandis que le réflexe conditionnel obtenu par l'administration simultanée d'ipéca et de vin provoque le dégoût du vin à l'exclusion d'autres boissons alcooliques d'odeur et de goût différent, on peut supposer que l'intolérance établie par l'auto-hémothérapie s'applique à toutes les boissons renfermant de l'alcool. Elle s'étendrait même, semble-t-il, à d'autres toxiques. Plusieurs de nos malades se sont plaints, en effet, au cours du traitement, de ne pouvoir supporter le tabac alors qu'ils étaient grands fumeurs auparavant. D'ailleurs l'imprégnation préalable par le toxique ne serait pas indispensable. Certains auteurs auraient obtenu l'intolérance à l'alcool en imposant l'abstinence complète à leurs malades pendant l'auto-hémothérapie.

Nous vérifierons ce fait particulièrement intéressant au point de vue du mécanisme du traitement. Il y a d'ailleurs beaucoup d'autres points à étudier dans ce sens, notamment les causes des échecs, l'influence possible du tonus végétatif dans ce cas, les moyens d'obvier à cette action empêchante.

Il sera intéressant également d'essayer d'autres méthodes de traitement telles que l'apomorphine, les lipides végétaux préconisés par Dupouy dans la thérapeutique des toxicomanies par stupéfiants, l'insuline qui, par son action vagotonisante, pourrait déterminer une sensibilisation à l'alcool allant jusqu'à l'intolérance.

Nous avons l'intention d'expérimenter ces diverses méthodes, mais il est à souhaiter que d'autres chercheurs s'appliquent également à réaliser le traitement de l'alcoolisme par l'intolérance provoquée, seul moyen d'éviter les rechutes de l'intoxication. Nous serions heureux si cette brève note préliminaire avait pu les y inciter.

BIBLIOGRAPHIE

THEBAULT. — Behandelung der ersten Periode des Alkoholischen Serum. *Clin. Therapie Wochens. Wien.*, VIII, 441-447, 1904.

SAPELIER et DROMARD. — L'alcoolomanie. Son traitement par le sérum antiethylique. Paris. Doin 1903.

ACOSTA. — El suero antialcoholico. *Cron. Med. Quir. de la Habana*, XXX, 267-272, 1904.

ACOSTA. — El suero antialcoholico. *Cron. Med. Quir. de la Habana*, XXXI, 247-249, 1905.

HERNANDEZ T. — La autoseroterapia ascitica y antialcoho-

(1) D. SANTENOISE a montré que « chez les sujets vagotoniques à réflexe oculo-cardiaque très marqué, on observe une susceptibilité très grande aux poisons ». (Pneumogastrique, appareil thyroïdien et activité cérébrale, Paris, Legrand 1929. p. 133). Nous avons essayé d'établir par la recherche du réflexe oculo-cardiaque avant et après le traitement, si l'intolérance au vin obtenue chez nos alcooliques relevait de ce mécanisme. Les résultats n'ont pas été concluants.

lica. *Cron. Med. Quir. de la Habana*, XXXVIII, 169-172, 1912.
DELFINO. — La seroterapia antietilica. *Semana medica*, Buenos-Aires, XX, pl. 2, 1577, 1913.
E. ESCOUREL. — Success of integral modified autoserum therapy in inveterate alcoholism case. *Cron. Med. Lima*, p. 279, septembre 1928.
MITKUS W. — Experimental treatment of alcoholism with auto-hemotherapy. *Polska Gazeta lek*, VII, p. 576-578, 5 août 1928.
E. ESCOUREL. — El primer alcoholico inveterado curado por la autoseroterapia integral modificada. *Cron. Med. Lima*. 45, 279-281, septembre 1928.
E. ESCOUREL. — *Siglo med.*, 83, 210-219, 12 janvier 1919.
E. ESCOUREL. — *Revue de méd.* (Rosario), nº 31, p. 43-46, février 1929
H. KÜNZLER. — Les résultats thérapeutiques de l'Asile des alcooliques, Ellikon, près de Zurich. *Allg. Zeit. f. Psych.*, p. 92, 1930.
K. KALLENBERG. — Le traitement de l'alcoolisme par la persuasion à l'état d'hypnose. *Zentralblatt für Psychopathologie*. Heft 10, 1931.
J. LOPEZ LOMBA. — La auto hemóterapia tratamente muy eficaz del alcoholismo inveterado. *Rev. Med. Catino am.* 17, 710-714, février 1932.
L.-C. WANITRAUB. — Sur le mode d'action de l'auto-hémothérapie. Société Dermat. de Syphiligraphie, 14 décembre 1933.
R. DUPOUY et M. DELAVILLE. — Le traitement des toxicomanies par l'émulsion de lipides végétaux. *Presse Médicale*, 12 décembre 1934.
G. ICHOK. — Les réflexes conditionnels et le traitement de l'alcoolique. *Progrès Médical*, 10 novembre 1934.
A. MARKOVNIKOV. — Le traitement de l'alcoolisme au moyen de la suggestion et de la formation d'un réflexe conditionnel provoquée par une gorgée de spiritueux. *Sovietskaïa Vratchebnaïa Gazeta*, nº 10, p. 808, 1934.
J. SEDILLOT. — Interprétation du mode d'action de l'autohémothérapie. Clinique et Laboratoire. 28 février 1934.
CARRATALA. — Emploi de l'auto sérothérapie avec du sérum de vésicatoire dans le traitement des toxicomanies. *Rev. criminol., psychiatria y med. leg.*, juin 1935.

ACTUALITÉS

La vulgarisation médicale

Depuis quelque temps, un souffle de mécontentement agite certains milieux du Corps médical. Faut-il parler d'une guerre ou d'une simple discorde ? Faut-il croire à la formation de véritables camps ennemis, ou aux banales escarmouches entre amis ? Faut-il s'émouvoir outre mesure, ou bien ne pas attribuer d'importance aux discussions, encore empreintes de la plus grande courtoisie, mais qui risquent de s'envenimer ?

Toutes ces questions, et tant d'autres, se présentent à l'esprit objectif à une époque tourmentée, si riche en incidents, et dont on ne connaît pas le lendemain. Le mieux serait d'examiner, en toute tranquillité, les divers griefs et de tâcher de se faire une opinion. Peut-être pourrait-on arriver, sinon à une entente, satisfaisante pour tout le monde, tout au moins à quelques règles de principe. De cette façon, une ligne salutaire de conduite pourrait être tracée, pour empêcher les uns et les autres de s'engager dans une voie incompatible avec la bonne moralité du médecin, avec l'autorité du praticien, autorité toute de propreté inattaquable, parfois non dépourvue d'une grandeur émouvante.

Rappelons, tout d'abord, que c'est à la date du 30 mars 1935, que la Société de Médecine de Paris, particulièrement émue par la publicité éhontée pharmaceutique et surtout médicale, qui, par la voie de la presse d'information ou de vulgarisation, par le cinématographe, par des tracts, par des affiches, tente d'abuser de la souffrance et de l'ignorance des malades, met en garde ceux-ci contre des méthodes à caractère essentiellement commercial. Elle émet le vœu que les Associations médicales, professionnelles ou syndicales, interviennent énergiquement auprès des Pouvoirs publics pour mettre un terme à une situation qui compromet la Santé publique, tout en dévalorisant la réputation séculaire du Corps médical français.

Après ce vœu, citons un autre, adopté à l'unanimité dans la séance du 29 juin 1935, par le Conseil d'administration du Syndicat des Médecins de la Seine :

« Le Syndicat des Médecins de la Seine, ému par la publi-
« cité médicale sans scrupule qui, par la voie de la presse
« d'information, par la presse de vulgarisation dite scientifi-
« que, par le cinématographe, par T. S. F. ou par affiches,
« tente d'exploiter la souffrance et la crédulité des malades,
« met le public en garde contre ces pratiques dangereuses et
« de caractère essentiellement commercial. Il décide d'user
« de rigueur envers les médecins coupables de ces défaillances
« professionnelles et d'intervenir énergiquement auprès des
« Pouvoirs publics pour mettre un terme à une situation qui
« compromet la Santé générale et porte préjudice à la répu-
« tation de loyauté du Corps médical français. Le S. M. S.
« remercie les groupements médicaux qui ont déjà élevé leurs
« protestations contre ces pratiques et demande à l'ensemble
« des médecins d'apporter leur concours à cette œuvre de
« redressement moral. »

Pour terminer avec les citations, notons encore que, déférant au vœu, voté par le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement dans la séance de février 1936, le Comité propose à l'assemblée générale l'insertion, dans les statuts, des trois articles suivants :

ARTICLE 1er. — Ne seront pas admis dans la Société des confrères qui se livrent à une réclame franche ou déguisée auprès du grand public (presse, T. S. F., cinéma, prospectus, affiches, conférences publiques, etc.) ou qui accordent leur collaboration à des journaux ou revues ne s'adressant pas au Corps médical.

ARTICLE 2. — Seront déférés au Conseil de famille, et après avertissement et récidive, exclus de la Société, les confrères qui se livrent à une réclame franche ou déguisée auprès du grand public (presse, T. S. F., cinéma, prospectus, affiches, conférences publiques, etc.) ou qui accordent leur collaboration à des journaux ou revues, qui ne s'adressent pas exclusivement au Corps médical.

ARTICLE 3. — En attendant la fixation officielle d'un Code médical, ne sont pas visés par ces articles les chroniqueurs médicaux habituels des journaux d'information ou de certains hebdomadaires, qui se limitent, dans leurs rubriques, à des notions élémentaires non tendancieuses d'hygiène sociale ou générale.

***

De ces trois vœux, on retiendra surtout que la vulgarisation médicale ne se trouve point interdite. On veut simplement lui enlever son caractère de réclame médico-pharmaceutique. Autrement dit, on permet au médecin de faire entendre sa voix de professeur, mais sans qu'il en résulte un avantage personnel d'ordre financier.

En ce qui concerne la T. S. F., les Anglais ont trouvé un moyen rationnel d'enlever aux exploits oratoires médicaux tout caractère répréhensible. En effet, par suite d'une convention entre la British Broadcasting Corporation et le General Medical Council, les conférences médicales par T. S. F. devront dorénavant être anonymes. Aucune allusion ne devra y être fait permettant d'identifier l'auteur. En outre, les textes de conférences devront être déposés, au préalable, au General Medical Council.

La mesure, adoptée en Angleterre, ne sera efficace que si les sujets traités subissent un contrôle rigoureux. L'anonymat, cela va de soi, ne suffit pas pour qu'une conférence ne soit pas

◆◆

nuisible aux intérêts des malades et de la bonne renommée du Corps médical.

La constitution d'une espèce de jury, de commission de contrôle ou de moralité appliquée, présente une série d'inconvénients. D'autre part, l'interdiction pure et simple de toutes les notions médicales soi-disant tendancieuses, sera un moyen draconien qui ne réunira guère l'unanimité des suffrages. On risque de heurter l'esprit d'indépendance de médecins journalistes qui remplissent, honnêtement et consciencieusement, une mission d'information hautement utile.

Puisque l'esprit de lucre, la recherche d'une clientèle plus étendue, le désir de faire connaître, à la fois, son adresse tout court et son adresse thérapeutique, peuvent guider l'auteur d'une conférence ou d'un article, le mieux serait d'interdire tout exposé touchant l'art de guérir qui ne serait pas d'une portée générale. Si la méthode envisagée peut faire croire que, pour son succès, une technique spéciale, une instrumentation particulière, ou toute autre intervention personnelle soient nécessaires, eh bien, que l'auteur ingénieux reste totalement inconnu.

G. Ichok.

CANCÉROLOGIE

LES RECHERCHES MODERNES SUR L'ÉTIOLOGIE DU CANCER

L'ensemble des travaux modernes semble permettre à présent d'écarter toute théorie infectieuse mettant en cause, pour pour expliquer le cancer, un germe ou un virus cytotrope. De plus en plus, les recherches s'orientent dans le sens d'une perturbation cellulaire à la base de laquelle se trouveraient des facteurs physiques ou chimiques et, peut-être, commence-t-on à entrevoir quels pouvaient être ces facteurs. Nous étudierons l'action cancérigène des goudrons, l'action œstrogène de ces hydrocarbures, puis l'influence de la folliculine dans la carcinogénèse, enfin nous verrons que l'étude de la structure chimique de ces divers corps a permis de les rapprocher.

Action cancérigène des goudrons — On sait que le cancer du goudron est, parmi les cancers professionnels, un des cancers les plus fréquemment observés. Ces cancers affectent toutes les formes d'épithéliomes de la peau avec prédominance du type spinocellulaire. Jansen (1) a rapporté des observations de cancers de la vessie chez des malades traités par du goudron pendant de longues périodes, pour du psoriasis. Yamagiwa et Ichikawa, en 1915, ont montré que l'on pouvait produire un cancer cutané au niveau des oreilles du lapin par application de goudron. Ce sont les composants les plus volatils de la distillation des goudrons qui sont responsables des propriétés carcinogènes de ceux-ci : ils ont été isolés chimiquement, identifiés et préparés. Lœb (2) a énuméré sept des principaux hydrocarbures carcinogéniques, et il a constaté qu'en général, leur structure moléculaire consiste en chaînes attachées aux positions 1 : 2 et 5 : 6 de l'anneau anthracène.

Action œstrogène des hydrocarbures carcinogènes. — Cook et Dodds (3) ont étudié l'activité œstrogène des hydrocarbures carcinogénétiques et ont montré que l'on pouvait obtenir un œstrus complet avec 100 milligrammes de 1 : 2 benzipyrène et de 5 : 6 cyclopenteno — 1 : 2 benzo-anthracène. Ces deux produits sont, donc, à la foi carcinogènes et œstrogènes.

Influence de la folliculine dans la carcinogénèse. — Loeb, en 1923, a montré qu'une castration précoce des souris femelles appartenant à une lignée héréditairement possédant une grande quantité de cancers du sein, réduit à zéro ou presque la fréquence de ce cancer. Lacassagne (4), en injectant des doses importantes de benzoate de folliculine, a pu provoquer le cancer mammaire chez des souris mâles faisant partie d'une lignée dans laquelle on observait 72 % de cancers du sein chez la femelle et aucun chez les mâles. Bagg, reprenant les expériences de Michalowsky, a mis en évidence l'influence de la stimulation hormonale dans le développement de certains cancers : en injectant du chlorure de zinc dans les testicules d'oiseaux, il a pu obtenir le développement de tératomes durant la saison des amours. Mais, en traitant ces oiseaux également par des extraits de lobe antérieur d'hypophyse, il a pu aussi obtenir le développement de tératomes à toute autre saison.

Lacassagne, Lœwe, Engle ont mis en évidence la présence, dans les tissus cancéreux, de substances œstrogènes à un taux anormalement élevé.

En outre, on trouve un produit stimulant le follicule dans l'urine de sujets porteurs de tératomes, avec une constance telle que des mesures quantitatives de cette hormone peuvent même être employées pour prédire auquel des cinq types différents de tératomes il s'agit.

Parenté clinique de ces corps entre eux.— Marrian, Butenandt ont montré la parenté étroite entre la folliculine et le cholestérol : celui-ci est la matière première avec laquelle l'organisme élabore l'hormone. Vignes avait signalé, dès 1914, dans sa thèse, l'effet hyperémiant du cholestérol sur l'utérus des femelles.

D'autre part, les hydrocarbures cancérigènes ont une structure chimique très voisine de celle de la folliculine. Et, si l'on rassemble les principaux dérivés de cholestérine, on trouve [Moricard (6)] :

1) la cholestérine [Windaus, Wieland (7)] ;
2) les acides biliaires [Rosenheim, King (8), Bernal (9)] ;
3) le prégnandiol, 1930 [Butenandt (10)] :
3 *bis*) la cortine 1934 (Kendall) :
3 *ter*) la lutéine 1934 (Butenandt) :
4) l'hormone sexuelle mâle 1932 (Butenandt), 1934 (Ruzicka) :
6) l'équilénine 1932 [Girard (12)] :
7) les carbures cancérigènes (Cooks, Dodds).

De tous ces corps, seuls les trois derniers ont des noyaux non saturés ; ils sont liés aux phénomènes de prolifération cellulaire. Et leurs propriétés ne s'exercent pas seulement dans le domaine animal, puisque Schoeller a montré que la folliculine ajoutée à l'eau pour l'arrosage de certaines plantes accélérait de façon considérable l'apparition de la fleur, déterminant ainsi la « puberté précoce » de ladite plante.

En présence de tous ces faits : « on est en droit de se demander si l'apparition d'un néoplasme n'est pas due à une déviation du métabolisme de ces substances aromatiques à carbone condensé : une simple déshydrogénation de la cholestérine « accompagnée de cyclisation, étant capable de former des « substances carcinogénétiques ; or, nous savons maintenant « que l'organisme est parfaitement capable de déshydrogéner « les noyaux cyclaniques des stérols, car la folliculine en est un « exemple » [Rivoire (13)].

Sous quelles influences se produisent ces transformations ? C'est encore là le domaine des hypothèses. Causes générales ? Nous ne voudrions terminer sans rappeler le rôle de certaines radiations dans l'apparition des cancers.

Dans le spectre électromagnétique, toutes les longueurs d'ondes s'étendent dans la gamme depuis les rouges caloriques jusqu'aux rayons gamma à l'autre extrémité sont susceptibles de provoquer des réactions tissulaires pouvant aboutir à des tumeurs malignes (5). C'est ainsi que l'exposition répétée de la peau à la chaleur (le « trangei-cancer » de Kashmir, cancer des facteurs, des chauffeurs de locomotive) peut être la cause d'épithéliomas. La lumière solaire peut être un facteur de cancer au niveau des parties exposées de la peau : en Australie, Mallesworth (14) a trouvé que les cancers cutanés étaient plus fréquents chez les sujets de race blanche que chez les

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Maladies des femmes enceintes : Tome I. *Affections du tube digestif* (prix : 40 francs) ; Tome II : *Affections du foie, du pancréas, maladies de la nutrition, parois abdominales, péritoine* par Henri Vignes. Prix : 25 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1935.

Tous les états morbides peuvent se rencontrer chez la femme gravide, subir parfois une évolution particulière du fait de la grossesse, retentir à leur tour sur celle-ci ; c'est dire que le plan de cet ouvrage comporte une révision complète de la pathologie, dont la lecture est loin d'être sans profit, même pour ceux qui ne s'intéressent que de loin aux choses de l'obstétrique.

Si le titre de ce magistral ouvrage peut paraître un peu étranger aux questions que nous avons l'habitude de traiter dans notre revue, la lecture nous montrera bien vite qu'il y avait sa place marquée. A chaque instant, en effet, M. le professeur agrégé Vignes se préoccupe de l'hygiène alimentaire destinée à combattre ou à prévenir les manifestations morbides, et cela, non pas d'une façon détachée et condescendante, comme il est de tradition dans les traités didactiques, mais en insistant sur l'importance que présentent pour le clinicien les goûts et les dégoûts de ses clientes, sur la nécessité de tenir compte des rapports qui existent entre la gourmandise, la cuisine et la thérapeutique.

La grossesse amène, presque toujours, une augmentation de l'appétit et, dès qu'une jeune femme se voit dans une « position intéressante », l'entourage ne manque jamais de l'inciter à se « suralimenter », « à manger pour deux ».

Il en résulte en nombre de cas, des troubles dyspeptiques, ou l'exagération de troubles dyspeptiques préexistants, qui sont à l'origine de beaucoup de malaises. La gravité oblige la femme à faire des réserves, notamment en glycogène, et probablement en vitamines, mais l'excès alimentaire conduit à l'acidose, prédispose à l'éclampsie et à des difficultés lors de l'accouchement, par suite d'un enfant trop gros. Une trop forte augmentation de poids, dépassant 250 grammes par semaine, à la fin de la grossesse, une augmentation de la densité urinaire et surtout l'existence de troubles dyspeptiques, doivent inciter à une restriction alimentaire.

Les vomissements gravidiques ont suscité d'innombrables théories pathogéniques ; celle de l'intoxication ou de l'hépatoxémie sont aujourd'hui bien près d'être délaissées et la théorie de Gabriel Leven s'adapte à la majorité des cas ; elle fait intervenir l'hyperesthésie du plexus solaire, due à la dyspepsie et à la ptose de l'estomac ; en fait, le relèvement de l'estomac par une bande correctement appliquée et le traitement de la dyspepsie par le régime aidé de quelques médicaments, guérit presque toutes les vomisseuses.

La plupart des symptômes attribués aux vomissements graves sont le fait de l'inanition qu'il s'agit de combattre, et M. Vignes pose les indications alimentaires, non pas par *ex cathedra*, mais avec l'éclectisme d'un clinicien averti... et gourmand : « Dans tout ce problème de l'alimentation, dit-il, il faut que le médecin soit un peu cuisinier. Il doit tenir grand compte des goûts instinctifs de la malade ; les mangeuses de sucre, les mangeuses de sel, les mangeuses de pâtes, les mangeuses de biftecks, les ichtyophages, ne doivent pas être traitées de la même façon. La question des condiments a aussi une grande importance. »

Les mêmes préoccupations, le même souci du détail se fait voir à propos du régime des dyspeptiques, de celui des colitiques :

« Il y a intérêt à varier les aliments.

« Les viandes rôties ou grillées sont plus facilement attaquées par le suc gastrique que les viandes braisées ; celles-ci le sont plus facilement que les viandes frites ou en ragoût. Mais ceci ne condamne pas *ipso facto* les dernières qui peuvent être préférables pour certaines muqueuses gastriques. La charcuterie ne doit pas être condamnée *a priori* ; elle est souvent favorable en cas de fermentations et, par ailleurs, le jambon est un excellent aliment, c'est même le meilleur aliment après une cure de régime végétarien, quand on revient au régime mixte. Ce qui est à proscrire dans la charcuterie, ce sont, en principe, les préparations à base de sang coagulé, l'incorporation d'abats indigestes... » Tout le chapitre serait à citer.

Comme on le voit, le régime, pour M. Vignes, ne se réduit pas à la formule banale : « Viandes grillées et légumes cuits à l'anglaise » ; il ne proscrit ni le sel, ni même le bouillon, ni surtout les condiments, excluant seulement les condiments « enragés », tels que le poivre, les piments, le gingembre, la moutarde et le safran. En ce qui me concerne, j'estime que le safran est bien injustement rangé dans cette catégorie, et quant aux autres condiments, à la fois âcres et aromatiques, je crois qu'il faut tenir compte du dosage.

La colibacillose est à la mode, et M. Vignes se voit obligé d'en parler, mais on sent bien qu'il trouve fort exagéré le rôle qu'on veut lui faire jouer.

Bien d'autres chapitres seraient à citer, pour rester sur le terrain de la diététique, à propos de la lithiase biliaire ou des maladies de la nutrition, M. Vignes montre chaque fois son dédain pour les « régimes omnibus », pour les prescriptions alimentaires stéréotypées, chères aux esprits paresseux ; il ne manque jamais de faire remarquer que le régime doit être individualisé, non seulement d'après les constatations cliniques, mais aussi selon les goûts et le tempérament des malades. Il faut que la nourriture, fût-elle apprêtée selon les principes de la diététique, soit plaisante et appétissante ; pour cela, comme il le disait, il conviendrait que le médecin fût un peu cuisinier.

La Gastronomie à l'Exposition. — L'Exposition de 1937 comportera, paraît-il, une classe de gastronomie. La chose pouvait être intéressante ; malheureusement, les noms du comité ont produit la plus vive stupéfaction dans les milieux intéressés ; on y trouve, représentées, les sociétés qui se prétendent gastronomiques, mais pas un véritable connaisseur, pas un technicien, pas un homme du métier ! (*Grandgousier*)

albinos. Enfin, il est inutile d'insister sur les radiodermites, non pas tellement des radiumthérapeutes que des radiologistes.

(1) JANSEN. — Die Chirurgie der Harnblase, in *Handbuch der praktischen chirurgie*, Stuttgart, Ferdinant Enke, éd., 1927.
(2) LŒB. — Estrogenic hormones and carcino-genesis. *Journal of the amer. méd. ass.*, 1935, t. 104, p. 1597.
(3) COOK, DODDS et HERVETT. — Synthetic œstrogenic compound. *Naturwissenchaften*, t. 21, p. 222.
(4) LACASSAGNE. — Apparition de cancers de la mamelle chez la souris mâle, soumise à des injections de folliculine. *C. R. acad. des Sc.*, 10 oct. 1932. *C. R. Soc. de Biol.*, t. 115, p. 937. A propos d'une pathogénie de l'adénocarcinome mammaire : recherche de la folliculine dans le colostrum. *C. R. Soc. Biol.*, t. 116, p. 844-845.
(5) LLOYD F. CRAVER. — Etiology of cancer. *Journal of the Amer. méd. Ass.*, 7 déc. 1935.
(6) M. MORICARD. — Ovaire et hormones de croissance. *Ann. de thérapie biologique*, 15 janv. 1935.
(7) WINDAUS. — In *Hoppe Seylers Z.*, t. 213, p. 147. — WIELAND *Hoppe Seylers Z.*, t. 210, p. 268.
(8) ROSENHEIM et KING. — In *Journ. Soc. chem. Industr.*, 27 mai 1932.
(9) BERNAL. — *Journ. Soc. Chem. Industry*, 27 mai 1932.
(10) BUTENANDT. — Uber die chemie der sexual hormone. *Angewandte chemie*, t. 45, p. 655.
(11) MARRIAN. — Recent advances in the chemistry and Biological assay of œstzin. *Physiol. Reviews*, 1932, t. 13, p. 186.
(12) GIRARD A. — La chimie des hormones sexuelles. *Bull. Soc. Chim. Biol.*, 1933, p. 532.
(13) RIVOIRE. — La folliculine. *Presse méd.*, 7 nov. 1934.
(14) MOLESWORTH. — Die Ætiologie und Zellpathologie der Haut und Lippenkrebses in Australien. *Derm. Woch.*, t. 99, p. 915.

J. CHATAIN.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Erreurs de diagnostic

Les erreurs de diagnostic atteignent un pourcentage de 20 % en matière de tuberculose osseuse.

Au point de vue régional ce sont surtout la hanche, la colonne et le genou qui paient le tribut principal à ces erreurs et cela se comprend puisque ce sont précisément la colonne, le fémur et le tibia que la tuberculose frappe de preférence.

Au point de vue des erreurs trois sortes de faits sont à envisager :

1° On envoie pour tuberculose des malades qui n'en sont pas atteints et c'est là le cas le plus fréquent ;
2° On méconnaît la nature tuberculeuse de l'affection ;
3° On confond deux affections tuberculeuses distinctes.

Voici, par ordre de fréquence, les erreurs qui ont été relevées :

69 coxalgies étaient en réalité :
- 21 ostéochondrites.
- 6 maux de Pott.
- 5 ostéomyélites.
- 5 fractures.
- 6 luxations ou subluxations congénitales.
- 1 luxation traumatique.
- 5 paralysies infantiles des membres inférieurs.
- 4 Little.
- 3 ostéo-arthrites sacro-iliaques.
- 1 polyarthrite infectieuse.
- 3 ostéites infectieuses.
- 2 abcès froids multiples.
- 2 coxalgies hystériques.
- 1 gomme tuberculeuse de la fesse.
- 2 adénites inguinales.
- 1 trouble de croissance.
- 1 ostéosarcome.

3 maux de Pott cervicaux étaient :
- 1 spina bifida lombaire.
- 1 malformation congénitale.
- 1 maladie de Kummel-Verneuil.

18 Pott dorsaux étaient :
- 4 épiphysites.
- 3 scolioses.
- 2 scléroses diffuses.
- 2 néants.
- 1 traumatisme.
- 1 hystérique.
- 1 pied bot.
- 1 chondrome.
- 1 coxalgie.
- 1 rhumatisme articulaire aigu.
- 1 spondylose rhizomélique.

3 Pott lombaires étaient :
- 2 malformations congénitales.
- 1 fracture multiple de la colonne.

20 tumeurs du genou se répartissaient ainsi :
- 4 rhumatismes articulaires.
- 3 méniscites.
- 3 fractures.
- 4 arthrites ou polyarthrites infectieuses.
- 1 synovite.
- 1 ostéite tibia.
- 1 coxa vara rachitique.
- 1 arthrite pluriglandulaire.
- 2 arthrites post-traumatiques.

En matière de tuberculose osseuse les diagnostics sont difficiles, délicats et souvent le doute persiste, malgré des examens fouillés et répétés. Les erreurs correspondent généralement à des cas difficiles, par suite intéressants.

(B. Blankoff. De quelques erreurs de diagnostics en matière de tuberculoses osseuses. *Scalpel*, 7 décembre 1935).

Exploration

Dans l'exploration broncho-pulmonaire lipiodolée. G. Corbalan Trumbull recommande la voie pernasale.

L'anesthesie et l'injection de lipiodol se font par voie nasale. Le principe de la methode est le même que celui utilisé par les oto-rhino-laryngologistes en employant la methode transglottique : la possibilité de maintenir ouvert le larynx, en évitant la déglutition, quand la langue est fortement tirée et maintenue au dehors.

Le materiel nécessaire pour pratiquer l'exploration est simple : un pulvérisateur de Vilbiss, une solution anesthésique, une sonde de Nelaton n° 15 ou 16, une seringue de 20 c.c. et de 20 à 40 c.c. de lipiodol.

L'exploration s'effectue en deux temps.

Premier temps. Anesthésie des voies respiratoires. On utilise une solution de cocaïne à 1 %. La première anesthésie par pulvérisation permet une facile introduction de la sonde. Puis on pratique une seconde et une troisième anesthésies par injection de liquide à travers la sonde.

Deuxième temps. Injection de lipiodol. On injecte le lipiodol par la sonde et on le localise électivement en utilisant la position la plus favorable.

Cette méthode, à la fois ingénieuse et simple, met un procédé d'exploration à la portée des médecins non spécialisés. L'emploi du pulvérisateur de Vilbiss est une amélioration importante.

(G. Corbalan Trumbull, Calixto Duran et E. Garcia Suarez. Nuevos metodos para la broncografia. *Revista medica de Chile*, octobre 1935).

Clinique médicale

Les théories étiologiques du rhumatisme articulaire aigu sont au nombre de trois :

1° Théorie infectieuse spécifique inconnue ;
2° Théorie streptococcique ;
3° Théorie focale allergique.

L'auteur a expérimenté l'action sur le lapin de streptocoques prélevés sur les amygdales de personnes saines exposées à l'humidité. Voici ses conclusions :

1° L'inoculation donne des arthrites purulentes dans 65 % des cas ;
2° L'arthrotropisme a été relativement faible (15 %).

(Milella Michele. L'artrotopismo degli streptococchi isolati dalle tonsille di persone sane viventi in ambienti umidi ed asciutti. *Minerva medica*, 15 décembre 1935).

Dermatologie

La consultation dermatologique de l'Hôtel-Dieu de Québec est bien *achalandée* puisque mille malades s'y sont présentés en seize mois. Ces cas ont été répartis en cinq groupes, de manière à pouvoir faire quelques comparaisons :

1° 112 dermatoses inesthétiques.
2° 197 dermatoses irritatives.
3° 365 dermatoses infectieuses et parasitaires ;
4° 277 dermatoses d'origine variée ou inconnue ;
5° 49 cancers de la peau.

Le premier fait, qui se dégage de cette énumération, c'est le nombre relativement considérable de dermatoses infectieuses ou parasitaires ; ce chiffre s'explique par le fait que ce groupe comprend les impétigos et les pyodermites.

Si l'on étudie les différents groupes on arrive à certaines constatations intéressantes.

Des dermatoses inesthétiques l'acné est la plus fréquente ; on en compte 42 cas. Il s'agit le plus souvent d'acné polymorphe juvénile ou acné vulgaire.

Les dermites constituent le plus grand nombre (81) des dermatoses irritatives ; l'étiologie n'a pas toujours pu être précisée exactement. Une dermite, particulièrement fréquente dans la région de Québec, est la dermite au Rhus Toxicodendron ou « Herbe à la puce » ; elle ne se voit guère que l'été.

Parmi les dermatoses infectieuses et parasitaires les impétigos arrivent bons premiers avec 86 cas. Le nombre des dermatoses d'origine tuberculeuse est par contre très restreint. La syphilis compte 47 cas. Des maladies parasitaires la gale est la plus fréquente : 55 cas.

Le groupe des dermatoses de causes variées ou inconnues est très varié, il va de l'eczéma au psoriasis, en passant par les prurigos, la séborrhée et le strophulus. Dans l'ordre décroissant citons l'eczéma (111 cas), la seborrée (36 cas), le psoriasis (27 cas), le prurigo (16 cas), les ulcères de jambe (13 cas).

Les cancers de la peau, au nombre de 49, se répartissent ainsi :

épithéliomas	43
sarcomes	3
nævo-carcinomes	2
lymphosarcome	1

Cette statistique montre que les dermatoses infectieuses sont de beaucoup les plus nombreuses et que le cancer est fréquent en dermatologie.

(E. Gaumond. Mille cas de dermatologie. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec*, juin 1935.)

Une curieuse observation d'érythrodermie généralisée, consécutive à l'aurothérapie, concerne un homme de 50 ans, qui présentait un peu de psoriasis disséminé du cuir chevelu et deux plaques de la grandeur d'une pièce de cinq francs au thorax.

Le traitement débuta par deux injections intramusculaires de cinq centigrammes d'or en solution aqueuse, espacées de cinq jours. Les deux injections suivantes, de dix centigrammes chacune, furent pratiquées à huit jours d'intervalle.

Trois jours plus tard, toute l'étendue de la peau, depuis les orteils jusqu'au cuir chevelu, avait pris l'aspect cramoisi et était devenue le siège d'un prurit assez intense.

Au bout de quelques jours s'établit une desquamation, d'abord discrète, qui atteint son maximum d'intensité vers la fin du deuxième septénaire. Le malade s'enlève chaque jour des lanières de peau ; la peau des doigts et des orteils s'enlève à la façon de doigts de gant. Cet homme est presque complètement sorti de sa peau, comme le font les serpents. La peau nouvelle, rouge d'abord, a pâli graduellement pour prendre finalement l'aspect normal. La victime de cet accident thérapeutique n'est pas mécontente de l'aventure qui lui est arrivée ; elle déclare qu'il lui semble avoir rajeuni.

(L. Bertrand. Un cas extraordinaire d'érythrodermie généralisée, consécutif à l'aurothérapie. *Scalpel*, 14 décembre 1935.)

Radiothérapie

La radiothérapie systématique des territoires opérés semble la meilleure façon de traiter les cancers du sein ; encore faut-il qu'ils soient opérables ; certains ne le sont pas, soit pour des causes locales (tumeurs ulcérées et fixées, adénopathies importantes), soit pour des causes générales (organisme affaibli par une affection cardio-pulmonaire ou un trouble grave de la nutrition) ; il est alors indiqué de tenter plus qu'une action thérapeutique simplement palliative.

17 cas inopérables ont été soignés par des méthodes radiothérapiques pures, éventuellement complétées par une intervention chirurgicale de caractère très local. On a obtenu la disparition totale des manifestations néoplasiques dans 8 cas, avec des délais d'observation variant de deux mois à deux ans et demi. Ces durees de contrôle sont évidemment trop courtes pour qu'il soit permis de parler de guérison, mais un fait encourageant subsiste, c'est la possibilité d'enrayer, par l'emploi judicieux des radiations, la marche des cancers dont la forme clinique et le terrain d'évolution sont défavorables à l'emploi des techniques de choix, radio-chirurgicales.

La thérapeutique radiologique, pratiquement sans danger chez des sujets encore résistants, n'est contre indiquée que par l'existence de métastases viscérales, pulmonaires principalement.

(P. Desaive. Considérations à propos du traitement par les radiations des formes inopérables de cancers du sein. *Scalpel*, 21 décembre 1935.)

Thérapeutique

Le mercurochrome 220 soluble est fabriqué par la firme Hynzon, de Baltimore ; il est obtenu par la bromuration de la fluorescéine et de l'acétate de mercure.

Les solutions aqueuses ont une coloration rouge intense ; elles sont incompatibles avec les solutions acides, certains alcaloïdes et quelques autres substances (trypaflavine, rivanol, pommades, solutions alcooliques à plus de 50 %).

On utilise en ophtalmologie la solution à 4 % en solution dans l'eau bidistillée.

L'auteur a expérimenté le mercurochrome dans l'ulcère serpigineux de la cornée, dans la stérilisation des sutures opératoires tant de la peau que de la conjonctive, dans toutes les plaies du globe oculaire et dans les conjonctives septiques. Les résultats ont été extrêmement brillants.

Le mercurochrome a une action antiseptique marquée contre le pneumocoque, le streptocoque et le staphylocoque dans les suppurations oculaires graves ; il est très supérieur au classique nitrate d'argent dans la conjonctivite purulente du nouveau-né.

(Manuel Marin Amat. El mercurocromo en la oftalmia neonatorum. (Con presentacion de enfermos). *Siglo Medico*, 21 décembre 1935.)

La formule magistrale et la spécialité pharmaceutique sont-elles deux rivales et même deux sœurs ennemies ?

Une étude originale de Rafael del Valle y Aldabalde étudie la question et la présente sous ses différents aspects. Elle fait la différence entre la spécialité charlatanesque de la quatrième page de la presse politique et la spécialité scientifique.

Elle montre les inconvénients de la paresse intellectuelle du médecin, qui ne veut pas formuler et qui finit par ne plus savoir formuler.

Elle met en relief le danger que court la profession pharmaceutique, qui de scientifique tend à devenir purement commerciale.

Elle nous montre le développement monstrueux de la spécialité pharmaceutique ; il est bien évident que ce ne sont pas toujours les meilleures qui se vendent le plus.

Une très bonne étude pratique, qui nous prouve une fois de plus qu'un cerveau latin a besoin de logique et d'équilibre.

(Rafael del Valle y Aldabalde. La receta y el especifico. *Siglo Medico*, 7 décembre 1935.)

Varia

En matière de tuberculose les constatations d'autopsie se rapportent presque toujours à des stades ultimes de l'évolution clinique (Jacquerod, de Leysin).

La plupart des auteurs admettent également un groupe de champignons suspects. Il m'est difficile d'accepter cette distinction. Un champignon est vénéneux ou ne l'est pas. Un champignon suspect, cela veut dire, me semble-t-il, un champignon que certains estomacs tolèrent et que d'autres ne tolèrent pas. (L. Dekeyser, de Bruxelles).

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 avril 1936

Le B.C.G., inoffensif pour les sujets sains, l'est-il aussi pour les tuberculeux ? — *M. Guinard.* — Un fait important ressort de nos essais, c'est que ce vaccin, inoffensif pour les sujets sains, l'est également pour les tuberculeux. »

Premiers résultats d'une expérimentation au Levant du test cutané de Frei. — *MM. Escher* et *Chaglassian.* — Les observations faites plus particulièrement sur des prostituées montrent que la réaction décrite par Frei en 1925, permet un diagnostic plus sûr de la maladie de Nicola-Faure, et de montrer son atteinte là où personne n'aurait songé à la soupçonner.

Un cas de fièvre ondulante d'origine bovine. Danger pour l'homme de la prémunition animale par les vaccins vivants. — *MM. L. Merliac* et *M. Lisbonne,* au Congrès d'hygiène de 1934, avec Taylor et Vidal, avaient fait allusion à quelques cas de fièvre ondulante contractée par des vétérinaires qui avaient eu la malchance de s'inoculer accidentellement le vaccin dont ils venaient de faire usage et fait remarquer combien, *du point de vue humain,* l'application des vaccins vivants à la prévention de l'avortement épizootique devrait être surveillée.

L'observation qu'ils relatent montre que ce même vaccin peut être nocif pour l'homme, non plus par inoculation directe, mais par l'intermédiaire de l'animal qui l'a probablement reçu.

C'est pourquoi, en vue d'éviter le retour de tels accidents, il faudrait être particulièrement difficile sur le choix des souches qui entrent dans la composition de ces vaccins et n'utiliser que celles dont de nombreuses expériences auraient démontré l'atténuation et la fixité.

Mais il est assez piquant de savoir, que la préparation des vaccins à l'usage vétérinaire n'est soumise à aucun contrôle, du fait que « l'aspect animal » de la vaccination a été le seul envisagé pour le moment.

Conservation et vieillissement des stocks vaccins agglutinants. — *M. Michon* Les agglutinines sériques gardent plus ou moins longtemps hors de l'organisme des caractères de substance vivante. Un comportement des plus caractéristiques de cette survie est l'amélioration de certains sérums pendant les premiers mois de bouteille, à la manière des vins de marque. En outre chaque sérum présente à l'égard du vieillissement une résistance propre qui, abstraction faite du caractère même de ses agglutinines, lui confère une certaine individualité.

Troubles des humeurs dans la scarlatine. — *MM. Al. Slatineanu, I. Balteanu, M. Sibi, M. Franche, M. E. Veith, E. Butescu* et *L. Cantacuzène.*

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 1er avril 1936

Les recto-colites hémorragiques. — *M. Moulonguet* apporte trois observations de cette affection. Il montre que la maladie de Nicolas-Favre peut réaliser un tableau analogue à celui de la recto-colite ulcéro-hémorragique.

Deux cas de cholécystostomie pour ictère prolongé. — *M. P. Mocquot* fait un rapport sur deux observations de *M. Bergouignan* (Evreux), qui concernent toutes deux des ictères prolongés améliorés nettement par la cholécystostomie.

Maladie de Volkmann. — *M. Jacques Leveuf* communique deux observations de ce syndrome. La première appartient à *M. Salmon* (Marseille) et concerne un syndrome de Volkmann secondaire à une fracture supracondylienne de l'humérus. L'intervention montre une humérale oblitérée et des veines thrombosées. L'artériectomie pratiquée n'amène aucun succès. Il fallut ultérieurement faire une résection diaphysaire des deux os de l'avant-bras qui permit d'étendre les doigts. Plus tard les mouvements revinrent presque complètement.

La deuxième observation de *M. Perrot* (Genève) a trait aussi à un syndrome de Volkmann secondaire à une fracture supracondylienne. Presque immédiatement est décidée l'intervention. Aucune hémorragie, mais une artère thrombosée qui est réséquée sans aucune amélioration immédiate. Un an après, sans nouvelle intervention, les mouvements sont redevenus presque normaux.

Le rapporteur insiste sur la fréquence de l'atteinte des nerfs dans le syndrome de Volkmann. La paralysie nerveuse est pour lui un élément essentiel de l'affection. Dans ces deux observations il n'existait pas d'hématome dans la loge des fléchisseurs. Et d'ailleurs le rapporteur a rassemblé un grand nombre d'observations où cet hématome sous-aponévrotique manque. Enfin il appuie sur le fait que l'artériectomie, une fois de plus, n'a eu aucun effet sur les syndromes de Volkmann authentiques. Ceci semblerait montrer que si les lésions artérielles sont constantes, l'interprétation qu'on en a donné (le fait qu'elles entraîneraient un réflexe sympathique permanent à l'origine du syndrome) ne peut être retenue.

M. Sorrel, d'accord sur la plupart des points avec M. Leveuf n'admet pas qu'il y ait des lésions constantes des nerfs.

M. Métivet pense que le système fléchisseur-médian-cubital, très perfectionné au point de vue physiologique, est inversement peu résistant, et reagit violemment aux troubles vasculaires, ce qui expliquerait la localisation élective de l'atteinte à leur niveau.

M. Leveuf rappelle qu'il n'y a en effet dans le Volkmann pas de troubles de la sensibilité dans le territoire des nerfs. Mais M. Bourguignon par l'étude de la chronaxie, a trouvé dans tous les cas sans exception, que les nerfs sont lésés au point de vue de leurs réactions électriques.

L'hyperglycémie post-opératoire. — *M. Lambret* (Lille) désire attirer l'attention sur les bienfaits de l'insulinothérapie post-opératoire. L'hyperglycémie en effet apparaît dès le début de l'anesthésie et de l'acte opératoire. Elle atteint son maximum vers la cinquième heure. Mais cette augmentation est fonction de l'acte opératoire : les interventions sur les voies biliaires et le sympathique sont les plus hyperglycémiantes ; de même les interventions les plus longues, et qui nécessitent le plus de micro-traumatismes nerveux. Cette hyperglycémie est due à un trouble du système glyco-régulateur surréno-pancréatique, qui puise cet excès de glucose au niveau de la réserve hépatique.

Il y a donc lieu immédiatement après l'opération de faire une injection de sérum hypertonique glycosé et chloruré, associée à une injection intramusculaire, ou d'insuline.

Les résultats sont extrêmement favorables, diminution du shock, disparition presque complète de l'hyperpolypeptidémie post-opératoire.

Le glucose injecté entraîne une décharge supplémentaire d'insuline. Il agit sur la protéolyse qu'il active et maintient la réserve glycogénique du foie, condition indispensable à son bon fonctionnement.

M. Pierre Duval injectant avec *M. Léon Binet* des polypeptides dans une veine mésaraïque, obtient des lésions hépatiques considérables ; et, au delà de la barrière hépatique, des lésions atteignant le poumon. Les lésions hépatiques histologiques sont à type de suffusion sanguine avec des altérations cellulaires. Elles expliqueraient l'hyperglycémie rencontrée.

M. Pierre Fredet rappelle que l'hyperglycémie habituellement reconnue au cours des opérations est souvent le fait de la seule anesthésie comme l'a démontré Rochet.

Elle n'existe que dans la narcose par inhalation ; manque dans la rachi anesthésie et l'anesthésie locale. Du seul fait de l'anesthésie, la réserve de glycogène hépatique et myocardique disparaît.

M. Pierre Duval pense qu'il ne faut pas confondre : l'hyperglycémie anesthésique est constante mais progressive ; l'hyperglycémie post-opératoire est plus inconstante mais beaucoup plus durable.

De toute façon, il est intéressant de retenir la grande utilité de la thérapeutique glucose-insuline après les opérations.

Le traitement du cancer du col utérin. — *MM. Gernez* et *Mallet* précisent les directives du traitement actuel du cancer utérin. Ils commencent par l'électro-coagulation du cancer après avoir fait une biopsie large. Cette manœuvre n'amène aucun shock et aucun phénomène douloureux ou infectieux. Elle permet ensuite l'application facile de la curiethérapie

profonde, faite avec des appareils spéciaux (colpostats plastiques) qui ne nécessitent aucun tamponnement vaginal. Ainsi les complications pelviennes septiques sont évitées.

Il est bon de procéder également à la radiothérapie prolongée pénétrante pelvienne et abdominale, qui semble apporter un bénéfice appréciable dans le nombre de malades guéris.

De son étude, il résulte qu'un certain nombre de points peuvent être retenus :

Un cancer infecté est beaucoup plus difficile à traiter qu'un cancer non infecté.

Un cancer traité qui n'a pas récidivé après dix-huit mois, entraîne constamment une survie très importante. Les récidives se produisent dès le sixième mois en général.

Statistique de cent-cinq gastrectomies pour ulcère. — Cette remarquable série apportée par ***M. Jean Duval*** (du Havre) concerne des opérations effectuées selon la technique de Finsterer. Les suites opératoires sont extrêmement favorables et équivalent presque à celles de l'appendicectomie à froid.

L'auteur insiste sur certains détails de technique : les soins pré-opératoires sont réduits au minimum : pas de lavage d'estomac pré-opératoire, pas de vaccination préalable. La technique comporte une anesthésie locale très poussée de tous les plexus nerveux pré-vertébraux, et de tous les mésos.

La nécessité d'une hemostase très soigneuse est capitale. Les sutures sont faites en trois plans aux points séparés et avec du catgut très fin. Enfin le drainage paraît inutile.

L'auteur emploie systématiquement la gastrectomie à laquelle il ne reconnaît presque qu'une contre-indication : l'obésité du patient. Le traitement des ulcères lui paraît devoir être de plus en plus orienté vers la gastrectomie, après échec du traitement médical.

M. Roux-Berger appuie les conclusions de M. Duval.

M. Okinczyc demande quel inconvénient il y a à drainer quelques jours. Il y voit l'avantage, au cas de fistule duodénale, d'avoir en somme préparé un trajet plus direct à la fistule.

J. CALVET.

SOCIÉTÉ MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 mars 1936

Maladie de Schüller-Christian. — ***MM. F. Rathery*** et ***D. Bargeton*** ont observé chez un enfant de quatre ans une maladie de Schüller-Christian remarquable par la précession des signes cliniques sur les modifications humorales.

Leur malade présentait un aspect clinique des plus nets : diabète insipide avec polyurie supérieure à quatre litres, exophtalmie, déformations crâniennes s'accompagnant de lacunes osseuses visibles à la radiographie, alors que le cholestérol sanguin était de 1,62 par litre, les lipides totaux de 4,15, donc très sensiblement normaux. Ce n'est que dans les mois suivants, alors que l'état clinique du malade s'était sensiblement amélioré sous l'influence du traitement, que la cholestérolémie et la lipémie se sont progressivement élevées pour atteindre respectivement 2,12 et 6,20.

Les auteurs pensent pouvoir tirer de ces faits des conséquences touchant le mécanisme de la maladie, dans le cas observé tout au moins.

L'apparition tardive de l'hypercholestérolémie et de l'hyperlipémie leur paraît infirmer la théorie qui fait du trouble du métabolisme des graisses le facteur primitif, les autres manifestations, troubles hypophysaires en particulier, n'en étant que la conséquence; les auteurs discutent au contraire l'hypothèse d'un trouble fonctionnel primitif de l'hypophyse. Celui-ci, précocement révélé par le diabète insipide, pourrait entraîner secondairement un trouble dans le métabolisme des graisses et l'abaissement du métabolisme basal observé (— 43,2 %) par l'intermédiaire des hormones hypophysaires acétonémiantes et thyréotropes.

Hémisyndrome bulbaire direct, séquelle d'angine diphtérique. — ***MM. Roger Froment*** et ***R. Masson*** présentent l'observation d'une jeune malade qui, consécutivement à une angine diphtérique accompagnée de paralysie du voile du palais, de l'accomodation et des quatre membres, garde un syndrome neurologique complexe : hémi-ataxie droite, troubles de la sensibilité profonde et troubles vaso-moteurs du côté droit, paralysie de l'hypoglosse et du moteur oculaire externe de ce même côté, enfin nystagmus et troubles de l'équilibre en rapport avec des lésions labyrinthiques centrales. Tous ces troubles persistent sans modification évolutive ou régressive six ans après.

Cette observation est intéressante à un double point de vue : exemple irréfutable d'une part de lésion centrale au cours de la diphtérie, et d'autre part type exceptionnel de syndrome bulbaire dont il existe cependant un cas tout à fait comparable dû à ***M. André Thomas***.

M. Hubert a publié à la Société de Pédiatrie un syndrome du trou déchiré postérieur consécutif à l'intoxication diphtérique.

Carcinose généralisée fébrile d'origine surrénale. Septicémie à streptocoques associés. — ***MM. D. Olmer, Jean Olmer, M. Audier*** et ***J. Vague*** (de Marseille) ont observé un malade de 43 ans qui présentait de la fièvre depuis plusieurs semaines et chez qui étaient secondairement apparues des nodosités sous-cutanées du tronc et de la cuisse droite, paraissant adhérer au plan profond et recouvertes d'une peau rouge et chaude. Une hémoculture révéla la présence de streptocoques. Une biopsie d'une nodule montra qu'il s'agissait d'une métastase cancéreuse à point de départ surrénal. L'autopsie vint peu après confirmer ce diagnostic par la constatation d'une volumineuse surrénale droite qui était le siège d'un cortico-surrénalome. Les auteurs ajoutent cette observation à celles antérieurement publiées de cortico-surrénalome généralisé fébrile en soulignant le fait que, contrairement aux observations précédentes, leur malade s'est présenté avant tout comme un septicémique et que, dans leur cas seulement, l'hémoculture s'est montrée positive.

Le dosage pondéral de la fibrinémie. (Technique et valeur séméiologique). — ***MM. C. Lian, Sassier, Facquet*** et ***Frumusan*** apportant diverses modifications à la méthode de Forster et Whipple, ont mis au point une technique du dosage pondéral de la fibrine du plasma coagulé et formulent, après deux cents dosages de fibrinémie, leurs conclusions concernant la valeur séméiologique de la fibrinémie.

Les valeurs normales s'étagent de 4 à 5 grammes par litre de plasma.

Dans les maladies aiguës à grande hyperfibrinémie que sont la pneumonie et le rhumatisme articulaire aigu, on trouve une fibrinémie atteignant ou dépassant 10 grammes en pleine période d'état. On pressent l'appoint important à attendre du dosage pondéral de la fibrinémie dans les formes atypiques de la pneumonie et de la maladie de Bouillaud. Toutefois certaines arthrites gonococciques peuvent s'accompagner d'une fibrinémie augmentée atteignant 8 gr. 50.

Le dosage pondéral de la fibrinémie montre une légère augmentation dans la plupart des maladies infectieuses ; toutefois dans certaines, comme la fièvre typhoïde, le chiffre trouvé est habituellement normal.

Dans la plupart des maladies chroniques, la fibrinémie est en général normale ou voisine de la vie normale. Toutefois dans la néphrose lipoïdique, l'hyperfibrinémie semble constante. Dans les trois cas où ils ont fait le dosage, Lian et ses collaborateurs ont trouvé 10 gr. 30, 13 gr. 16 et 10 gr. 96 : cette grande hyperfibrinémie va de pair avec l'augmentation des lipides et contraste avec la diminution des protides.

Valeur séméiologique du dosage pondéral de la fibrinémie dans les affections hépatiques. — ***MM. C. Lian, Sassier, Facquet*** et ***Frumusan*** dégagent de leurs nombreux dosages les conclusions suivantes :

Dans les cirrhoses atrophiques ou hypertrophiques, ils ont trouvé une importante diminution de la fibrinémie (1 gr. 48 à 3 gr. 18). La fibrinémie diminue progressivement si la maladie s'aggrave, elle augmente avec l'amélioration. Chez les alcooliques avérés, sans signes cliniques de cirrhose, la fibrinémie peut être normale. Mais elle est assez souvent abaissée et sa valeur augmente rapidement par la suppression de l'alcool : elle est passée progressivement dans un cas de 0 gr. 94 à 2 gr. 15, 4 gr. 16 et enfin 4 gr. 42. Dans trois cas d'ictère catarrhal, le dosage pondéral a donné deux fois une grande diminution, et une fois une légère diminution. Par contre dans les ictères par rétention, la fibrinémie est supérieure à la normale. Dans le foie cardiaque, la fibrinémie est normale ou voisine de la normale.

En somme, la fibrinémie ne renseigne directement que sur l'état d'une des fonctions du foie : la fonction d'élaboration du fibrinogène. Toutefois l'ensemble des faits observés par Lian et ses collaborateurs tend à leur faire considérer que la plupart des atteintes de la cellule hépatique troublent en même temps le pouvoir d'élaboration du fibrinogène. Le dosage pondéral de la fibrinémie permet donc souvent de reconnaître s'il y a ou non une atteinte notable de la cellule hépatique et d'en apprécier les variations évolutives d'intensité. Il est d'un

grand intérêt pratique pour le diagnostic entre les ictères par rétention et les ictères par hépatite.

En conclusion, le dosage pondéral de la fibrinémie, par la précision de ses résultats et la facilite de son interprétation, mérite d'être mis en œuvre dans tous les cas où il y a lieu d'apprécier la valeur fonctionnelle du foie.

M. Rivet est heureux de voir des recherches pondérales précises confirmer les résultats obtenus autrefois par Hayem concernant la valeur diagnostique de l'hyperfibrinémie dans certaines affections aiguës.

M. P.-E. Weil fait remarquer que cette recherche apporte non seulement des renseignements utiles pour le diagnostic mais aussi pour le pronostic.

Méningite tuberculeuse à bacilles bovins et à point de départ intestinal chez un enfant vacciné par voie buccale au B. C. G. — *MM. P. Rohmer* et *Albert Vallette* (Strasbourg) relatent l'observation d'un nourrisson bien portant, vacciné *per os* au B. C. G. lors de la naissance, revacciné à 13 mois, qui présenta des troubles digestifs à 14 mois accompagnés de fièvre et qui mourut à l'âge de 16 mois d'une méningite tuberculeuse.

L'autopsie révéla une tuberculeuse de l'iléon et des ganglions mésentériques, une granulie discrète hépato-splénique, l'absence de lésions des organes thoraciques et une méningo-encéphalite tuberculeuse. Dans le liquide céphalo-rachidien et dans le pus des ganglions mésentériques on trouva des bacilles bovins.

Malgré des recherches minutieuses, on n'a pu relever aucun indice permettant d'incriminer une contamination par les parents qui, atteints jadis de manifestations tuberculeuses légères, étaient depuis longtemps bien portants et soumis à une surveillance clinique et radiologique attentive, ni par l'entourage, ni par l'alimentation, la mère, tuberculophobe, prenant à cet égard des precautions extrêmes.

Faut-il incriminer le B. C. G. ? Les auteurs se défendent de toute conclusion et versent simplement ce fait troublant, mais unique, au débat. 449 enfants ont reçu le même vaccin et l'on n'a appris aucun acccident fâcheux.

M. Weill-Hallé donne lecture d'une note de M. Guérin qui insiste sur les difficultés bactériologiques du diagnostic entre bacilles tuberculeux humains et bovins rendant incertaine l'identification absolue des germes. En France, le bacille bovin se retrouve dans 10 % des injections tuberculeuses de l'enfance. Dans certains pays où l'on consomme facilement du lait cru, cette proportion s'élève à 70 ou 88 %.

L'inocuité du B. C. G. est parfaitement établie ; il n'a jamais été possible de lui faire reprendre de la virulence et chez les bovidés vaccinés par voie sous-cutanée, jamais la vaccination n'a été suivie de lésions évolutives. Il est donc impossible de concevoir que le bacille bovin qui constitue le vaccin puisse reprendre de la virulence chez une espèce étrangère telle que l'homme, alors qu'il ne le peut chez ces bovidés.

M. Weill-Hallé rappelle des cas où des enfants ont reçu par erreur des doses massives de vaccin B. C. G. par voie sons-cutanée sans que l'on ait constaté aucun accident ; ceci vient encore confirmer l'inocuité du B. C. G.

M. Tixier s'élève violemment contre les arguments fournit par les auteurs qui croient en l'efficacité et l'inocuité du B C.G. Pour lui, l'efficacité du vaccin est très contestable. Si le B. C. G. augmente la résistance du sujet, il ne détermine aucune espèce d'immunité. Par ailleurs, certains cas forcent à penser que le B. C. G. peut être nocif pour les sujets sains.

M. Lesné montre la possibilité du rôle du bacille bovin dans la méningite tuberculeuse chez l'enfant. Examinant avec Saenz 115 cas de méningite bacillaire, il a pu mettre le bacille bovin sept fois en évidence, chez des enfants élevés à la campagne et consommant du lait cru ou insuffisamment stérilisé.

M. Debré fait remarquer que, contrairement à ce que l'on observe dans les autres formes de tuberculose infantile, il est extrêmement fréquent de ne pas retrouver le contage dans la méningite tuberculeuse cliniquement primitive. Le cas rapporté par M. Rohmer ne ferait pas exception à cette règle.

Il répète que l'étiologie de la méningite tuberculeuse reste très souvent obscure.

La constatation de lésions intestinales importantes ne prouve pas formellement que l'infection se soit faite par voie digestive; les lésions initiales de la tuberculose peuvent en effet évoluer loin de la porte d'entrée.

Du cas de M. Rohmer, une seule conclusion s'impose : l'enfant n'a pas été immunisé par le vaccin. C'est là un fait relativement fréquent qui s'explique par l'absence d'absorption du B. C. G. par le tube digestif. Il conclut en disant que si la tuberculose est rarement observée chez les enfants ayant reçu du B. C. G., elle n'en existe pas moins et le vaccin ne met pas sûrement à l'abri de la maladie.

M. Weill-Hallé voudrait que la vaccination soit périodiquement contrôlée par la cuti-réaction.

M. Ferru a remarqué que la cuti-réaction reste négative chez les vaccinés dans plus de la moitié des cas, lorsque ceux-ci sont à l'abri de toute contamination.

Il faudrait abandonner la vaccination par voie buccale qui donne une fausse sécurité et la remplacer par la voie sous-cutanée.

M. Armand-Delille partage l'avis de M. Debré. Il fait remarquer que dans la méningite tuberculeuse, les lésions ganglionnaires sont souvent très petites et la bacillémie très discrète, au contraire de ce que l'on observe dans la granulie qui paraît être la conséquence d'une bacillémie massive.

M. Ferru (de Poitiers) pense que, d'une part le cas de M. Rohmer doit être rangé parmi les échecs du B. C. G. puisque la vaccination, pratiquée à la naissance, n'a pas protégé l'enfant. Il semble bien d'autre part, étant donné la filiation des accidents, que la méningite à bacilles bovins doive être rapportée en vaccin. Il ne paraît pas s'agir ici de contamination par le lait qui fut toujours minutieusement stérilisé.

M. Marfan estime que le fait de n'avoir pu trouver dans ce cas la cause de la méningite en dehors de la vaccination ne doit pas faire obligatoirement rapporter celle-là à celle-ci.

Contamination familiale ignorée au cours de la prémunition au B. C. G. — *MM. Weill-Hallé* et *Mouchotte* présentent l observation d'un enfant ayant reçu à sa naissance du B. C. G. par voie buccale, et présentant, à l'âge de 10 mois, un spina ventosa et un abcès sous-mental dont le pus tuberculisa le cobaye.

L'enfant est resté au contact de son père en bon état de santé apparente et qui n'a jamais interrompu son travail, mais chez qui les auteurs constatèrent une caverne du sommet droit et une expectoration bacillifère. Cette observation est un des exemples qui permettent d'expliquer l'insuccès ou l'insuffisance de la premunition au B. C. G. dans bien des cas antérieurement rapportés et non complètement étudiés.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 mars 1936

Mise au point. — *M. G. Pascalis* rappelle que ce sont les travaux d'hommes indépendants, les Lemaître, Carrel Pauchet, Petit de la Villéon, qui ont permis les plus grands progrès de la chirurgie de guerre, et en ont littéralement tranformé les résultats. Ceux-ci avaient été oubliés dans les recentes interviews de Gosset, et il fallait que ce fut dit.

Diverticules de l'appendice. — *M. G. Pascalis* montre un appendice récemment enlevé au début d'une crise aiguë, dont les lésions étaient localisées nettement à trois diverticules du bord mésentérique.

Amputation interilio-abdominale. — *M. G. Pascalis* qui a eu à pratiquer recemment une amputation de ce genre, en résume brièvement la technique et montre comment il est possible d'exécuter une opération aussi grave avec chances de succès, en minimisant les causes de choc.

Tubage duodénal : modification de la sécrétion biliaire au cours d'une séance de courants exponentiels de basse fréquence. — *M. Aubourg* montre l'action energique des courants électriques de basse frequence sur l'augmentation de la quantité de bile et de sa teneur en sels biliaires parallèlement à la diminution du cholestérol sanguin.

L'anesthésie électrique : ses caractères (*fin*). — *M. R. Grain* montre que la stabilité, cinquième et dernier caractère de l'anesthésie électrique, est telle qu'aucun accident ou incident survenant dans le cours de l'évolution ne peut arriver à la faire disparaître ou fléchir. Elle n'est toutefois assurée qu'à la condition impérative de ne faire aucune anesthésie locale du larynx, *a fortiori*, aucune intervention. Est également déconseillé le traitement ambulatoire qui risque, surtout en hiver, de provoquer des refroidissements susceptibles de compromettre la stabilité de l'anesthésie.

La guérison de la tuberculose par la tuberculine. —

M. Oevey (de Lausanne) montre par une série de projections les heureux résultats obtenus par l'administration de doses suffisantes de tuberculine ancienne et de tuberculine chimiquement modifiée dans la tuberculose pulmonaire avec guérisons et capacité de travail maintenue depuis plus de dix ans.

L'appendicite et le choc humoral. — *M. Pierre Mabille* rapporte une observation d'une malade ayant présenté une crise d'appendicite aiguë pendant le cours d'accidents sériques succédant à l'injection de sérum antitétanique. A cette occasion l'auteur pense qu'un certain nombre de ces d'appendicite succèdent à des chocs humoraux et de la désenbilisation doit s'associer à la thérapeutique chirurgicale.

Rhinoplastie par enjambement antibrachial.—*M. Claque* présente une opérée de rhinoplastie par enjambement antibrachial. Il attire l'attention sur l'importance de ne pas apporter de nouvelles cicatrices et mutilations soit à la face, soit même au bras. Il faut se servir de la partie inférieure de l'avant-bras comme instrument d'enjambement pour porter le lambeau d'une partie du corps à la face. L'auteur insiste sur la petitesse de l'implantation antibrachiale et sur la nécessité avant chaque transplantation d'attendre quelques jours pour être sûr de l'élimination des parties nécrotiques et assurer de la sorte une qualité de prise aussi parfaite que possible.

G. LUQUET.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 3 avril 1936

Iléus paralytique apparu à la suite d'une éruption sérique et ayant imposé la laparotomie. Occlusion secondaire du grêle par bride. Intervention. Guérison.— *M. Français* fait un rapport sur une observation de *MM. Luthereau, Gossart* et *Laroche* (de Montereau). Une enfant de huit ans reçoit, au cours d'une angine diphtérique, une injection de sérum. Quatre jours après, éruption sérique, urticaire généralisé, signes généraux, fièvre, arthralgie, douleurs abdominales localisées autour de l'ombilic. Au bout de huit jours, disparition des accidents. Mais, quelques jours plus tard, dix-sept jours après l'injection de sérum, ballonnement du ventre, vomissements, arrêt des matières et des gaz. Opération : intestin distendu à partir de la dernière portion de l'iléon jusqu'à l'extrémité des côlons ; aspect cynanose de l'intestin et dilatation extrême des vaisseaux veineux. On ne trouve aucun obstacle. Résection de l'appendice. Injection d'adrénaline et compresses chaudes sur l'intestin : presque aussitôt la coloration normale de l'intestin reparaît. Néanmoins fixation du cæcum à la paroi pour pouvoir le ponctionner en cas de résistance des phénomènes d'iléus. Guérison. Trois mois après, nouvelles douleurs abdominales, vomissements, ballonnement de l'abdomen, arrêt des gaz, etc. ; une nouvelle laparotomie montre qu'il s'agit d'une occlusion de l'intestin grêle par une bride qui est réséquée. Guérison définitive. Les auteurs se demandent si l'iléus paralytique qui a nécessité la première opération ne doit pas être rapproché de l'infarctus intestinal d'origine anaphylactique, récemment décrit et étudié par le Prof. Grégoire ; les lésions constatées ici ne sont pas tout à fait comparables à celle de l'infarctus, mais il n'y a en somme qu'une différence de degré ; elles rentrent dans la catégorie des infarctus spontanément curables. L'observation apporte une confirmation intéressante du rôle de l'anaphylaxie dans la production de ces accidents intestinaux.

Insufflation tubaire et injection intra-utérine de lipiodol dans la stérilité.— *M. Pierre Duhail.* — Parmi les trois causes principales de stérilité féminine (stérilité d'origine utérine, tubaire et endocrinienne), l'insufflation tubaire et l'hystéro-salpingographie doivent être avant tout réservées à la recherche de la perméabilité des trompes. Mais il ne faut pas employer ces méthodes lorsqu'il y a métrorragies, métrite du col, infections utérines ou salpingiennes en évolution. C'est qu'en effet l'un comme l'autre de ces examens présente des dangers. Pour l'insufflation il y a risque de rupture, d'infection, d'embolie gazeuse. Pour l'injection intra-utérine de lipiodol, il y a risque de rupture, d'embolie graisseuse, d'infection salpingienne ou péritonéale. Par contre, ces méthodes ont l'avantage de préciser la perméabilité des trompes, et l'hystéro-salpingographie montre, en outre, le siège de l'obstacle. De plus, il existe bon nombre d'observations où des trompes imperméables sont devenues perméables à la suite de l'examen. L'insufflation et l'injection intra-utérine de lipiodol peuvent être considérées comme un traitement de la stérilité d'origine tubaire. Le pourcentage des gestations dans les mois qui suivent l'un ou l'autre de ces examens se chiffre en moyenne à 10 ou 12 pour cent. Toutefois, la fréquence relative des grossesses ectopiques après lipiodol n'est pas à négliger.

L'insuline dans les hémorragies utérines. — *M. Roulland.* — L'insuline est le traitement le plus efficace des hémorragies utérines d'origine ovarienne (autrefois hyperovarie et maintenant hyperfolliculinémie). Les hémorragies utérines justiciables de l'insulinothérapie sont les hémorragies endocriniennes de la puberté, de l'âge adulte et de la ménopause. L'auteur insiste sur le mécanisme de ces hémorragies dues le plus souvent à un «follicule persistant», c'est-à-dire qui ne se rompt pas, devient kystique et empêche la formation du corps jaune ; en même temps, hyperfolliculinémie décelable. Pour l'auteur, l'action de l'insuline est une action endocrinienne frénatrice et non une action médicamenteuse hémostatique. Les doses qu'il préconise sont des doses faibles, commençant par 5 unités, pour atteindre 10, 15 et 20 unités, dose qui n'est pas dépassée. Il insiste sur la rapidité d'action de l'insuline. L'effet est obtenu dès la deuxième injection si l'insuline doit agir ; on ne gagne rien à prolonger le traitement. L'auteur décrit les détails de sa technique et les résultats qu'il a obtenus.

Technique des forages, des enchevillements et de l'arthrodèse de la hanche par la voie transcervicale. — *M. Raphaël Massart* décrit une série de techniques toutes dérivées du même principe : passer à travers le col du fémur pour réaliser des forages, des enchevillements ou des arthrodèses. Le forage s'adresse aux rhumatisants, sujets âgés ou tarés ; il doit être rapide, sans complications ; aussi, l'auteur déconseille l'opération sous radioscopie ; le repérage de la tête, la direction du col sont faciles à obtenir en glissant l'index à la face antérieure de l'articulation. On évite ainsi les erreurs faites par les appareils de visée qui, parfaits pour des hanches normales, ne tiennent pas compte des variations pathologiques de la tête. Le forage ne doit pas être fait au vilbrequin qui, par son mouvement de rotation, déplace l'axe du forage ; l'auteur utilise des tarières droites. Le canal foré dans le col peut être vérifié à la radiographie. Sur les observations présentées, la technique a permis un bon forage axial.

L'enchevillement est utilisé aussi pour fixer les fragments du col fracturé. Il sera d'une exécution simple en procédant de la même manière que pour le forage du col du fémur, à condition d'avoir d'abord réduit la fracture sur la table orthopédique. Cet enchevillement est réalisé par l'auteur avec un greffon tibial pris au malade. Le greffon apporte avec lui son action calcifiante et est un élément important dans la formation du cal.

L'arthrodèse de la hanche a été faite par l'auteur en s'inspirant du même principe ; un greffon tibial passe à travers le col du fémur et va se fixer à la partie supérieure de l'os iliaque en passant dans un canal foré par une incision faite à la face externe du grand trochanter. L'arthrodèse ainsi pratiquée est une opération simple, rapide, n'entraînant aucun délabrement.

Des observations de malades opérés viennent à l'appui de la description de ces techniques.

Hernie inguinale droite étranglée contenant le cæcum et l'appendice perforé, l'origine du côlon ascendant et la fin de l'iléon. Résection iléo cæcale. Guérison. — *M. Djémil Chérif Baydur* (d'Istamboul) communique cette observation qui présente comme particularité la présence d'un appendice enflammé et perforé.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Ostéomyélite aiguë du péroné avec hémoculture positive, traitée par l'anatoxine staphylococcique

M. Salmon (*S. de Ch. de Marseille*, janvier 1936) a obtenu un excellent résultat par l'anatoxine staphylococcique dans un cas d'ostéomyélite aiguë du péroné, avec hémoculture plusieurs fois positive au staphylocoque doré.

Une guérison clinique complète, sans fistule, sans séquestre, sans cicatrice, a été obtenu par le traitement suivant : vaccination à l'anatoxine staphylococcique, injections *in situ* de mercuro-chrome. Aucune intervention ne fut pratiquée.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifflant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, où à vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Le Professeur Vaquez. — *Léon Daudet évoque son souvenir dans l'*ACTION FRANÇAISE (18 avril 1936) :

« Après Charles Nicolle, Henri Vaquez. La science médicale est durement frappée. Elève et continuateur de son maître Potain, spécialiste du cœur et des vaisseaux, Vaquez était une des physionomies les plus originales et les plus attachantes de la Faculté de Paris. Lors de l'ouverture de ses premiers cours, une foule d'amis et de notabilités se pressait sur les bancs du grand amphithéâtre. Il paraissait ému et heureux. Les deux Babinsky vivaient encore et l'applaudissaient. C'était la consécration de longues années de labeur et de travaux originaux. La droiture, la loyauté, l'indépendance brillaient en Vaquez d'un éclat aussi vif qu'en Maurice et Charles Nicolle et qu'en Babinsky. Ce fut avec eux, Widal, Sollier et Darier, — les choses se voient mieux à distance — une grande génération médicale et dont le souvenir restera.

Elève de Potain à Necker, puis à la Charité, j'ai fait la connaissance de Vaquez quand il était interne, puis chef de clinique du maître des maîtres. Nous devînmes rapidement amis. Il joignait alors à un sens clinique aigu, au don souverain du diagnostic, une culture littéraire et artistique qu'il ne cessa d'étendre et d'amplifier. Familier des jeudis de Paris et de Champrosay, sympathique à tous, il apportait à ces réunions, devenues célèbres, sa bonne humeur, sa verve et cet esprit critique qui donne toute sa valeur à la connaissance. Au lit du malade, il était compatissant autant qu'attentif, et je lisais aisément, dans son regard aigu et rapide, la sévérité ou l'inexorabilité du cas. Je ne l'ai jamais vu se tromper, même dans les circonstances pathologiques les plus complexes. D'où sa précoce autorité. Par la suite, il transmit le flambeau et forma des élèves à son tour et qui sont devenus des maîtres, un Laubry, un Quiserne. Eloigné de Paris, je lis dans les journaux qu'il est mort dans leurs bras. J'imagine leur douleur.

Vaquez a découvert la maladie qui porte son nom, l'érithrose, ou syndrome cutané-vasculaire, et étudié le premier la tension artérielle, à l'aide d'un appareil imaginé par lui, aujourd'hui d'un emploi courant. A son service de Saint-Antoine étaient annexés les laboratoires devenus indispensables aux recherches. Mais il ne sacrifia jamais la clinique proprement dite — cette reine de la médecine — aux recherches *in vitro*, et on ne lui connut pas de ces marottes qui ont gâché tant de beaux talents. Il s'intéressait aux travaux de ses confrères et facilitait — chose bien rare — l'accession des jeunes aux concours. Son esprit de justice valait son esprit de clarté. Aucune recommandation ne lui aurait fait préférer un médiocre à un homme de valeur. Cela se savait et ses collègues n'insistaient pas.

Sa renommée avait rapidement franchi les frontières. On le demandait au delà des mers et il jouissait en Amérique du Sud de la même notoriété qu'en France. Au milieu d'honneurs qu'il ne sollicitait pas, mais qui venaient naturellement à son rare mérite, il était demeuré le plus simple et le plus affable, le plus secourable ami des médecins, conformément à la tradition Potain, et nous riions ensemble de bon cœur de « ceux qui croient que c'est arrivé » et cherchent avidement leurs noms dans les journaux.

Nous n'étions pas toujours du même avis sur la médecine, sur tel ou tel, bien entendu. Chacun de nous deux défendait sa thèse ou son appréciation, mais ces divergences n'obscurcirent jamais une amitié réciproque qui avait, comme un bon cognac, une quarantaine d'années de bouteille. Il eut à soigner des hommes politiques que je n'avais pas ménagés et auxquels il ne cachait pas nos vieilles relations. Ce sont là des compartiments différents. Formé à la bonne école, le secret professionnel était pour lui chose sacrée.

J'ai connu quelques médecins que le spectacle continuel de la douleur et de la mort avait fini par lasser, même par accabler, comme lasse et accable la chaleur tropicale ou le froid polaire à la longue. Henri Vaquez était de ceux-là. Depuis deux ans, il ne pratiquait plus et se contentait de lire et d'étudier. En méde-

cine comme en littérature, on n'a jamais fini d'apprendre et l'on est toujours à l'école, en dépit des titres universitaires.

Homo unius magistri. La mémoire de Vaquez vivra à côté de celle de Potain. Je ne sais pas de plus bel éloge.

Et dans Aux Ecoutes (18 avril 1936), *quelques anecdotes sur d'illustres clients soignés par le grand disparu* :

Sa réputation était universelle et, bien souvent il fut appelé auprès des souverains étrangers. Il avait a insisoigné, en 1912, Guillaume II et George V.

Pendant la guerre, il fut prié de se rendre chez Clemenceau. Il trouva le président du Conseil à sa table de travail. Le Tigre, de mauvaise humeur , lui dit :

— Vous ferez vite, monsieur le professeur, car je n'ai pas de temps à perdre. En deux mots, voici le diagnostic que j'ai fait moi-même.

Là-dessus Clemenceau se mit à développer une grande théorie sur son arythmie. Vaquez écouta, puis déclara sur un ton glacial :

— Monsieur le président, je m'excuse de vous contredire, mais vous avez commis deux erreurs énormes.

Clemenceau leva ses gros sourcils et dit :

— C'est possible ! J'en commets même comme président du Conseil.

Vaquez citait souvent ce mot à ses élèves comme un exemple de modestie.

Guillaume II, lui, avait accueilli le professeur par cette boutade :

— On prétend que je n'ai pas de cœur, monsieur. Voulez-vous être assez aimable pour vous en assurer !

Vaquez qui avait aussi soigné Anatole France, racontait sur M. Bergeret l'anecdote suivante :

— J'arrive un jour villa Saïd et je trouve le père de *Jérôme Coignard* dans son lit, caché sous une montagne de couvertures.

— Je meurs, monsieur le professeur, gémissait-il. Sauvez-moi.

Je lui demande ce qu'il ressent, et il me dit sans désemparer :

— Le malheur est que je ne ressens rien. Et pourtant la jeune femme que j'ai reçue hier était plus suggestive qu'une nymphe de Tanagra.

Puis, s'asseyant sur sa couche :

— Dites-moi, est-ce vrai ce que l'on raconte sur Voronoff ?

Régimes sans privations. — On a dit de la diététique qu'elle était faite surtout de restrictions. A vrai dire la plupart des régimes alimentaires comportent plus de défenses que de permissions et nos ordonnances médicales sont en général assez sombres. Je comprends le client qui cherche à les tourner ou à les amender, celui même qui les élargit ou les abandonne. N'est-ce pas Marey qui refusait à Bouchard de prendre de la théobromine et qui se jetait avidement sur une livre de chocolat dont la teneur en produit diurétique était équivalente.

Quand on a le bonheur d'être atteint d'une seule maladie, on se voit défendre déjà un groupe d'aliments mais on peut se rattraper sur les autres. Quand on a la tristesse de joindre l'albuminurie au diabète et la congestion du foie à l'asthénie on va de suppression en suppression : le lot des substances interdites s'accroît de jour en jour et celui des substances permises se trouve réduit à presque rien.

C'est alors qu'intervient l'habilité du cuisinier, tout l'art du gastronome qui sait rendre aux viandes leur saveur, aux sauces leur liaison et donner par des aromes variés et des parfums divers à des aliments monotones ou fades les charme du fruit défendu.

Le petit memento qui vient de paraître sous le nom alléchant des *Régimes sans privations* concerne la table du diabétique. Il concilie les recherches de la médecine moderne et les principes de la gastronomie.

Il est signé du Docteur Malachovski et de Paul Reboux c'est-à-dire de deux hommes, j'allais dire de deux confrères, qui connaissent admirablement la cuisine et qui l'apprécient. L'un deux n'est-il pas connu par de belles études sur le vin et l'autre n'a-t-il pas, entre deux études historiques écrit un volume plein d'humour, sur les nouveaux régimes, qui a fait fortune.

On y trouve toute une série de prescriptions utiles, de menus variés pour de nombreux repas et des recettes sur tous les aliments possibles depuis la salade de laitue au lard jusqu'aux œufs farcis aux crevettes ; depuis le miroton de bœuf jusqu'au macaron aux amandes.

Tout cela expliqué de façon telle que chacun s'essaiera sans doute à les préparer lui-même. Bien plus des équivalences en calories nettement précises et, au-dessus de chaque plat, l'indication de sa composition chimique élémentaire et de sa valeur calorique, donnent à la prescription une allure savante et vraiment médicale.

Ainsi régime et privations ne sont pas synonymes. Le bon sens et l'art du gastronome ont établi des régimes conformes aux prescriptions médicales mais qui n'infligent au malade qu'un minimum de restriction et pas de désagrément.

Ce premier livre sera suivi d'autres semblables sur la dyspepsie, l'obésité, le foie, les reins, l'arthritisme.

Et voilà bien des malades attristés de leur maladie et souvent déçus dont le visage retrouvera le sourire et l'estomac l'espérance. — M. LOEPER.

La bibliothèque de la Faculté de médecine de Montpellier sera-t-elle spoliée des manuscrits de la reine Marie-Christine de Suède ? JOURNAL DES DÉBATS (28 mars 1936).

La bibliothèque de la Faculté de médecine de Montpellier est riche en manuscrits et documents précieux, ce qui s'explique par l'ancienneté de la Faculté, dont les origines remontent presque à un millénaire. Parmi ces manuscrits figurent vingt-deux volumes de manuscrits de Marie-Christine, la fameuse reine de Suède, fille de Gustave-Adolphe, dont l'existence aventureuse, après une abdication retentissante, a fait tant de bruit, et même parfois de scandale jusqu'à sa fixation à Rome. La Faculté est justement fière de ce trésor, où se trouvent des lettres adressées à la reine par des princes, cardinaux, ambassadeurs et autres grands personnages de tous les pays, et aussi des lettres de la reine, transcrites par un secrétaire, mais signées d'elle. Il s'y trouve, parmi les pièces de premier choix, quatre lettres autographes de Louis XIV écrites à la reine à l'occasion de sa visite en France, visite dont tout le monde connaît au moins un épisode, le meurtre de son favori Monaldeschi au château de Fontainebleau. Il s'y trouve aussi un lot considérable, *Les Pensées ou Sentences de la reine Christine*, de la main d'un copiste, avec corrections autographes, le tout en français.

On comprend que la Faculté ait été plus qu'émue en recevant du ministre de l'Education nationale la nouvelle qu'il avait « décidé de répondre affirmativement » au désir témoigné par le gouvernement suédois d'acquérir ces vingt-deux volumes pour une somme que M. Guernut a fixée à 100.000 francs. Ce n'est pas la première offre suédoise ; il avait d'abord été question d'un vase, que la Faculté n'avait eu aucune tentation d'accepter. Cette fois, elle n'a pas été consultée, le ministre a « décidé » tout seul, considérant que ces manuscrits sont propriété de l'Etat.

Cette question juridique n'est pas si simple en droit. En fait, ces manuscrits viennent de Rome, et il n'y a aucune raison pour les rendre ou les vendre à un prix dérisoire au gouvernement suédois. Ils ont été achetés par le bibliothécaire de la Faculté de médecine de Montpellier en 1804, grâce au concours de Chaptal, alors ministre de l'intérieur, en souvenir de son titre de docteur en médecine de Montpellier. C'est à Rome, en effet, au Vatican, que se trouvent les livres et manuscrits de la reine Christine, ce qui est naturel, puisqu'elle y est morte et y a bénéficié de l'hospitalité papale. Lors de l'occupation de Rome par les troupes françaises, sous la Révolution, la bibliothèque du cardinal Albani fut pillée, et les manuscrits acquis quelques années plus tard par la Faculté de Montpellier faisaient partie du butin.

M. Guernut peut-il aujourd'hui en disposer sans le consentement de la Faculté ? Ce serait un précédent bien grave. En tout cas, même si les papiers de Christine appartiennent à l'Etat, comme l'affirme le ministre, on ne peut les aliéner sans une loi, qui est nécessaire pour la cession de toute parcelle du domaine national. Il est bon de le faire remarquer, et le Conseil de la Faculté a protesté avec raison pour appeler l'attention et empêcher qu'un projet autorisant la spoliation de sa bibliothèque ne soient voté en sourdine et sans débat dans le silence propice d'un début de séance. Le coup n'a pas été fait avant le départ des Chambres ; il conviendra d'y veiller à la rentrée, si M. Guernut est encore là.

Les connaissances neurologiques d'Hérophile à Galien. — M. Souques, qui s'est attaché à l'étude de l'ancienne neurologie grecque, estime qu'au cours de son évolution qui commence aux temps homériques et finit aux débuts du Moyen-Age, et qui s'étend ainsi sur une quinzaine de siècles, cette neurologie a présenté trois phases brillantes et quatre phases obscures.

Les phases brillantes que M. Souques a déjà examinées (*Revue neurologique*, mars 1933, février 1934, février 1935) furent très courtes et ne dépassèrent pas la vie médicale d'un homme : la première, clinique, est illuminée par le génie d'Hippocrate ; la seconde, anatomo-physiologique, par la découverte d'Hérophile et d'Erasistrate ; la troisième, expérimentale, par le talent de Galien. Chacune d'elle est précédée et suivie d'une période obscure : obscurité relative qui laisse passer, de distance en distance, quelques clartés. Ces périodes obscures vont : l'une d'Homère à Hippocrate, l'autre d'Hippocrate à Hérophile, une autre d'Hérophile à Galien et la dernière de Galien au Moyen-Age.

Dans la période qui va de la mort d'Hérophile à la venue de Galien, M. Souques constate (*Revue neurologique*, mars 1936) que l'anatomie et la physiologie du système nerveux sont demeurées stationnaires, mais la clinique des maladies nerveuses et mentales a fait des progrès notables. Pour s'en convaincre, il suffit de parcourir les pages consacrées à ces maladies par Celse, Aretée et Soranus. On y trouve décrits les accidents cérébro-méningés consécutifs aux traumatismes du crâne, la migraine vulgaire, les vertiges ordinaires, auriculaire et comitial, l'épilepsie avec ses auras, sa forme généralisée et partielle, l'apoplexie, l'hémiplégie cérébrale et l'hémiplégie spéciale avec leur contracture en flexion ou en extension, l'hémispasme de la face autonome ou consécutif à une paralysie faciale, le tétanos et son étiologie apparente, la rage, le diabète nerveux, les psychoses proprement dites, notamment la manie et la mélancolie avec leurs récidives et leurs alternances, la sitiophobie, l'anorexie mentale, les délires prophétique et mystique, les états démentiels et la lycanthropie, les obsessions et les phobies, la sciatique, le zona et même l'infantilisme. Or, ajoute M. Souques, nous ne possédons pas les œuvres complètes des médecins de cette époque. Je ne crois pourtant pas qu'on puisse prétendre, avec Littré, qu'il existe dans les livres anciens une esquisse de toutes nos maladies actuelles. Cela ne serait pas exact, en tout cas, pour les maladies nerveuses. Je n'y ai trouvé aucune trace, ni de tabès, ni de sclérose en plaques, ni de sclérose latérale amyotrophique, ni de syringomylie, ni de biens d'autres affections du système nerveux central ou périphérique, que nous connaissons aujourd'hui et dont nous devons la première description aux neurologistes du dix-neuvième siècle.

Le médecin de bataillon pendant la grande guerre. — L'ÉCHO DE PARIS (5 mars 1936)

Parmi tous les discours qui y ont été prononcés (*Assemblée Fr. de méd. gén.*), il en est un sur lequel il nous plaît de revenir : celui d'un médecin de province, le Docteur Pierre Bernard, du Bugue-sur-Vézère, qui a fait, dans des termes aussi élevés qu'émouvants, l'éloge du splendide « type » de guerre que fut le médecin de bataillon.

Le médecin de bataillon ou d'escadron en campagne ! Celui-là, toute la France combattante d'il y a vingt ans l'a connu et l'a aimé. Quel bienfaiteur a soulagé plus de souffrances, apaisé plus d'angoisses et sauvé davantage de vies humaines ? Lui-même, plongé au cœur de la tourmente, à peine abrité sous quelques tôles ondulées, sous quelques centimètres de terre, n'était qu'une chair à canon comme la pauvre chair à canon qui convergeait, sanglante et pantelante, vers son poste de secours. Ce « non combattant » connaissait toutes les angoisses et tous les dangers du combat, et pourtant la noblesse de son rôle exigeait qu'il s'oubliât lui-même pour rester un praticien impassible, maître de son cerveau, de ses nerfs, de ses mains.

Avec quelle émotion le Docteur Pierre Bernard sait décrire ce que fut le début de la guerre pour l'humble major de bataillon et son premier contact avec ses premiers blessés....

... L'accrochage n'est pas loin.

Il se fait à l'aube d'un clair matin. Les compagnies se détachent en formation de combat et montent à l'assaut des mitrailleuses invisibles.

Voici les premiers blessés couchés dans les champs de blé, dont les gerbes ont été liées à la dernière moisson pacifique de juillet.

Le médecin de bataillon a installé son poste de secours où il a pu, comme il a pu, derrière une haie, contre une meule de paille, et il entre en action sur le champ de bataille même, comme autrefois !

C'est cet instant qui décidera de son autorité sur ses hommes et de leur confiance en lui. Les brancardiers vont où ils ont vu des hommes tomber, où des cris les appellent.

Les sacs d'infirmiers sont là, à terre, ouverts, et ce sont des pansements hâtifs, répétés, pendant des heures.

Bien des souvenirs devaient s'entasser pendant quatre ans, mais chacun de nous garde vivace le souvenir de ses premiers blessés, des cris de douleur, des râles entendus pour la première fois, des premiers visages blêmes sans regard, de tout ce qui fut enfin cette vision première de la guerre, entrevue dans une splendide matinée d'août.

Puis, ce fut la retraite d'avant la Marne, la retraite harassante que « le médecin du bataillon » fit en suivant des colonnes d'hommes épuisés et titubants. Puis, la victoire, la brève marche en avant. Puis l'interminable stabilisation des fronts, cette espèce de consolidation des foules mobilisées dans la souffrance et les risques quotidiens. Le « médecin de bataillon » prend la physionomie qu'il gardera à jamais dans la galerie des héros.

En face de la tranchée allemande voulue et préparée s'est creusée la tranchée française improvisée. D'abord les premières tranchées, simples trous recouverts de toile de tente et, ensuite, les dédales de boyaux, les abris à triple couche de rondins, les sapes, véritable cité souterraine. Toute la France est là. Les paysans de tous les champs qui gardent au fond de l'âme l'image nostalgique de tous les villages, la chanson de toutes les provinces, les hommes de tous les métiers, de toutes les professions, de toutes les classes. C'est là que le médecin de régiment va prendre sa véritable figure.

Le voyez-vous dans le labyrinthe des boyaux ? — Il a quitté la compagnie de soutien et va faire sa tournée vers les compagnies de première ligne. Dans sa musette rebondie, s'entassent sa trousse d'urgence, une presse médicale, les dernières lettres de la maison, ses cigarettes, un tome de Dieulafoy, un Rabelais ou un Montaigne, à moins que ce ne soit un recueil d'Albert Samain ou de la comtesse de Noailles. Son costume est couleur de boue et se confond avec la terre glaise de la tranchée. C'est un homme des tranchées comme tous ceux qui l'entourent et n'est-il pas un vrai combattant à sa manière ?

Combattant ? Il l'est ! Son ennemi ? C'est la mort, qui à chaque minute, frappe ceux dont il a la charge de protéger la vie. Et ce qui fait à la fois sa grandeur et sa misère, c'est la disproportion terrible entre la force brutale de la mort et les moyens fragiles dont il dispose contre elle.

Il est là, dans le secteur du bataillon. Sa cagna, qui est à la fois son abri et son poste de secours, est à la compagnie de soutien, à côté du P. C. du commandant. A côté de lui, son médecin auxiliaire, camarade de son âge, ou plus jeune et qui, aux heures les plus tragiques, apporte la note fraîche, écho lointain des salles de garde, la note salutaire pour camoufler l'émotion qui étreint.... Dans mon souvenir, je confonds le médecin aide-major et son médecin auxiliaire, ce sont deux âmes de médecin jumelées : le médecin de bataillon dont je parle, c'est l'un ou l'autre. Ce sont tous les deux à la fois.

En quelques mots d'une simplicité déchirante, le Docteur Pierre Bernard a évoqué les heures qui, dans les postes de secours avancés, suivaient les attaques :

Il n'y a pas de paroles assez saisissantes pour rappeler les scènes au poste de secours dans les heures qui ont suivi l'attaque.

Que de mourants ont fini de mourir dans nos bras en répétant un nom aimé, le plus souvent : « Maman », et pour lesquels nous avons eu un geste de pitié, un regard de tendresse comme si nous répondions ainsi au suprême appel.

Quelquefois, en faisant l'inventaire des pauvres objets dans la poche de la capote où le sang se fige, nous avons eu dans les mains une image de gosse avec son sourire !

Et lorsque tout est terminé, le médecin de bataillon examine sa conscience et pense : « J'ai combattu de mon mieux. J'ai arraché de la mort tout ce que j'ai pu. Je n'ai pas pu faire davantage. Le calme est en moi. »

Voici, enfin, la belle péroraison dans laquelle le Docteur Pierre Bernard a rattaché le souvenir des dévouements d'hier au souvenir des dévouements dont une histoire plus ancienne nous a retracé le tableau.

Le médecin de bataillon de la Gande Guerre s'approche des aides et sous-aides de la Grande Armée. Ils sont de la même race.

Les médecins de Dominique Larrey disent : Austerlitz, Iéna, Eylau, Friedland.

Leur cadet murmure : la Marne, la Somme, l'Argonne, la Champagne.

Ils disent encore : les glaces de la Bérésina.

Il répond : le feu de Verdun.

Tous les médecins de France pendant la grande guerre sont allés, comme jadis les médecins du baron Percy « où la patrie et l'humanité les appelaient et ils ont toujours été prêts à servir l'une ou l'autre ».

Le Gérant : A. ROUZAUD CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 18 LE NUMÉRO : 50 Centimes 2 MAI 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

Travaux originaux

L. et P. DAMBRIN : Traitement des méningites septiques post-traumatiques 721

Clinique médicale

DEGOS : Chancre syphilitique 722

Faits cliniques

H. DAMAYE : Delirium tremens et abcès du poumon 726

Obstétrique

La grossesse gémellaire et sa pathogénie, par H. Ferrieu 729

Revue de Presse parisienne 736

Sociétés savantes

Académie de Médecine 739
Académie de Chirurgie 740
Société Médicale des Hôpitaux 740
Société de Médecine de Paris 744

Notes cliniques et thérapeutiques .. 744

Nouvelles 745

Echos et Glanures 747

Bibliographie 718 732

Les Livres de la semaine 750

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 28 avril. — M. GOTTESMANN. Le carcino-sarcome du sein.

29 avril. — M. SANTUCCI. L'artériographie dans les anévrismes artériels des membres. — M. BOBOC. Traitement de l'épithélioma thyroïdien par un sérum cytotoxique.

30 avril. — Mlle LEBRETON. Du hile pulmonaire dans la tuberculose. — M. PESCHARD. Influence prédominante des facteurs sociaux et psychiques sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire dans la puerpéralité.

2 mai. — M. MABBERO-Y-OTÉRO. Sur un cas d'hémorragie méningée au cours d'un purpura chez un syphilitique congénital. — M. PERETZ. Protection des aliments contre les souillures extérieures. — M. MARIOTTI. Extension de la fièvre ondulante en Corse.

Faculté de pharmacie de Strasbourg. — Le Professeur Sartory est nommé doyen.

Clinique médicale propédeutique de l'hôpital Broussais (96, rue Didot. Professeur Emile Sergent). — Le cours de perfectionnement sur la tuberculose aura lieu du 15 juin au 11 juillet inclus.

Une affiche donnera prochainement le programme détaillé.

Concours pour la nomination à deux places d'aide d'anatomie à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux vacantes : la première le 1er novembre 1936, la deuxième le 1er novembre 1937. — Ce concours sera ouvert le lundi 8 juin 1936, à 9 heures à l'Administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire à l'Administration centrale (Bureau du Service de santé) à partir du lundi 11 mai jusqu'au mercredi 20 mai 1936 inclusivement, de 15 heures à 18 heures.

Examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime. — Le prochain examen aura lieu à Paris, en juin.

En vue de préparer les candidats à cet examen, un enseignement spécial sera donné au Laboratoire d'hygiène sous la direction du Professeur Tanon, professeur d'hygiène, conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique, avec la collaboration de M. le Docteur Joannon, agrégé d'hygiène ; M. Lindemann, adjoint au directeur des Services du travail et de l'Enseignement maritimes au ministère de la Marine marchande ; M. Roubinet, chef de bureau à l'Etablissement national des Invalides de la marine ; MM. les Docteurs Cambessédès, assistant d'hygiène et ancien chef de clinique de la Faculté de médecine ; Clerc, assistant d'hygiène et conseiller technique sanitaire du ministère de la Marine marchande ; Neveu, chef de laboratoire des épidémies à la Préfecture de police ; Navarre, sous-directeur de l'Institut d'hygiène et professeur à l'Ecole de médecine de Caen.

Le cours durera du 18 mai au 5 juin. Il comprendra des leçons qui auront lieu chaque jour, de 16 h. 30 à 18 h. 30, et un cours spécial de bactériologie avec travaux pratiques (de 9 heures à midi).

Peuvent s'inscrire à ce cours :

1° Les docteurs et étudiants en médecine, à scolarité terminée, français et du sexe masculin ;

2° Les docteurs et étudiants en médecine, de nationalité étrangère, qui s'intéressent aux questions d'hygiène maritime et de prophylaxie internationale et qui pourront recevoir un certificat d'assiduité.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat (guichet n° 4) les les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 heures, et salle Béclard de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures sauf samedi après-midi.

Le droit à verser est de 200 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser au laboratoire d'hygiène.

Association générale des Médecins de France. — *Assemblée générale annuelle.* — Cette Assemblée aura lieu sous la présidence de M. le Docteur Chapon le dimanche 17 mai 1936, à 14 heures, dans la salle des séances de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi. Seuls peuvent y assister les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des Sociétés locales et les membres de la presse médicale.

Le soir, banquet à l'hôtel Continental, rue Rouget-de-Lisle, sous la présidence de M. le Docteur Siredey, ancien président de l'Académie de médecine, vice-président de l'Association. En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part en envoyant avant le 15 mai, leur adhésion et le prix du banquet (50 francs), à M. le Docteur Jules Bongrand, trésorier général de l'Association, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe). Chèques-postaux : Paris : 186-07. Téléphone : Littré 61-43.

L'admission aux emplois de médecin et pharmacien sous-lieutenant. — Le *Journal Officiel* vient de publier un décret qui modifie celui du 19 août 1929 instituant un concours pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active des troupes métropolitaines, réservé aux détenteurs du titre de docteur en médecine ou en pharmacie.

Le nouveau décret stipule notamment que les conditions exigées pour être admis au concours sont les suivantes :

Etre Français ou naturalisé français depuis dix ans au moins au 31 décembre de l'année du concours. Ce décret est suivi d'un modificatif à l'instruction du 19 août 1929 pour l'application du décret de même date.

Ve Congrès français de gynécologie. (18 au 24 mai 1936. Hôtel des Syndicats médicaux français, 95, rue du Cherche-Midi, Paris-VIe) — Président, M. le Docteur Dartigues, de Paris ; secrétaire général, M. le Docteur Maurice Fabre. Question à l'ordre du jour : La stérilité féminine.

PROGRAMME. — Lundi 18 mai, à 14 heures : Séance d'ouverture du Congrès. *a*) Discours de M. le Professeur Alfieri, président d'honneur du Congrès ; *b*) Discours de M. le Doyen de la Faculté de médecine de Paris ; *c*) Discours de M. le Docteur Dartigues ; *d*) Rapport de M. le Docteur Maurice Fabre. — A 15 heures : Projection du film du Congrès de Salies-de-Béarn. — A 15 h. 30. Séance de travail. 1) Considérations générales sur la stérilité féminine. Indications de la lutte contre la stérilité (Rapporteur : M. le Professeur agrégé André BINET, Nancy) ; Discussion. — 2) La physiologie de la fécondation et de la nida-

tion (Rapporteur : M. le Professeur CHAMPY, Paris) ; Discussion. — A 18 heures : Réception par M. le Président du Congrès. — A 21 heures : Soirée théâtrale offerte avec le concours des Laboratoires Ciba.

Mardi 19 mai, à 14 h. 30 : Séance de travail. 1) Etude clinique et étiologique de la stérilité (Rapporteur : M. Jean SEGUY) ; 2) Le traitement médical et chirurgical de la stérilité féminine (Rapporteur : M. le Professeur agrégé André CHALIER, Lyon) ; Discussion ; 3) Présentation d'instruments de chirurgie : 4) Présentation de livres. — A 20 heures : Dîner du 5e Congrès français de gynécologie, sous la présidence de M. le Professeur ALFIERI. Ce diner sera suivi d'une soirée dansante.

Mercredi 20 mai, à 14 h. 30 : Assemblée générale de la Société française de gynécologie. — A 15 heures : Séance de travail. 1) Les traitements physiothérapiques et thermaux de la stérilité (Rapporteur : M. le Professeur FAVREAU, Lille) ; discussion ; 2) Communications ne portant pas sur la question à l'ordre du jour (ces communications ne peuvent être faites que par les congressistes habitants des pays non limitrophes de la France) ; 3) Présentation de films ; 4) Présentation d'appareils de physiothérapie. — A 21 heure : Centre Marcelin Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique. Remise solennelle de la médaille du Docteur F. Jayle, suivie d'une soirée artistique avec le concours d'artistes de la Comédie Française et de l'Opéra.

SOIRÉE THÉATRALE. — Lundi 10 mai, une soirée offerte avec le concours des Laboratoires Ciba, aura lieu à 21 heures. Sur sa demande chaque congressiste recevra une place gratuite. Il pourra également obtenir des places à prix réduit pour les membres de sa famille qui l'accompagneront.

DINER DU CONGRÈS. — Le dîner du Ve Congrès français de gynécologie aura lieu le mardi 19 mai, à 20 heures, au pavillon Dauphine (Bois de Boulogne) sous la présidence de M. le Professeur Alfieri. Prix du couvert : 60 francs. Tenue de soirée. Les dames sont instamment priées d'y assister. Après le dîner : Soirée dansante. S'inscrire avant le 10 mai.

Une excursion à Londres a été prévue.

Pour les inscriptions au Congrès et tous renseignements on est prié de s'adresser à M. le Docteur Maurice Fabre, secrétaire général du Congrès, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (IXe). Téléphone 44-88, Compte-chèques postaux : Paris 1211-48.

Médaille du Docteur Béclère. — La médaille du Docteur Antoine Béclère, œuvre du maître Dropsy, lui sera remise le dimanche 10 mai 1936, à 15 h. 30, au Centre Marcelin-Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique (VIIe).

A l'issue de la cérémonie, le Docteur Antoine Béclère y recevra ses amis et leur famille.

Manifestations médicales de mai. — Du 4 au 9 mai. — PARIS. *Semaine oto-rhino-laryngologique*, par MM. Aubin, Aubry, Baldenweck, André Bloch, Bouchet, Bourgeois, H.-P. Chatellier, Grivot, Halphen, Hautant, P.-C. Huet, Lallemand, Lemaître, Lemariey, Le Mée, Louis Leroux, Moulonguet, Ombrédanne, Ramadier, Rouget, O. R. L. des hôpitaux de Paris. — *Renseignements* : Docteur L.-H. Leroux, 242 *bis*, boulevard Saint-Germain, Paris.

12 au 16 mai. — LONDRES. *Congrès international de médecine physique.* — Agents physique. Education physique, hydrothérapie et climatologie. Electrothérapie, actinothérapie, radiothérapie, curiethérapie. — *Renseignements* : Docteur Albert Eidinow, 4, Upper Wimpole, Street, W. 1, Londres.

18 au 21 mai. — PARIS. *Ve Congrès français de gynécologie* « La stérilité féminine ». — Rapports : 1° Considérations générales sur la stérilité féminine, par M. André Binet (Nancy). 2° La physiologie de la fécondité et de la nidation, par M. Champy (Paris). 3° Etude clinique et étiologique de la stérilité féminine, par M. Jean Séguy (Paris). 4° Le traitement médical et chirurgical de la stérilité féminine, par M. André Chalier (Lyon). 5° Les traitements physiothérapiques et thermaux, par M. Favreau (Lille). — *Renseignements* : Docteur Maurice Fabre, 6 rue du Conservatoire, Paris (9e).

28 au 30 mai. — BORDEAUX. *IXe Congrès de l'Association française de pédiatrie*, sous la présidence du Docteur Rocaz. — Questions : Epidémiologie et pathogénie de l'acrodynie infantile, par M. Péhu (Lyon). — Insulinothérapie chez l'enfant, par M. Aubertin (Bordeaux) et Lelong (Paris). — Déformations dystrophiques du thorax, par MM. Lévêque (Paris), Ombrédanne (Paris), Garnier (Paris). — *Renseignements* : Docteur Ed. Dubourg, 132, cours d'Alsace-Lorraine, Bordeaux.

28 mai au 2 juin. — VIENNE. *XIe Congrès international des médecins catholiques* (Eugénie, stérilisation, etc.). — *Renseignements* : Sociétés Saint-Luc, 61, rue Madame, Paris.

31 mai au 1er juin. — ROYAT. *Journées internationales périodiques de cardiologie.* — Rapports : 1° Tonus vasculaires, par MM. Heymans (Gand), L. Brouha (Liége). 2° Les spasmes vasculaires de l'encéphale, par M. Riser (Toulouse). 3° Les spasmes vasculaires des membres, par MM. Leriche et Fontaine (Strasbourg). 4° Les spasmes vasculaires dans leurs rapports avec l'endocrinologie, par MM. Maranon et Duque (Madrid). 5° Le traitement des spasmes vasculaires, par M. Loeper (Paris). — *Renseignements* : Docteur Boucomont, Royat. (*Pédiatrie Pratique.*)

Service de santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Le médecin lieutenant-colonel Moy, de la direction du Service de santé de la région de Paris, président de la Commission de réforme de la Seine.

Les médecins commandant : Lambert, de l'hôpital Gaujot, Strasbourg, à l'hôpital Maillot, Alger ; Marmoiton, de l'hôpital Maillot, Alger, à l'hôpital Gaujot, Strasbourg ; Poey, des trou-

pes du Maroc, au 3e d'infanterie ; Raynaud, des troupes du Maroc, au 507e chars.

Les médecins capitaines : Meyrignac, du 92e d'infanterie, aux troupes de Tunisie ; Lacorre, des troupes de Tunisie, au 92e d'inf. ; Malossane, du 73e bat. alpin de fort., à la 15e comp. rég. du train, Marseille.

Ecole du Service de santé militaire. — Le 25 avril a eu lieu une cérémonie en souvenir du Professeur Grandclaude, ancien élève de l'Ecole, promotion 1911-1914, professeur à la Faculté de médecine de Lille, sous-directeur du Centre anticancéreux de la région du Nord, mort victime de son dévouement, cité à l'ordre de la Nation le 27 décembre 1934.

Association internationale de prophylaxie de la cécité. — L'Assemblée générale de l'Association internationale de prophylaxie de la cécité et de l'Organisation internationale de lutte contre le trachome aura lieu à Paris, le lundi 11 mai 1936, à 15 heures, au grand amphithéâtre du Centre Marcelin-Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique.

Ordre du jour : Rapport du président, M. F. de Lapersonne, sur les travaux de l'Association internationale de prophylaxie de la cécité pendant l'année écoulée. — Communication de M. le Docteur Park Lewis, vice-président, sur les directives à donner à l'Association pour étendre son action bienfaisante. — Présentation et discussion des rapports sur la question choisie à la réunion de Londres : « Les conjonctivites infectieuses de l'enfance jusqu'à dix ans ». — Rapport de M. le Professeur Terrien sur la classification des conjonctivites. — Rapport de M. Rowland P. Wilson (du laboratoire ophtalmologique de Giza) sur les conjonctivites de l'enfance en Egypte et dans le Proche Orient. — Communication de M. Mac Callan, président de l'Organisation internationale de lutte contre le trachome, sur les relations de ces conjonctivites avec le trachome. — Rapport de M. Bishop Harman, membre d'honneur de l'Association internationale de prophylaxie de la cécité, sur la prophylaxie des conjonctivites de l'enfance et sur les mesures sociales et administratives à recommander. — Discussion des rapports.

Les personnes qui désireraient prendre la parole sur les questions mises à l'odre du jour, à la suite de la présentation des rapports, sont priées de se faire inscrire au secrétariat général de l'Association internationale de prophylaxie de la cécité, 66, boulevard Saint-Michel, Paris, en envoyant le titre ainsi qu'un très cours résumé de leur communication. Pour le bon ordre de la discussion, la durée de chaque communication sera limitée à dix minutes. Les rapports imprimés seront envoyés aux membres de l'Association et aux personnes qui en feront la demande.

Asile de Dury-les-Amiens. — Une place de docteur interne (25 à 30 ans, nationalité française), désireux de préparer le médicat des Asiles et ayant déjà été affecté au titre d'interne dans un établissement d'aliénés es. vacante à l'Asile de Dury-les-Amiens.

Traitement annuel en espèces : 15.000 à 18.000 francs (logement, chauffage, éclairage et divers avantages en nature).

Adresser la demande avant le 5 mai, au directeur, avec indications : situation de famille, diplômes, titre et listes complètes des références.

BIBLIOGRAPHIE

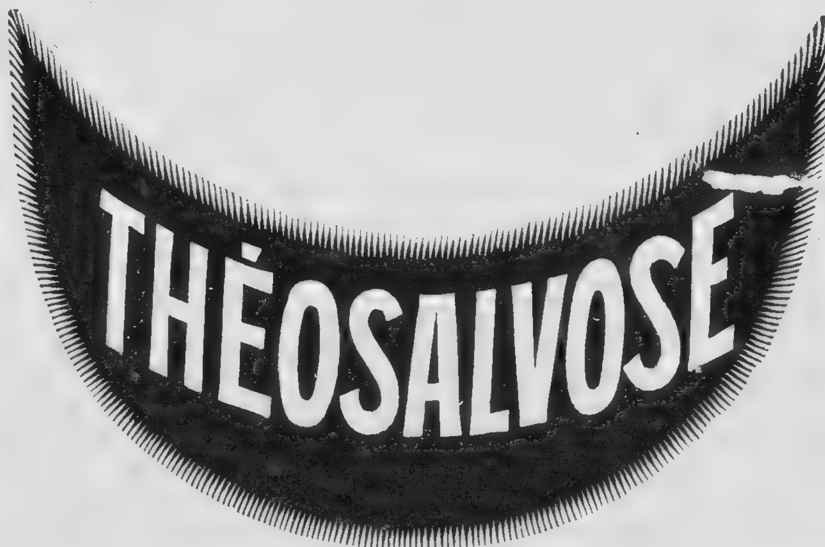
Médecine

Les Groupes sanguins, par R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et N. KOSSOVITCH. 1 volume in-8 de 250 pages avec 38 figures en noir et 1 planche en couleurs, 36 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Poursuivant des recherches sur les groupes sanguins depuis plusieurs années, ayant souvent à initier des élèves aux techniques de cette étude, les auteurs ont pensé à réunir, en une monographie, les notes qu'ils avaient amassées et les résultats de leurs travaux.

Ils ont envisagé les différents aspects du problème des groupes et les divers chapitres traitent : des types sérologiques, de l'ontogénèse et de la fixité des groupes — de la technique générale de détermination des groupes — de l'hérédité — des données anthropologiques — des données physiologiques et chimiques — des groupes sanguins en médecine et en médecine légale — des groupes sanguins chez les animaux.

Les auteurs ont, à juste titre, fait la part plus belle à certains chapitres ; c'est ainsi qu'ils ont spécialement développé le chapitre de l'hérédité, non seulement pour l'intérêt qu'elle présente ou pour ses applications en médecine légale, mais aussi parce qu'elle vient étayer ou infirmer nombre de théories qui ont été émises sur les groupes sanguins. Ils ont fait aussi une part très importante à la technique — technique générale, exposée dans un chapitre qui lui est consacré, techniques particulières, exposées à propos de diverses applications — parce qu'ici, plus que partout ailleurs, la technique, à cause des conclusions graves qui peuvent en découler, demande une attention particulière.


THÉOSALVOSE

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement des méningites septiques post-traumatiques

Par **Louis** et **Paul DAMBRIX**

Jusqu'à ces dernières années tous les chirurgiens admettaient que les méningites septiques survenues à la suite de fractures du crâne constituaient une complication inévitablement mortelle.

A la suite des recherches et des publications de quelques auteurs, plusieurs modalités thérapeutiques ayant chacune fournie des cas heureux ont été proposées.

Nous désirons dans cet exposé schématiser les divers moyens de traitement prophylactique et curatif des méningites post-traumatiques.

I. — Traitement prophylactique

a) *La désinfection des cavités naturelles*, nez, oreilles par l'huile goménolée semble avoir rendu de grands services. Elle est classique, mais souvent inefficace. Bolher la croit néfaste.

b) *La vaccination préventive par le propidon* a été préconisé par Lecercle de Damas, dans une communication faite le 29 mars 1933 à la Société de Chirurgie de Paris. L'auteur attache une grande valeur à cette méthode, et rapporte une série de dix-sept cas de fracture de la base du crâne, traités ainsi et qui ne présentèrent pas de complication infectieuse.

c) *Injection intraveineuse d'hexamètylène* méthode vantée par Tytgat, de Gand (1). Selon lui, cette injection confère au liquide céphalo-rachidien, dès son origine au niveau des plexus choroïdes, un pouvoir antiseptique qui lui permettra de s'opposer à l'infection des espaces méningés. L'hexaméthylène s'administre à la dose de 6 à 8 grammes par jour durant une semaine environ.

II. — Traitement curatif

a) *La sérothérapie intrarachidienne.*

Associée à la sérothérapie sous-cutanée, intramusculaire, intraveineuse, pratiquée avec du sérum de l'Institut Pasteur ou du sérum de Vincent elle est une des méthodes les plus répandues. Basset, Ameline, Mialaret, en février 1933, insistaient sur sa valeur à la Société de chirurgie de Paris et présentaient un cas personnel de guérison.

Von Stolte, Jabovici (2), notre père le Professeur C. Dambrin, ont chacun de leur côté obtenu une guérison de méningite traumatique par l'application de cette méthode.

(1) TYTGAT. — Les injections intraveineuses d'hexaméthylène-tétramine dans le traitement des fractures de la base du crâne. (*Bulletin de l'Ac. Royale de Méd. de Belgique*, 5e série, tome VII, n° 8, sept. 1927. Analyse in *Journ. Chir.*, tome XXX, p. 683.)

(2) JABOVICI (J.) et MURESANNE (E.). — Considérations thérapeutiques sur les fractures du crâne basées sur l'observation de 236 cas personnels. *Revue de Chirurgie*, 1932, n° 9, p. 664-673.)

Certains auteurs (Piquet, Desplas), ont préconisé l'injection intrarachidienne de substances telles que l'urotropine, l'électragol, la quinine basique.

b) *Le lavage spino-ventriculaire.*

Depage, à « l'ambulance Océan », en 1917, le pratiqua sans succès chez de graves blessés craniens dont la plaie cérébrale intéressait un ventricule : il injectait par voie lombaire du sérum qui ressortait par la plaie ventriculaire.

Sicard, Roger et C. Dambrin (1) publièrent, en 1917, le premier cas de lavage spino-ventriculaire, suivi de guérison, chez un trépané ancien.

Plus récemment, le 27 février 1935, C. Dambrin et nous-mêmes présentâmes à la Société de chirurgie deux nouveaux cas de lavage spino-ventriculaire pratiqués pour des méningites à streptocoque. Cette méthode a pour but grâce à deux ponctions simultanées l'une lombaire, l'autre ventriculaire, d'évacuer par une aiguille le plus possible de liquide céphalo-rachidien purulent en injectant lentement et longuement par l'autre un liquide thérapeutique (sérum physiologique, sérum antistreptococcique, solution de bleu de méthylène (2).

c) *La trépanation d'Ody*, avec résection de l'arc postérieur de l'atlas et incision de la dure-mère n'a été que rarement pratiquée dans les méningites. Elle agit ici comme drainage permanent des cavités méningées.

d) *Les injections hypotoniques* sont peu classiques. Elles ont été utilisées, sur le conseil de notre maître M. le Professeur Riser par J. Virenque et l'un de nous, associées au drainage sous-occipital (3).

Cette association est parfaitement logique : l'injection intraveineuse de grande quantité de sérum hypotonique à 4 % provoque une hypersécrétion de liquide céphalo-rachidien, celui-ci s'écoule par l'ouverture sous-occipitale de la dure-mère et réalise ainsi un « drainage forcé » des cavités méningées, un véritable lavage spontané, physiologique.

Cette méthode a été décrite par les auteurs américains Weed (4) et Kubie (5).

Par ces injections hypotoniques, associés à une laminectomie de drainage, Spurling dit avoir obtenu autant de guérisons de méningites que de tentatives.

D'autres auteurs, comme Alain Gaston, Claude, sont nettement moins favorables à cette méthode.

Signalons enfin que plusieurs autres modalités de drainage ont été pratiquées.

Les chirurgiens américains utilisent le drainage permanent par ponction lombaire continu, le malade étant alors installé sur un lit à sangle spécial.

Bart a obtenu trois cas de guérison par laminectomie lombaire avec incision de cul-de-sac rachidien.

Poirier et Kumel en ont chacun observé une par drainage bilatéral.

Dandy obtint quatre guérisons par trépanation occipitale.

(1) SICARD (A.), ROGER (H.) et DAMBRIN (C.) — Lavage spino-ventriculaire au cours d'une méningite chez un ancien trépané. (*Marseille Médical*, juin 1917.)

(2) P. DAMBRIX et BOURREL. — Technique du lavage spino-ventriculaire. (*Toulouse Médical*, 1er avril 1934.)

(3) VIRENQUE (J.) et DAMBRIN (P.). — Méningite traumatique à streptocoque, sérum intrarachidien, lavage spino-ventriculaire, opération d'Ody, drainage forcé des méninges. (*Société de chirurgie de Toulouse*, 29 mars 1935.)

(4) WEED (L.-H.). — The effects of hypotomic solutions upon the cell morphology of the choroï plexus and centr. Nerv. Syst. (*Am. Journal Anat.*, 32-253, 1923.)

(5) KUBIE (L.-S.). — Forced drainage of the C. S. fluid in relation to the treatment of infections of the Cent. Nerv. Syst. (*Arch. Neural and psych*, 16-319, septembre 1926.)

En résumé, comme il arrive souvent pour les affections difficilement curables, les moyens thérapeutiques proposés sont nombreux. Presque tous tendent à assurer un drainage permanent de la suppuration méningée.

Quelques-uns ont pour but de s'attaquer directement aux recessus de liquide céphalo-rachidien purulent : sillons de la convexité, Flumens de Duret, lacs de la base, et d'en pratiquer le lavage, soit par les injections hypotoniques et l'hypersécrétion liquidienne qui en résulte, soit par le lavage spino-ventriculaire.

Aucune méthode n'est infaillible, toutes peuvent, sans doute, donner des guérisons : c'est par leur combinaison, leur association, des tentatives répétées, que l'on devra agir. C'est surtout par une thérapeutique précoce et en employant d'emblée les grands moyens que l'on devra s'attaquer à cette complication redoutable qui, jusqu'ici entraînait constamment la mort.

CLINIQUE MÉDICALE

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE : PROF. LOEPER

Chancre syphilitique (1)

Par M. le Docteur **DEGOS**

Le chancre syphilitique est la première manifestation clinique de la syphilis ; cet accident initial survient au point d'inoculation vingt ou trente jours après le contage. Il ne correspond pas cependant à une phase localisée de l'infection, la syphilis étant déjà largement disséminée dans l'économie lors de son apparition.

Le chancre peut se développer en tous points de la peau et des muqueuses, mais son lieu d'élection est la région génitale et l'anus.

Au début, il apparaît comme une petite tache rose qui grandit et s'indure au bout de quatre ou cinq jours. Dans sa forme typique, il apparaît alors comme une lésion superficielle, de couleur rose-rouge ou chair musculaire, nettement limitée, ronde, de taille variable, atteignant un centimètre de diamètre en moyenne. Il est classique d'admettre que le chancre syphilitique est sans bords, à niveau avec la peau normale ; toutefois, cette notion classique présente certaines exceptions et on peut d'autre part observer une fausse apparence de bords due au plissement de la muqueuse (chancres de la région balano-préputiale) qui ferait croire à une lésion ulcéreuse : il suffit de tendre la muqueuse pour constater que la lésion est plane.

La surface du chancre est plate, érosive ; seul l'épiderme est abrasé. L'érosion laisse suinter une sérosité claire non purulente.

Le chancre syphilitique repose sur une base indurée : l'induration est un signe primordial, bien qu'il ne soit ni constant, ni pathognomonique. L'induration peut être appréciable à la simple inspection : un nodule surélève le chancre ou un bourrelet l'entoure.

Lorsque le chancre siège sur la face interne du prépuce, la diminution de la souplesse due à l'induration réalise le « *signe du cartilage tarse* » : si on demande au malade de décalotter lentement, à un moment donné et dans une zone plus ou moins limitée il y a un blocage du prépuce, puis le prépuce se reverse brusquement comme par un déclenchement. La palpation du chancre, entre deux doigts protégés par une compresse ou un doigtier, met en évidence l'induration de la base. Celle-ci donne la sensation d'une lamelle parcheminée, ou d'un nodule profond suivant le degré de l'infiltration.

Mais l'induration est parfois si fine qu'elle est difficile à apprécier ; elle peut même manquer totalement.

Le chancre est une lésion aphlegmasique, sans signes d'inflammation ; il est indolore et ne détermine pas d'œdème inflammatoire. Cependant, le chancre siège souvent au milieu d'une zone rouge sombre, plus ou moins squameuse, infiltrée, véritable *syphilome diffus primaire*.

Somme toute, un chancre dans sa forme typique constitue une lésion très nettement limitée, érosive, infiltrée profondément, aphlegmasique.

Une adénopathie froide caractéristique accompagne toujours le chancre dès son début ou à partir du quatrième, huitième jour. Elle siège dans le territoire lymphatique tributaire de la lésion du chancre (aines pour les chancres génitaux). Elle est formée d'un gros ganglion ou d'une pléiade de petits ganglions inégaux de grosseur, l'un étant souvent beaucoup plus gros que les autres. Ces ganglions sont durs, mobiles, sans périadénite et indolents.

Le chancre syphilitique disparaît spontanément en quatre à six semaines, sans laisser de traces. Seuls les chancres ulcéreux laisseraient subsister une cicatrice indélébile ; ainsi la constatation d'une cicatrice est plus en faveur d'un diagnostic rétrospectif de chancre mou que de chancre syphilitique. L'induration persiste quelques semaines après la disparition du chancre. L'adénopathie persiste encore plus longtemps et est encore perceptible pendant la période secondaire.

Le chancre est habituellement unique mais les chancres multiples, simultanés ou successifs sont fréquents.

Je viens de vous décrire une forme typique du chancre syphilitique, facile à diagnostiquer. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi ; dans la moitié des cas, le chancre se présente sous une forme atypique, rendant le diagnostic clinique assez difficile. Je vais vous signaler les formes atypiques les plus fréquentes.

Le chancre croûteux, ecthymateux, type du chancre de la peau, apparaît sous l'aspect d'une croûte brune ou jaune, bien arrondie, enchâssée dans une saillie papuleuse, recouvrant l'érosion chancreuse. Le chancre pseudomembraneux est tapissé d'un enduit blanchâtre qui, sur l'amygdale, peut simuler la diphtérie.

Le chancre ulcéreux, recouvert ou non d'une croûte, parfois suppurant, se reconnaît à l'infiltrat dans lequel il est creusé et qui le déborde par un ourlet infiltré.

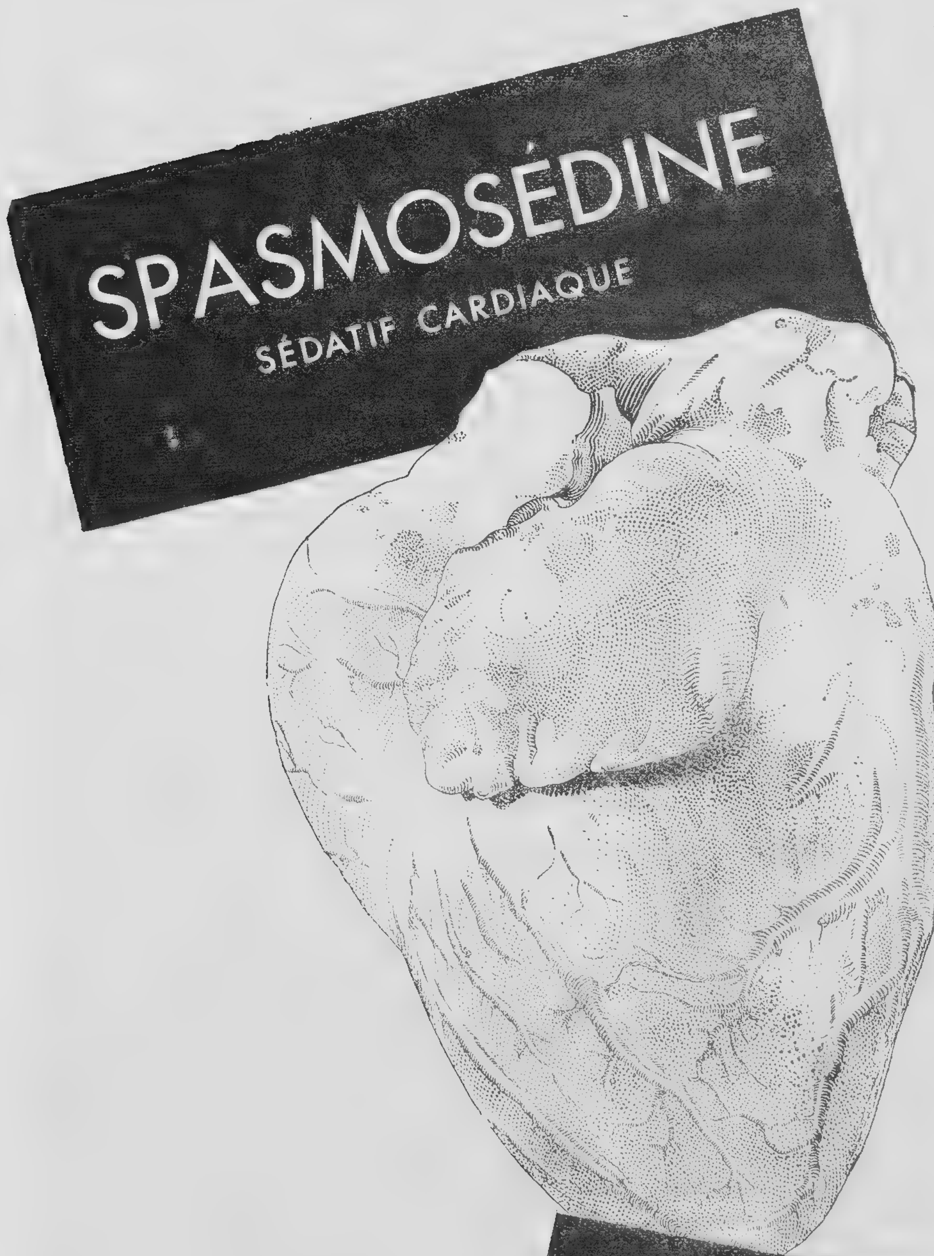
Le chancre hypertrophique forme une saillie parfois considérable et simule un épithélioma ; par contre, le *chancre nain* minuscule, ponctiforme, passe souvent inaperçu, d'autant plus que sa base est souple.

Le chancre phimosis apparaît brusquement et son allure aphlegmasique le distingue des phimosis chancrelleux et blennorragiques. Cependant une infection secondaire ou associée est fréquente et même une infiltration syphilitique rouge violacée (le syphilome primaire) peut donner un aspect inflammatoire. A travers le capuchon préputial, on cherchera l'induration ligneuse circonscrite du chancre syphilitique. Les caractères de l'adénopathie sont également un gros appoint au diagnostic clinique.

Le chancre du méat simule une uréthrite gonococcique par son écoulement mais la palpation révèle l'induration très accentuée.

A la vulve le chancre détermine souvent un œdème considérable des grandes lèvres ; cet œdème est dur, car-

(1) Leçon du 7 mars 1936, résumée par Mme le Docteur Rodzevitch.


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE

tonné, absolument caractéristique. Les autres affections des organes génitaux de la femme provoquent un œdème mou. On peut poser presque à coup sûr le diagnostic de chancre syphilitique en se basant sur cet aspect caractéristique de l'œdème des grandes lèvres.

Le chancre du col utérin est découvert au spéculum et l'induration est perceptible au toucher.

Le chancre de l'anus est souvent caché à la base d'un condylome, d'une hémorroïde enflammée ou dans un pli radié ; il peut être haut placé dans le canal anal et difficilement explorable. Il est, parfois, fissuraire et douloureux.

Les chancres extra-génitaux passent facilement inaperçus parce qu'on n'y pense pas : cependant ils ne sont point rares. Aux lèvres, le chancre est souvent hypertrophique, pseudo-tumoral ; à la langue, il est fissuraire ; à l'amygdale, il peut déterminer un syndrome angineux avec douleur et même fièvre. Erosif, ulcéreux ou diphtéroïde, le chancre, habituellement unilatéral, repose sur une très grosse amygdale, peu enflammée, d'une dureté ligneuse au palper digital. Tous ces chancres de la face sont reconnaissables par l'adénopathie considérable qui les accompagne : on peut poser le diagnostic de chancre syphilitique rien qu'à la constatation du ganglion énorme et dur du cou, de la région angulo maxillaire. Inversement, en présence d'une lésion de la cavité buccale simulant un chancre syphilitique, sans adénopathie, il faut rejeter presque sûrement le diagnostic de syphilis primaire.

Le chancre syphilitique du doigt est assez fréquent ; nous voyons à Saint-Louis nombre de malades, envoyés des services de chirurgie pour des « plaies » des doigts, profondément infitrées, parfois post-traumatiques et rebelles au traitement antiseptique, qui sont des chancres.

Le diagnostic clinique d'un chancre syphilitique est basé sur les caractères du chancre, sur ceux de l'adénopathie sur la recherche des signes de syphilis secondaire si le chancre date de plusieurs semaines, sur les circonstances d'apparition, avec toutes les réserves que comporte l'interrogatoire, sur l'examen de la personne contagionnante supposée si possible.

* * *

Le diagnostic bactériologique est indispensable pour affirmer la syphilis. La recherche directe du tréponème doit être effectuée dans tous les cas où l'on soupçonne un chancre syphilitique, même si les caractères cliniques ne semblent laisser aucun doute sur la nature syphilitique de la lésion. Seule une impossibilité matérielle doit empêcher d'y avoir recours.

La recherche du tréponème vivant à l'ultra-microscope est le procédé de beaucoup le plus sûr. Mais le prélèvement doit être effectué immédiatement avant l'examen sur un chancre non cautérisé et non antiseptisé. Aussi, si le médecin ne fait pas l'examen, il doit envoyer le malade au laboratoire, en lui recommandant de ne se laver auparavant qu'à l'eau bouillie. La sérosité est recueillie par grattage superficiel de la surface du chancre, en prélevant la « sérosité de seconde venue ». Si la lésion est un peu ancienne, en voie d'épidermisation, si elle a été attouchée récemment par des antiseptiques, il faut gratter fortement la surface ou piquer les bords du chancre et recueillir le sérosité sanglante de seconde venue.

L'identification du tréponème après imprégnation à l'argent (Fontana-Tribondeau) est plus sujette à caution et cette méthode est réservée aux cas où les frottis doivent être envoyés à des laboratoires éloignées.

En cas de résultat douteux ou négatif, on répétera les examens le même jour et les jours suivants. On peut également tenter la recherche du tréponème dans le suc ganglionnaire retiré par ponction après injection intra-ganglionnaire d'une ou de deux gouttes de sérum physiologique.

Les séro réactions seront toujours pratiquées. Même si la recherche du tréponème a été positive, il est important pour le traitement et le pronostic de préciser la période sérologique. Dans la plupart des cas, le séro diagnostic devient positif vers le quinzième jour de l'évolution du chancre ; or, le pronostic d'une syphilis traitée dans la période pré-sérologique est en général bien plus favorable. Si le tréponème n'a pas été trouvé, les séro-réactions donnent une indication précieuse mais non absolue : négatives, elles ne signifient rien dans les premières semaines du chancre ; positives elles ne permettent pas de conclure à un accident primitif, le malade pouvant être un syphilitique ancien ; douteuses ou dissociées elles doivent être répétées les jours suivants pour s'assurer de l'évolution vers la positivité totale, qu'implique une syphilis récente non modifiée par le traitement.

Lorsque l'examen à l'ultra-microscope montre la présence de tréponèmes, tous les doutes sont levés : le malade est atteint d'une syphilis récente, il faut le traiter immédiatement. La situation devient plus embarrassante si on ne trouve pas de tréponème à l'ultra-microscope, même si le chancre est typique, il pose des diagnostics différentiels.

* * *

Je vais discuter ces diagnostics différentiels. Schématiquement, le chancre syphilitique s'oppose par ses caractères cliniques aux autres lésions cutanées, et en particulier aux lésions observées dans les régions génitales :

L'érosion traumatique est déchiquetée ou linéaire, elle est douloureuse, non infiltrée ; elle apparaît d'ailleurs immédiatement après le coït mais on ne saurait accepter avec trop de prudence cette étiologie toujours invoquée par le malade ;

La balanite érosive est une lésion très fréquente et facilement reconnue par ses vastes et multiples érosions, bordées d'un liseré blanchâtre, recouvrant tout le gland et s'accompagnant d'écoulements muco-purulents ; elle ne ressemble en rien au chancre syphilitique ;

Le chancre galeux pourrait faire croire à un chancre croûteux, mais c'est une papulo-pustule de petite taille et souvent allongée ; elle s'accompagne de lésions caractéristiques de la gale dans les zones d'élection et de prurit surtout nocturne ;

L'herpès, dermatose vésiculeuse, est érosif sur les muqueuses couvertes. En général multiples, les érosions sont très superficielles et de petite taille (tête d'épingle) ; souvent confluentes, elles réalisent des érosions plus larges, mais à bords micropolycycliques, tout à fait caractéristiques. Leur base est souple, sans aucune induration. Le suintement séreux est abondant. La lésion est légèrement douloureuse. L'adénopathie fait défaut dans la plupart des cas ou est du type inflammatoire. Le diagnostic est presque toujours évident, souvent facilité par l'existence de vésicules aberrantes typiques et par la notion de poussées antérieures, parfois périodiques ;

Le chancre mou n'est pas une érosion mais une ulcération souvent profonde et mutilante perforation du filet préputial), aux bords décollés, souvent entourés d'un petit liseré nécrotique blanchâtre. Le fond de l'ulcération est vermoulu, hémorragique, sale, purulent. La base est souple. La lésion est presque toujours douloureuse spontanément et à la palpation. Les chancres mous sont le plus souvent multiples. L'adénopathie est très inconstante, mais lorsqu'elle existe elle est très nettement inflammatoire, douloureuse et à tendance suppurative. L'incubation du chancre mou est courte, de deux à cinq jours. L'examen microscopique du pus prélevé sous les bords de l'ulcération, montre le bacille de Ducrey, mais cette recherche est délicate. L'auto-inoculation du pus au bras a une valeur autrement grande mais la possibilité d'une extension grave de la chancrelle d'auto inoculation, même après brûlure au thermocautère ou au chlorure de zinc, a fait abandonner ce test biologique par plusieurs auteurs.

L'intradermo-réaction au Dmelcos positive est loin d'avoir une valeur absolue :

L'accident syphilitique tardif demande à être discuté : la connaissance d'une syphilis ancienne ne permet plus actuellement d'éliminer le diagnostic de chancre syphilitique, depuis que l'on sait qu'un syphilitique, même en activité peut contracter une nouvelle syphilis (superinfection). Or ces chancres de superinfection pourraient ne s'accompagner ni d'adénopathie, ni d'accidents secondaires : ils reposent donc tout le problème des accidents chancriformes tardifs et des chancres redux ;

L'ulcère vénérien adénogène (maladie de Nicolas-Favre) peut simuler exactement le chancre syphilitique et sa nature n'est reconnue que rétrospectivement lors de la constatation des tumeurs ganglionnaires et d'une réaction de Frei positive.

Nous ne pouvons citer les autres diagnostics d'exception et nous ne pouvons nous étendre sur les diagnostics particuliers suivant la localisation du chancre. L'angine de Vincent est une source fréquente d'erreur d'une part du fait de la constatation de spirochètes à l'ultra, d'autre part du fait de réactions sérologiques souvent positives pendant l'évolution de l'angine.

Mais ces caractères distinctifs schématiques sont mis en défaut par l'existence de formes atypiques et de formes modifiées tant du chancre syphilitique que des affections décrites ci-dessus.

Il existe surtout des infections associées par inoculation simultanée ou successive : le *chancre mixte* par association du tréponème et du bacille de Ducrey est extrêmement fréquent. Le diagnostic est facile par la coexistence de signes du chancre mou et du chancre syphilitique, mais les signes de syphilis peuvent n'exister que sur un seul des chancres mous multiples, aussi doit-on examiner un à un tous les chancres mous. D'autre part. le chancre mixte peut garder les caractères du chancre mou pendant toute son évolution, aussi doit-on exiger un examen ultramicroscopique et des réactions de Wassermann en série en présence de tout chancre mou.

Il est également prudent de rechercher le tréponème et de faire des réactions de Wassermann lorsqu'une lésion herpétique est unique, ou survient pour la première fois.

***

Lorsqu'on soupçonne un chancre syphilitique quatre cas peuvent se présenter en pratique.

Première éventualité, le tréponème est décelé à l'examen microscopique : il faut instituer immédiatement le traitement d'attaque, en précisant par un Wassermann la période sérologique.

Deuxième éventualité, l'examen à l'ultra-microscope est impossible à faire ou il est négatif mais la syphilis peut être pratiquement affirmée en présence d'un chancre typique, par la confrontation de la personne contagionnante, syphilitique avérée : on agit comme ci-desus.

Troisième éventualité, le chancre est typique, mais l'examen à l'ultra-microscope et le Wassermann sont négatifs et on ne peut examiner le partenaire : certains conseillent le traitement immédiat, mais il devra être intense et prolongé, comme si la syphilis était prouvée, même si toutes les réactions de Wassermann se montrent ultérieurement négatives ; d'autres ne veulent pas condamner un individu à un traitement aussi pénible et à des difficultés sociales aussi graves, sans preuve absolue, *car on ne peut pas affirmer la syphilis sur la simple clinique*, aussi attendent-ils une réaction de Wassermann positive en faisant ces réactions les plus rapprochées possibles.

Quatrième éventualité, le chancre n'est pas typique et l'ultra est négatif : si les Wassermann sont tout d'abord négatifs, on attend la positivité sérologique ; s'ils sont positifs d'emblée, il peut s'agir d'un accident syphilitique tardif ou d'une lésion quelconque non syphilitique chez un syphilitique ancien. L'erreur est moins importante, puisqu'un traitement s'impose ; cependant au point de vue social-contagion, — et même thérapeutique, il faut essayer de préciser le diagnostic. C'est dans ces cas où la lésion est douteuse cliniquement et où la sérologie ne peut apporter d'appui, qu'on serait seulement autorisé à attendre l'éclosion des accidents secondaires : mais c'est là une conduite qui doit rester aujourd'hui exceptionnelle.

FAITS CLINIQUES

Delirium tremens et abcès du poumon

Par Henri DAMAYE

Le delirium tremens n'est autre que le délire aigu chez les grands éthyliques invétérés. Comme le délire aigu, sa caractéristique anatomo-pathologique réside dans les ecchymoses pie-mériennes, siège possible d'hémorragies capillaires. Délire aigu et delirium tremens constituent un immense territoire de la pathologie mentale aiguë. Le délire aigu est même parfois latent, sans grands symptômes cliniques particuliers, chez de grands agités, délirants ou chez des épileptiques, tout à coup sidérés par une hémorragie capillaire pie-mérienne. Aussi longtemps que la bactériologie n'aura pénétré le mystère des virus filtrants, la psychiatrie restera tout à fait ignorante sur la nature et l'étiologie des méningo-encéphalites substratum des psychoses aiguës et chroniques. Pour le moment, le clinicien ne peut qu'accumuler des documents. Ceux-ci établissent aujourd'hui très nettement que le délire aigu et le delirium tremens sont des maladies infectieuses, des méningo-encéphalites supposées à ultra-virus n'ayant, cliniquement, que des symptômes psychiques. Méningo-encéphalites ne suppurant jamais, mais à ecchymoses pie-mériennes susceptibles d'hémorragies capillaires (1).

En plusieurs observations, nous avons montré, ici-même, les relations très vraisemblables de ces psycho-méningo-encéphalites aiguës avec des plaies suppurantes, portes d'entrée des germes infect eux (2). Il s'agissait de brûlures infectées et de plaies des téguments. L'observation qui va su vre concerne, cette fois, un abcès du poumon constaté chez un ma'ade mort en delirium tremens, porte d'entrée vraisemblable de l'infection méningo-encéphalitique. Il s'agit surtout d'une trouvaille d'autopsie : le ma'ade étant arrivé à l'asi e en état très avancé.

G... (Auguste), cinquante ans, cultivateur, est amené à l'A[illegible] le 24 mai 1935, le facies hagard, mais endormi, car le médecin lui a fait une forte injection de somnifène, et une de caféine. Ethylique violent qui a déjà été interné plusieurs fois pour délires apyrétiques aveci dées de meurtre et de suicide. 38°4 à son arrivée. Tremblements.

25 mai. — 37°7 ce matin. Dort encore sous l'effet du somnifène avec une respiration stertoreuse et des râles trachéaux. Pouls faible et arythmique. Bruits du cœur sourds. Respiration rude et couverte par un gros râle. Myosis. Arc sénile de l'iris. Malgré le sommeil, légère hyperesthésie cutanée et vague sensibilité névropathique à la pression des zo[illegible] ovariennes et mammaires. Tonicité de la peau assez bien conservée. [illegible]mo-

(1) DAMAYE et L. BAYON. L'hémorragie méningée capillaire dans les psychoses toxi-infectieuses aiguës. *Progrès Médical*, 20 septembre 1930. DAMAYE. Delirium tremens avec cirrhose : hémorragie capillaire méningée. *Progrès Médical*, 18 août 1934. — Questions modernes de [illegible] psychiatrie. Maloine, éditeur.

(2) DAMAYE et Bernard POIRIER. *Progrès Médical*, 2 août [illegible]. — DAMAYE. *Progrès Médical*, 20 avril 1935.

graphisme rose. Alimentation à la sonde. Digitale, caféine, Todd, huile camphrée. Le soir, 39°5.

26 mai. — 38°6. Est réveillé, mais tousse continuellement sans presque expectorer. Faible et obnubilé. Incapable de conversation. Boit du lait sucré, œufs. Ventouses, digitale, huile camphrée. Urométine intraveineuse 2 gr. 50. Décédé à minuit.

Nécropsie, quinze heures après la mort.

Obésité, mais ni escarres, ni œdème des membres. La plèvre du poumon gauche à adhérences interlobaires, est très épaissie, surtout à la base. Poumon congestionné ; un peu de pus dans les petites bronches. Abcès du volume d'une pomme à la base, ouvert dans la plèvre. La plèvre droite est indemne. Le poumon droit est le siège d'une congestion œdémateuse en sa totalité ; léger emphysème au sommet. Ni tuberculose, ni hépatisation. Cœur mou, volumineux, très surchargé de graisse, surtout à droite. Myocarde hypertrophié et en état de dégénérescence avancée. Un gros caillot fibrineux dans l'aorte ; un autre plus volumineux dans le ventricule droit. Quelques petits points athéromateux au début à la naissance de l'aorte. Mitrale très épaissie sur toute sa surface et avec gros bourrelets irréguliers sur les bords. Tricuspide lésée de même, mais à un degré un peu moindre. Foie un peu augmenté de volume. Aspect muscade. Dégénérescence graisseuse très accentuée. Vésicule biliaire un peu épaissie Rate molle, plutôt petite. Teinte un peu pâle du parenchyme. Trabécules conjonctifs légèrement développés. Il n'existe que le rein droit. Il est de volume normal. Capsule ni épaissie, ni adhérente. Un centimètre environ de cortex. Parenchyme en dégénération très avancée. Surcharge graisseuse du bassinet. Chose curieuse : le rein gauche est représenté par une capsule de tissu graisseux, du volume d'une grosse figue, au centre de laquelle se trouve un noyau de parenchyme rénal de la grosseur d'une petite noisette. S'agit-il d'une agénésie ou d'une atrophie ? Il n'existe pas de cicatrice opératoire. Tissu adipeux très développé dans l'abdomen et aux épiploons. Liquide encéphalique 60 c. c. environ, teinte rose foncé. Pie-mère à granulations de Pacchioni développées, très notablement épaissie sur toute sa convexité, notamment vers la scissure interhémisphérique. Pas d'adhérences avec le cortex. Aux régions temporales, presque symétriquement, deux longues ecchymoses, sièges d'hémorragies capillaires. Pas d'athérome des artères. Ventricules presque sans dilatation. Plexus choroïdes 'daspect normal.

En résumé, mort par abcès du poumon, hémorragie capillaire pie-mérienne, dégénérescence accentuée du myocarde, du foie et de l'unique rein. Rien à faire, en fait de thérapeutique curative, dans un cas pareil, bien entendu.

Cette observation est parmi celles qui montrent bien la nature infectieuse du delirium tremens. Le malade avait été plusieurs fois interné pour délires éthyliques apyrétiques. Vint un accès fébrile de delirium tremens terminal. L'abcès du poumon, ouvert dans la plèvre, est-il cause de la septicémie et d'une localisation méningo-encéphalitique ?

Le fait a une certaine vraisemblance. En tout cas, il constitue un document très intéressant, en attendant que la bactériologie des ultravirus nous fixe, un jour, sur la nature des agents infectieux dans les psycho-encéphalites.

OBSTÉTRIQUE

La grossesse gémellaire et sa pathologie

Malgré toute l'attention dont elle a déjà été l'objet aux points de vue embryologique, obstétrical, médico-légal et social, la grossesse multiple pose encore de nombreux problèmes demeurés insolubles.

Aussi faut-il louer Franco Colloridi (de Milan), élève du Professeur Alfieri qui vient de nous donner une monographie excellente tant par sa documentation que par son apport personnel. Colloridi (1) se demande si, selon les lois de la saine eugénique, la gémellaire représente une forme de fécondité digne d'être favorisée électivement dans l'intérêt de la repopulation. Mais, en vérité, il lui semble inutile d'insister sur les arguments qui prouvent le *caractère régressif de la grossesse multiple*, alors qu'un produit unique de la conception représente dans l'espèce humaine la synthèse la plus parfaite et la construction la plus harmonique du point de vue eugénique.

En fait, il importe d'étudier les jumeaux dans le but de préciser leur valeur vitale et sociale.

Cette étude doit commencer au stade initial de la conception et nécessite de faire une distinction catégorique entre les variétés de grossesse : *monochoriale* et *bichoriale*.

Embryologiquement cette distinction est nette : la grossesse univitelline est strictement apparentée à la tératologie (disomes monochoriaux de Tartuffi) ; la grossesse bivitelline, au contraire, l'évolution simultanée de deux grossesses distinctes. Celle-ci, d'ailleurs, pose d'autres problèmes ayant trait à la superimprégnation, à la superfétation, à la superfécondation.

La différence persiste, d'ailleurs, sur la terrain *clinique :* l'hydramnios, l'oligohydramnios, qui sont une conséquence de la grossesse monochoriale, ne présentent pas de signification spécifique en cas de gestation bichoriale.

De même au cours de la vie extra-utérine : les jumeaux bivitellins n'ont d'intérêt que parce qu'ils sont souvent prématurés et présentent ainsi la même fragilité que les prématurés nés d'une grossesse unique. Les monovitellins, au contraire, sont intéressants à suivre au cours de toute leur vie à cause de leur *identité* persistante tant morphologique que biologique et neuro-psychique (importance au point de vue médico-légal). On a même pu tirer de cette analogie profonde des résultats pratiques importants ; c'est ainsi que Bernheim-Karrer éleva un jumeau au lait de femme cru et l'autre au même lait cuit et démontra la supériorité du premier. Alberksana, chez des jumeaux monochoriaux atteints d'anémie grave, traita l'un par le fer, l'autre par les transfusions sanguines et conclut à la plus grande efficacité de ce dernier traitement.

Inutile d'ajouter que les monovitellins sont, toujours, de même sexe. Cependant, un doute a pu être émis. Levin cite un cas de jumeaux de sexe différent dont la ressemblance tellement poussée ne pouvait résulter que d'une origine monochoriale, d'après lui. Fabris est plus précis affirmant que, sur 450 observations récemment recueillies à la clinique obstétricale de Padoue, il a trouvé *un couple de jumeaux univitellins bisexués.* Cette constatation, en contradiction formelle avec les faits actuellement admis, est peut-être justifiable théoriquement grâce aux plus récentes investigations sur les chromoses des spermatozoïdes.

De tout ceci, on peut conclure pratiquement à la distinction absolument nécessaire entre grossesse gémellaire mono et biovulaire. Dans ce but, on peut recourir : soit à la méthode directe, examen de l'arrière-faix lors de l'accouchement, soit à la méthode indirecte dont il sera parlé plus loin. L'examen des annexes ovulaires, facile à obtenir systématiquement en clinique ou en maternité, reste plus aléatoire en clientèle de ville. Pour obtenir de bons résultats en ce sens, il faudrait exiger, outre la capacité suffisante des médecins et sages-femmes, l'addition dans les feuilles de l'état civil, d'une question concernant la variété ovulaire en cas de jumeaux. Ceci permettrait des recherches plus exactes fondées sur de vastes statistiques.

Avant d'entreprendre l'étude des complications au cours de la gémellité, l'auteur est amené à traiter brièvement certains points encore très discutés et qui peuvent influer sur la morbidité de ces grossesses : âge, parité, hérédité.

* * *

Etiologie. — *Fréquence* : Les statistiques de l'auteur portent sur les observations recueillies à la Clinique obstétricale de Milan pendant six ans et sur celles de l'asile Regina Elena de Milan pendant dix ans. Sur un total général de 30.055 accouchements, il y eut : 359 gémellaires (soit 1,19 %), et 5 trigémellaires (soit 0,016 %).

En 1931, les statistiques générales du royaume d'Italie donnaient une proportion de : gémellaires 1,3 % et trigémellaires 0,015 %.

(1) Le complicazioni morbose della gravidanza multipla. *Annali di ost. e gin.*, juin 1935.

Age de la mère : Pour l'auteur, le plus grand nombre des grossesses gémellaires surviendrait chez les femmes de 23 à 29 ans, alors que la moyenne de 30 à 35 ans est plus généralement admise.

En réalité, toutes ces moyennes sont établies sur un trop petit nombre de cas et certaines causes d'erreur, dont il est difficile de tenir compte viennent encore altérer la valeur de ces statistiques, ce sont par exemple : l'âge du mariage, les conditions sociales, l'état social. Même parmi les auteurs italiens les résultats sont assez discordants : le maximum de fréquence, en divisant l'âge de la mère en période de cinq ans fut pour : Colloridi : 26 à 30 ans, Alfieri : jusqu'à 25 ans, Resinelli : 30 à 35 ans, Viana : au delà de 30 ans, Capelli Vegna : 26 à 30 ans.

Puberté : Pour Vaccari l'apparition plus ou moins précoce de la menstruation *ne semble pas influer sur la gémellité*, tandis que Vianna considère la puberté tardive comme un facteur de certaine valeur Ferrari a trouvé que l'âge des premières règles chez les mères de jumeaux était en moyenne 13 ans et 10 mois. Alfieri pense que la grossesse gémellaire se rencontre surtout chez les hyper-génitales et à l'acmé de leur vie génitale. Selon ses statistiques, l'auteur est arrivé aux conclusions de Vaccari.

Parité : Sur 359 cas recueillis par l'auteur, 37 % concernaient des primipares et la fréquence diminuait ensuite avec la parité croissante. Ces résultats ne sont donc pas conformes à l'opinion généralement admise que les gémellaires sont plus fréquentes chez les multipares que chez les primipares. (Alfieri a trouvé un maximum de fréquence chez les secondipares.) Mais il faudrait étudier un bien plus grand nombre de cas pour se faire une opinion certaine.

L'hérédité gémellaire. — Son existence tant familiale que personnelle ne semble plus sujette à discussion. Mais l'interprétation d'un tel facteur semble encore difficile qu'il s'agisse d'hérédité : paternelle, maternelle, transmise par le mari. On a émis plusieurs hypothèses ; aucune n'est solidement étayée.

Un fait de la plus grande importance semble certain : c'est que le facteur hérédité joue seulement pour les grossesses bivitellines (Apert). L'auteur insiste sur la difficulté de savoir avec certitude par l'interrogatoire l'existence de grossesses multiples chez les ascendants ou collatéraux.

***

Phénomènes sympathiques. — A part un cas de sialorrhée, ce furent des nausées et des vomissements dont l'intensité n'a jamais nécessité un traitement médical énergique. Ces troubles sympathiques survinrent dans 72 % des cas ; donc un peu plus fréquents que dans les grossesses simples.

***

Sexe des jumeaux et particularités relatives aux enveloppes de l'œuf. — Nous avons vu toute l'importance qu'il y avait à différencier les variétés mono et bichoriales. Lorsque les enfants sont de même sexe, seul l'examen des annexes ovulaires donne une certitude absolue. Nous n'insisterons pas sur l'aspect des placentas qui peuvent être complètement séparés, unis par un pont membraneux ou moins complètement fusionnés. Dans ce dernier cas, l'examen attentif du septum séparant les deux cavités amniotiques montrera qu'il est formé de deux amnios et deux chorions.

Lorsque l'examen des annexes fait défaut, on peut recourir à la méthode indirecte (Apert) en se basant sur les statistiques.

Pour ses 369 cas, Colloridi a cherché à calculer la répartition des sexes des jumeaux : considérant que dans les accouchements simples le pourcentage de 51 pour les garçons et 49 pour les filles, si tout se passait de même pour les jumeaux, on aurait pour 100 couples :

$0,51 \times 0,51 \times 100 = 26,01$ % garçons ;
$0,49 \times 0,49 \times 100 = 24,01$ % filles ;
$0,49 \times 0,51 \times 100 = 49,98$ % couples bisexués.

En réalité, en compulsant les 369 cas, il a trouvé :

33,42 % garçons ;
32,02 % filles ;
34,55 % couples bisexués.

La différence entre ces deux calculs mesurerait-elle la fréquence des gémellaires monochoriales ? Si oui, il y aurait donc :

15,43 % de mono ;
84,57 % de bi.

Or, suivant les statistiques, les groupes bisexués varient de 18,5 à 47,1 %.

***

Les complications morbides de la grossesse multiple. — *Durée de la gestation. Accouchement prématuré*. — La gémellaire évolue rarement jusqu'à terme. Elle aboutit soit à un avortement spontané, soit à un *accouchement prématuré*

Dans les statistiques de l'auteur la durée moyenne de la grossesse gémellaire est de 258 *jours*. Mais ces chiffres sont sujets à caution du fait que :

la date des dernières règles est parfois imprécise ;

la mensuration des jumeaux n'a guère de valeur puisque leur développement diffère de celui des enfants uniques.

Seule l'apparition des mouvements fœtaux peut être un assez bon point de repère.

Point capital : les femmes surveillées médicalement au cours de leur grossesse accouchent moins prématurément que celles livrées à elles-mêmes.

Contrairement à l'affirmation Le Lorier pour qui l'accouchement prématuré est plus fréquent chez les primipares que chez les multipares, l'auteur, d'accord avec son maître Alfieri, a constaté que « la *fréquence des accouchements prématurés va en croissant de la grossesse simple à la gémellaire bichoriale-biplacentaire puis à la gémellaire bichoriale monoplacentaire et à la grossesse monochoriale, et enfin à la monoamniotique* ».

Intoxication gravidique.— L'étude des formes cliniques de l'intoxication gravidique est particulièrement intéressante dans le cas de grossesse gémellaire ou leur grande fréquence servira peut-être à éclairer la pathogénie de ces accidents en prouvant leur *origine ovulaire* et plus particulièrement *placentaire*.

Ces troubles toxiques résultent pour Alfieri de « lésions dégénératives et circulatoires intéressant électivement le triple complexe hepto-néphro-placentaire ».

A) Comme lésions de la toxicose gravidique à prédominance circulatoire, Alfieri étudie surtout le *décollement prématuré du placenta* normalement inséré qui, lorsqu'il n'est pas provoqué par l'endométrite, relève d'altérations spéciales des parois des vaisseaux utérins, fréquemment associées à des lésions dégénératives du myomètre. Dans 80 % des cas, on trouve en même temps de l'albuminurie ce qui justifie l'appellation d'éclampsime donnée par Essen Möller à ce complexe morbide.

La fréquence fut de 1,9 % au lieu de 0,20 à 0,43 dans les grossesses simples. L'auteur conclut :

1° à la plus grande fréquence des décollements prématurés du placenta dans les grossesses multiples que dans les grossesses simples ;

2° à sa prédominance chez les multipares ;

3° à son association à l'albuminurie ;

4° à sa gravité toute particulière en cas de grossesse gémellaire.

B) *L'hypertension essentielle gravidique* est rarement isolée ; Colloridi en rapporte un cas sans autre signe associé et dont l'évolution fut favorable.

BIBLIOGRAPHIE

Divers

Une vie de chirurgien, par Andréa Majocchi, traduit et adapté de l'italien par la Comtesse de Gencé. Un volume in-8º, 380 pages, impression sur vélin supérieur. Prix : 20 francs. Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghens, Paris (XIVe).

Andréa Majocchi, professeur d'Université et chirurgien-chef de l'« Ospelade Maggiore » a écrit un livre sans précédent dans la littérature mondiale.

C'est la première fois, en effet, qu'un chirurgien de grande renommée décrit, dans un style simple et clair, à la portée du profane, les émotions et les craintes qui assaillent l'opérateur durant les petits et les grands drames quotidiens de sa vie professionnelle.

Expériences pénibles au début de la carrière, aventures périlleuses et parfois comiques dans les services nocturnes de la « Garde obstétricales » et dans les cas urgents ; profondes satisfactions et terribles désillusions aux heures mêmes des plus grands triomphes ; épisodes de guerre, continuel spectacle de souffrance et de peine : ces pages d'une sincérité remarquable sont écrites sans préoccupation littéraire, mais empreintes d'une réelle bonté que domine une haute et sereine philosophie.

Le Temps et la Vie, par P. Lecomte du Nouy. Un vol., 18 francs. Editions de la N. R. F. Galimard, rue de Beaune, Paris.

M. Lecomte de Nouy, qui travailla pendant treize ans aux côtés de Carrel, au front pendant la guerre, puis à l'Institut Rockefeller à New-York, réussit pour la première fois en se basant sur la vitesse de cicatrisation des plaies, à mesurer le temps vécu, le temps physiologique ; dans une série de mémoires scientifiques publiés en Amérique et dans des notes à l'Académie des Sciences et à la Société de Biologie, il établit une loi mathématique de la cicatrisation qui permit de calculer à l'avance la date de guérison totale et montra que le temps vécu ne semble pas s'écouler à une vitesse uniforme du début au déclin de la vie. Il réussit à la mesurer aux différents âges. C'est l'histoire détaillée de ce problème, le roman de cette découverte présentée sous une forme accessible au profane instruit que M. Lecomte de Nouy, actuellement chef de service à l'Institut Pasteur, nous donne aujourd'hui.

Les Étrusques et leur civilisation, par Bartholomeo Nogara. Edition française par M.-T. Dromard-Mairot. Un volume in-8 de la *Bibliothèque historique*, avec 10 figures et 74 gravures hors texte, 30 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Résumant les nombreux travaux d'étruscologie parus au XXe siècle, l'ouvrage du Professeur Nogara, directeur général des Musées du Vatican, étudie sous tous ses aspects un complexe problème : celui de l'existence de l'antique Etrurie.

La grandeur et la prospérité d'une nation disparue, son indiscutable puissance d'expansion durant quatre siècles ; la forte armature de sa constitution civile et familiale ; la richesse et l'intensité de sa vie religieuse ; l'empreinte profonde laissée dans les mers latines et sur les côtes tyrrhéniennes par son agriculture, son industrie et son commerce ; son architecture, ses beaux-arts, et les monuments de son culte, le mystère même de son épigraphie, tout concourt à faire revivre cette civilisation d'une vie intense et profonde, que les textes des auteurs grecs et latins, comme la survivance des coutumes et des croyances ont liée intimement à la vie de la Rome des Césars. Dans ses lois, dans son art, dans son culte, dans l'organisation même de sa vie sociale, la grande cité latine parle encore de l'Etrurie disparue.

Aucun problème de la civilisation étrusque n'est négligé par le Professeur Nogara. Comme il l'écrit dans sa préface, « cette étude est le résumé d'une permanente énigme, proposée à nouveau aux esprits modernes, celle du Sphinx étrusque ».

Apprenons à rédiger. *Méthode efficace et pratique pour les petits, pour les grands*, par E. Tribouillois. Un volume (12 × 18,5), broché, 10 francs. (*Bibliothèque des Chercheurs et des Curieux*) Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (Ve).

Suite logique de *Apprenons la grammaire* et de *Apprenons l'orthographe*, cet ouvrage utile entre tous apportera le calme et le soulagement à ceux combien nombreux, qui, mis dans l'obligation d'écrire et ne pouvant reculer, préféreraient avec Mathurin Régnier, plutôt que de manier la plume, « prendre en galère une rame à la main. »

Les moyens de récolter des idées, de les choisir, de les classer et de les exprimer, s'y trouvent enseignés avec bonhomie et mis à la portée des « Petits » aussi bien que des « Grands ». L'auteur n'a certes pas la prétention de former de véritables écrivains : plus modestement, il veut apporter un secours efficace au monsieur ou à la dame qui ont à écrire une lettre de certaine importance, au maire, au conseiller municipal ou au président de société appelés à rédiger un rapport ou à prendre la parole en public, au jeune homme que la crise a obligé de quitter l'école trop tôt et qui doit préparer seul un examen dont dépendra sa situation, à tous ceux enfin qui jugeant leur culture insuffisante, veulent la compléter en utilisant leurs loisirs.

Le style « bon enfant » de l'auteur, son expérience, l'intérêt du sujet, des anecdotes et les nombreuses « perles » que E. Tribouillois a glanées un peu partout pour illustrer son enseignement contribuent à faire, chose assez rare, d'un ouvrage didactique, un livre particulièrement attrayant.

Revue des Etudes Napoléoniennes. Mensuelle. Abonnement : France : un an : 100 francs. Le numéro 12 fr. 50. G. Ficker, éditeur, 6, rue de Savoie, Paris.

Sommaire du numéro de janvier 1936 : Edouard Driault : Au Centenaire de la Grande Légende (2 pl. hors-texte). — Jules Deschamps : Les Napoléonistes, à propos du livre de M. de Fourmestraux. — Jules Franceschini : Le général Fournier-Sarlovèze (1773-1827) (pl. hors-texte). — *Chronique Napoléonienne* : Paul Holzhausen (Georges Lote).

C) *Les manifestations rénales* sont parmi les plus fréquemment rencontrées.

Etant données les difficultés de distinguer entre, d'une part : certains cas de néphropathie compliquant la grossesse et, d'autre part, néphropathie gravidique et néphrite chronique préexistante aggravée par la grossesse ; l'auteur englobe dans sa statistique non seulement les néphropathies typiques mais aussi toutes les albuminuries simples dosables au tube d'Esbach. En excluant les cas d'éclampsie et de décollement prématuré du placenta, il arrive sur 266 cas à trouver 57 % dans lesquels une participation rénale plus ou moins grave peut être mise en évidence et parmi lesquels :

63 % de cas légers ;
37 % de formes moyennes ou graves, mais non mortelles.

Il convient de signaler l'existence plus fréquente dans les gémellaires que dans les grossesses simples d'albuminurie non réductible par le traitement et traduisant ainsi un certain degré de meiopragie rénale.

D) *Eclampsie.* Se référant aux statistiques de différents auteurs et portant sur un total de 2.286 gémellaires, la morbidité moyenne serait de 4,33 %.

La fréquence de l'albuminurie et de l'éclampsie au cours des grossesses gémellaires permet d'invoquer l'existence d'*une certaine analogie pathogénique entre la toxicose gravidique et l'anomalie ontogénique qui donne lieu aux grossesses multiples.*

L'origine ovulaire et plus spécialement placentaire de ces accidents est également prouvée par leur particulière intensité dans la dégénérescence molaire.

Peut-être ces phénomènes sont-ils différents selon qu'il s'agit de formes mono ou bichoriales ; telle est la conviction de l'auteur, mais il n'a aucune preuve.

Rossi Doria résume bien les conclusions que l'on semble autorisé d'après les rapports de l'éclampsie et de la grossesse gémellaire :

« Cette morbidité augmentée dans la gestation multiple, est en rapport direct avec l'*augmentation de la surface ovulaire* et avec la plus grande facilité de passage d'éléments syncitiaux dans la circulation maternelle ; et, comme dans la mole hydatiforme, les syndromes toxiques qui caractérisent la grossesse ne peuvent être expliqués que par cette origine syncitiale de l'intoxication ».

Statistiques de l'auteur :

sur 359 gémellaires il y eut sept cas d'éclampsie, parmi lesquels deux décès ce qui donne un pourcentage de :

morbidité : 1,9 ;
mortalité : 28,5.

L'hydramnios est aussi très fréquent dans les grossesses multiples ; et là aussi il est capital de distinguer :

grossesses bichoriales ;
grossesses monochoriales, ces dernières étant presque exclusivement à l'origine des cas de polyhydramnios, monohydramnios. Quoique Vaccari et Clavaud Ribourgeon soutiennent que l'hydramnios soit plus fréquent dans les biovulaires.

Alfieri précise que :

l'hydramnios est plus intense et *plus fréquent dans les formes monochoriales biamniotiques* que dans les mono-amniotiques, du fait que dans les premières il existe fréquemment une assymétrie dynamique dans la circulation placentaire commune aux deux jumeaux. C'est alors qu'on peut voir associés oligo et poly-hydramnios.

Enfin l'auteur insiste sur la distinction possible entre hydramnios par *surproduction* et hydramnios par *défaut de résorption fœtale* : ce dernier mécanisme pouvant être invoqué en cas de monstruosité fœtale (anencéphalie, spina bifida, malformation cardiaque).

D'après la statistique de Mangiagalli, la fréquence de l'hydramnios dans les gémellaires serait de 12 % alors que pour la majorité des auteurs est 10 % et pour Colloridi ce fut seulement 1,6 % (étant exclus les cas d'avortement jusqu'au cinquième mois).

Enfin, pour l'auteur, la preuve d'un terrain syphilitique n'a jamais pu être faite avec certitude. De même que l'on n'a jamais pu se prononcer avec certitude sur l'origine maternelle fœtale ou mixte de l'hydramnios.

***

Complications de la grossesse multiple au cours de l'accouchement. L'accouchement gémellaire est moins dystocique qu'on ne le supposerait théoriquement, car il s'agit le plus souvent d'enfants prématurés donc petits.

La durée du travail est souvent *augmentée* du fait de la mauvaise dilatation du col et de l'inertie utérine secondaire. Elle est généralement un peu plus longue chez la primipare que chez la multipare. Pour Colloridi, la moyenne fut de :

16 h. 2 primipare.
8 h. 7 multipare

Modalités de l'accouchement gémellaire. D'après Vaccari il faut intervenir dans 40 % des cas à cause de :

présentations anormales,
inertie utérine secondaire,
tendance aux hémorragies.

Dans les cas rapportés par Colloridi, il y eut :

63,3 % d'évolutions spontanées ;
15 % d'interventions pour le deuxième fœtus ;
22,5 % d'interventions pour les deux fœtus.

Disposition et présentation des jumeaux. Au cours de l'accouchement gémellaire surviennent fréquemment des déflexions complètes ou incomplètes expliquées par :

l'obliquité exagérée de l'utérus,
le petit volume de la tête,
l'hydramnios.

Les cas d'accrochage des deux fœtus par engagement simultané de deux grosses parties fœtales est heureusement rare, car leur gravité est considérable.

L'intervalle entre l'expulsion du premier et du deuxième a varié de cinq minutes au minimum à 4 h. 50 au maximum.

En moyenne il faut compter :

29 minutes pour Colloridi ;
19 minutes pour Vaccari.

Il est préférable de ne pas attendre l'expulsion spontanée du deuxième jumeau plus de *une demi heure* (Holtremann) afin d'éviter les complications infectieuses du post-partum.

La délivrance a une durée moyenne de 14 minutes pour Vaccari.

Elle se fait généralement en un seul temps après l'expulsion du deuxième jumeau. Il est rare même pour les grossesses bi-placentaires que l'expulsion de chaque placenta se fasse à la suite du jumeau correspondant. On a cité récemment (Carvalho) un cas de délivrance complète avant l'accouchement du deuxième enfant.

L'auteur eut :

6,1 % de cas d'inertie utérine ;
4,7 % de délivrances artificielles.

Placenta prævia. Contrairement à l'opinion de Barnes et de Winckel, l'auteur pense que la gémellaire *ne dispose pas* spécialement au placenta prævia. Sa statistique personnelle n'en comporte aucun cas. Vaccari, Vianna, sont de cet avis. Spirito affirme que :

1° la coexistence de placenta prævia et de grossesse gémellaire est assez rare ;

2° le placenta prævia ne peut avoir aucune influence sur l'existence d'une grossesse gémellaire ;

3° qu'une certaine influence peut être exercée par la

grossesse gémellaire sur le placenta prævia, plus spécialement dans le cas de placentas distincts.

***

Complications dans les suites de couches. L'atonie utérine explique la fréquence des *involutions anormales*. Dans 36,1 des cas, l'auteur observa des lochies abondantes au huitième jour. Le pronostic est généralement bon, réserve faite des dangers d'une hémorragie tardive.

L'*infection* survint dans 10,8 % des cas (dont un seul mortel).

***

Mortalité maternelle. Elle fut de 1,11 % (4 décès) dont :

deux éclampsies ;
un décollement prématuré du placenta ;
une infection puerpérale.

***

Etiologie syphilitique. Elle ne fut prouvée que dans 2,2 % des cas (B.-W., antécédents). Cette affection *ne paraît pas jouer un rôle prépondérant* dans la gémellité.

H. FERRIEU.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine infantile

Le régime constitue un des éléments principaux du traitement de l'obésité infantile. Selon les observations recueillies par M. Louvet dans le service du Docteur H. Grenet, le rôle des endocrines dans la production de l'obésité, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes, est extrêmement restreint. Chez les enfants examinés, il n'a pas été constaté de signes d'hypothyroïdie nette. L'insuffisance génitale ne paraît pas jouer un rôle plus important. Le syndrome adiposo-génital est infiniment moins fréquent qu'on ne le dit généralement. Sur 60 jeunes obèses, il n'a été rencontré que trois fois. On n'a pas trouvé davantage de signes cliniques, radiologiques ou biologiques pouvant faire suspecter une atteinte hypophysaire.

La guérison spontanée s'observerait souvent pour certains auteurs, à l'établissement de la puberté. A cet égard, on peut distinguer deux ordres de faits :

a) L'obésité de la troisième enfance — de 6 ans à la puberté. Celle-ci ne paraît pas devoir être influencée dans un sens favorable par la puberté.

b) L'obésité apparaissant à la période pubertaire peut guérir spontanément à la fin de l'adolescence, mais non d'une façon constante.

Toute obésité de la grande enfance, à l'origine de laquelle on ne peut invoquer, après une discussion serrée de la valeur des symptômes, une atteinte endocrinienne nette ou une lésion des centres nerveux, relève essentiellement — on pourrait presque dire uniquement — de la diététique et des exercices physiques. Or, cette catégorie représente plus de 90 % des cas d'obésité entre 6 et 16 ans, le reste étant surtout constitué par des obésités nerveuses.

La conduite de la thérapeutique diététique de l'obésité infantile ne peut être schématisée. Elle varie suivant chaque sujet et doit être menée avec souplesse et discernement. Il est des enfants à qui il suffit de supprimer un excès habituel de pain, de pâtisserie et de farineux pour amener une amélioration suffisante. Il en est d'autres chez qui la réduction de poids ne peut être obtenue que par un régime sévèrement mesuré et rigoureusement suivi.

Voici, à titre d'exemple, le régime que l'on peut conseiller pour un enfant de 10 ans.

Le matin : un œuf, une tasse de thé, une biscotte.

A midi : 100 grammes de hors-d'œuvre, 100 grammes de viande dégraissée, 200 grammes de légumes verts, 100 grammes de fruits, 50 grammes de pain.

A goûter : un fruit.

Le soir : comme à midi, les hors-d'œuvre étant remplacés par un potage maigre (200 grammes).

Les boissons ayant une grosse valeur calorique (vin) doivent être proscrites, par contre, la quantité des boissons aqueuses n'exerce pas une influence bien considérable sur l'obésité.

La déperdition de 1 à 2 kilogrammes par mois est un bon résultat. Un amaigrissement plus rapide est une indication à élargir le régime.

Les albumines seront toujours données en quantité suffisante, au moins 2 grammes par kilogramme de poids.

Au régime seront associés les exercices physiques sous la forme de gymnastique suédoise. Le poids étant revenu à la normale on continuera la surveillance pour empêcher le retour à la suralimentation.

L'utilité de l'opothérapie est très réduite On pourra employer l'extrait thyroïdien, mais avec prudence et seulement quand le métabolisme de base est franchement abaissé.

Les extraits hypophysaire, thymique, testiculaire et ovarien peuvent être indiqués lorsqu'il existe un certain retard du développement génital (qu'on ne doit pas se hâter de diagnostiquer insuffisance génitale), mais il ne faut attendre d'eux aucune action sur l'adiposité.

(Docteur Louis Louvet. Sur le traitement de l'obésité infantile. *Le Bulletin Médical* 20 avril 1935.)

Le diagnostic positif de la constitution épileptoïde chez l'enfant — que les crises comitiales existent ou non — s'appuie sur la constatation des symptômes suivants (plus ou moins réunis) : bradyspychie, obnubilation intellectuelle, absences, colères, turbulence, morosité, impulsivité, hypocondrie, obséquiosité visqueuse, persévération, irrégularité des manifestations, troubles du sommeil, énurésie nocturne persistante, héredité morbide etc...

Le dépistage d'épileptoïdie chez l'enfant s'avère de première importance.

(Docteur Gilbert Robin. Les accidents para-épileptiques chez l'enfant. *Journal des Praticiens*, 9 nov. 1935.)

Dermatologie

Dans six cas d'urticaires récidivantes, l'action thérapeutique de l'ionisation à l'histamine s'est révélée la plus nette. — Par contre, le traitement pratiqué dans trois cas de prurit chez les sujets atteints de maladie de Hodgkin n'a été d'aucune efficacité.

Le traitement à l'histamine ne guérit certes pas toutes les urticaires récidivantes. Mais dans certaines formes, son action thérapeutique paraît à ce point indiscutable, qu'on est en droit d'attribuer un rôle pathogénique à cette substance dans le déterminisme de ces urticaires.

La technique de l'ionisation à l'histamine est à la portée de tous. Une compresse, trempée dans une solution aqueuse de chlorhydrate d'histamine à 1 pour 10.000, est placée sur la peau de l'épigastre et couverte d'une lame d'aluminium qu'on relie au pôle *positif* d'une source de courant galvanique. On fait passer une intensité de 6 à 10 milliampères pendant plus de cinq à dix minutes, l'électrode indifférente étant placée dans la main du malade.

Pas de contre-indications à la méthode. L'action sur l'acidité gastrique est insignifiante.

Le traitement doit être continué dix à douze séances et au besoin être repris en cas de récidive d'urticaire.

(Noël Fiessinger et A. Gajdos. La réactogénothérapie de l'urticaire récidivante par l'ionisation à l'histamine. *La Presse Médicale*, 27 nov. 1935.)

Sept cas de lèpre, suivis d'une façon suffisamment longue et objective, permettent de porter, provisoirement tout au moins, le jugement suivant sur l'action du vaccin antilépreux de Vaudremer :

Le vaccin, employé correctement, est inoffensif et bien toléré.

Il a une action indiscutable sur certaines manifestations de la lèpre. Cette action est indiscutable, parce qu'elle se produit rapidement, parfois après échec du chaulmoogra.

Cette action, selon les cas, est durable ou passagère.

Le vaccin n'a aucun effet sur certaines autres manifestations de la maladie,

Il n'a pas d'action préventive sur certains accidents qu'il peut enrayer lorsqu'ils se sont produits (iritis, poussées fébriles).

Il semble qu'à la longue les malades s'accoutument au vaccin et que celui-ci perde de son efficacité. Il est donc inutile d'en faire des séries longues ou nombreuses. Il ne faut pas demander à la vaccinothérapie antilépreuse plus qu'à la vaccinothérapie d'une maladie chronique.

(A. Sézary et Georges Lévy. Essai de vaccinothérapie antilépreuse. *La Presse médicale*, 16 novembre 1935.)

Dermatologie

Le benzoate de benzyle donne d'excellents résultats dans le traitement de la gale. — A l'hôpital municipal de Copenhague, il a été adopté comme seul traitement des galeux. On l'emploie également dans plusieurs services hospitaliers de Paris.

Le traitement, utilisé à Copenhague, est constitué :

1° Par une friction au savon blanc sur tout le corps, sauf le visage ;

2° Puis bain chaud à 38° de dix minutes.

3° Sorti du bain, mais encore mouillé, le malade est brossé avec un pinceau de soies de cochon (dites russes ») de qualité demi-molle avec la lotion suivante :

Benzoate de benzyle............	āā 50 grammes
Alcool à 90°....................	
Savon mou......................	

Cette quantité suffit en général pour une personne. Le mélange est presque liquide et de couleur jaune. On brosse énergiquement, mais sans forcer, pendant cinq minutes.

4° Puis le patient reste quelques minutes en agitant les bras pour se sécher.

5° On répète ensuite le même procédé. Il faut toujours traiter plus énergiquement les plis génitaux et axillaires, les mains et les pieds. Après ce deuxième brossage, on laisse le malade se sécher, puis il s'habille avec les vêtements portés avant les soins. On prescrit de prendre un bain vingt-quatre heures après et de changer alors de linge. Ni les vêtements ni le linge ne sont désinfectés, mais seulement mis au lavage.

(M. A. Kissmeyer. Le traitement de la gale par le benzoate de benzyle. *Le Bulletin Médical*, 23 novembre 1935.)

Thérapeutique obstétricale

Le pronostic autrefois si sombre de la tuberculose pulmonaire chez les femmes enceintes, s'est amélioré considérablement depuis l'institution des méthodes collapsothérapiques. Lorsqu'un pneumothorax a déterminé la guérison clinique d'une tuberculose pulmonaire — une grossesse survenant en cours de traitement n'est pas du tout à redouter à condition de continuer le traitement.

Une tuberculose pulmonaire révélée ou aggravée par une gestation doit être aveuglément traitée par la collapsothérapie à n'importe quel âge de la grossesse afin d'améliorer le pronostic si redoutable en l'absence de traitement.

(Docteur Timsit (St-Germain-en-Laye). — Grossesse et pneumothorax. *Journal des Praticiens*, 7 décembre 1935.)

Thérapeutique

L'expectation thérapeutique est, dans certaines circonstances, une attitude parfaitement rationnelle.

« Peu importe qu'elle soit fardée de prescriptions anodines ou dépouillée d'artifices, l'essentiel est qu'elle soit. Elle n'est ni une tendance contemplative, ni un aveu d'impuissance ; elle n'est pas non plus un acte de négligence ou d'ignorance ; elle est, bien souvent, un acte de probité et de bonne foi, et la conséquence logique d'un raisonnement scientifique, lorsque le médecin, penché sur le malade, à l'écoute de la nature, a acquis la certitude d'une évolution favorable de l'affection.

Déjà Magendie, inquiet de cette fièvre thérapeutique dont certains de ses élèves étaient atteints, les apostrophait en s'écriant : « Malheureux ! Mais vous n'avez donc jamais essayé de ne rien faire ! »

... « Que de médicaments et de médications efficaces de la pneumonie, s'ils sont administrés à partir du septième jour ! Comment apprécier leurs effets, puisque le malade guérit tout seul et de sa maladie et... de notre médication ? N'ayez plus l'orgueil de ce vieil adage : *Naturam morborum curationes ostendunt*, si souvent invoqué, et qui vous réserverait parfois de périlleuses illusions.

Gardez-vous aussi de cette tendance de l'esprit, qui veut que tout ce qui arrive de favorable, au cours d'une maladie soit mis au crédit de la médication, alors que, bien souvent c'est simplement le résultat d'une heureuse évolution naturelle vers la guérison qu'il vous a été donné d'observer.

Une des meilleures preuves d'un manque de jugement, c'est de ne pas tenir compte de la marche naturelle des maladies et de mettre en œuvre, dans tous les cas, toutes les ressources de l'art, sans se demander si leur emploi est justifié et indispensable et s'il ne serait pas plus judicieux de ne pas exposer le malade aux inconvénients, sinon aux accidents, d'une médication perturbatrice. Que d'injections de vaccins ou de sérums ou d'huile camphrée, faites systématiquement et sans nécessité, à des patients qui ne demandaient qu'à guérir sans violentes réactions, sans urticaire, et sans abcès !

On ne peut que sourire de cette confiance, irraisonnée et sans fondement, que trop de médecins accordent encore à leurs pratiques. Ceux-ci semblent ignorer qu'il est des maladies qui guérissent seules et qui guérissent parfois... malgré les traitements qu'on leur applique. Ils ne savent pas faire la part de ce qui revient à la maladie et de ce qui revient à leurs prescriptions. Et encore, dans les effets de leurs prescriptions, ne savent-ils pas dissocier ce qui revient aux simples règles d'hygiène et de bons sens, et ce qui revient aux médicaments ».

(Leçon d'ouverture de M. le Professeur Paul Harvier. — Le bon sens en thérapeutique. *Paris Médical*, 30 novembre 1935.)

Clinique thérapeutique

Le traitement de Landau, par injections intraveineuses d'alcool, a été employé chez quatre malades atteints d'abcès pulmonaires aigus, non putrides, développés au niveau de foyers congestifs. Les résultats, cliniques et radiologiques, semblent favorables, puisque, dans deux cas, on peut parler d'amélioration nette.

Le seul incident qui ait été noté est une sensation de chaleur dans le bras, durant très peu de temps.

La méthode de Landau dans le traitement des abcès pulmonaire doit être essayée. Elle donnera le plus souvent des succès. Cette méthode ne semble pas comporter d'inconvénient grave et il ne faut pas craindre de la continuer lorsque l'on voit que l'amélioration commence à se dessiner.

(R. Simon et E. Magrou, de Cherbourg. Le traitement des abcès du poumon par les injections d'alcool intraveineuses. *La Presse Médicale*. 5 octobre 1935.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 avril 1936

Ecoles de plein air et conditions d'hygiène nécessaires pour le développement normal de l'enfant. — ***M. P.-F. Armand Delille.*** — Seules les écoles de plein air réalisent les conditions d'hygiène nécessaires au développement physiologique de l'enfant et, par conséquent, on ne doit pas en limiter le bénéfice à l'éducation des enfants débiles, mais progressivement étendre leur rôle de manière à ce que tous les enfants, par une sorte d'hygiène prophylactique, puissent tous jouir des avantages des écoles de plein air. Il est souhaitable, par conséquent, d'obtenir que toutes les écoles d'enregistrement primaire ou les lycées et collèges d'enseignement secondaire soient aménagés sur le type des écoles de plein air et que leur programme se conforme aux règles d'hygiène infantile qui y ont été expérimentées et établies.

Fièvre typhoïde et coquillages sur le littoral méditerranéen. — ***M. Maurice Teissonnière.*** — Vis-à-vis du danger des coquillages autres que les huîtres, il n'est que peu de mesures nouvelles à envisager : l'application rigoureuse des mesures déjà prescrites doit suffire à la sauvegarde de la santé publique.

L'épidémie d'acrodynie infantile dans le sud-ouest de la France. — ***M. Rocaz*** (de Bordeaux). — Cette région est une de celles où l'on constate le plus de cas d'acrodynie. Sur

158 observations recueillies par M. Rocaz, 84 p. 100 des enfants étaient âgés de un à trois ans. Au-dessus de six ans l'affection devient très rare.

Le sexe ne paraît jouer aucun rôle dans l'étiologie. L'influence saisonnière ne semble pas démontrée.

Les foyers d'acrodynie semblent répondre plus particulièrement à des régions déjà éprouvées par d'autres maladies à virus neutropes et la possibilité de la contagion, dans plusieurs familles, paraît indiscutable.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du mercredi 22 avril 1936

L'arthrorise dans les pieds bots. — *M. Lance* apporte cinquante arthrorises par enchevillement trans-astragalo-calcanéen, où le résultat obtenu fut satisfaisant. La butée postérieure qui ne supporte que le poids du pied ne se fracture pas. Les butées antérieures qui supportent le poids du corps ne se fracturent que si elles sont trop minces. Enfin chez le jeune enfant l'arthrorise ne saurait être durable, la mauvaise qualité des noyaux osseux s'y opposant, mais elle permet d'attendre l'âge des interventions définitives.

Paraplégie pottique. — Chez un enfant qui présentait une paraplégie flasco-spasmodique secondaire à un mal de Pott dorsal moyen, avec gros troubles de la sensibilité thermique, *M. Sorrel* fit une laminectomie (arcs postérieurs D_5 à D_9). Il ne trouva qu'un amas de fongosités latéro-médullaire, et un abcès peu tendu qu'il put ponctionner. Les suites opératoires ne montrèrent aucune modification de la paraplégie. Après un séjour hélio-marin de dix mois, la paraplégie guérit progressivement. De cette observation, l'auteur déduit qu'il ne faut pas attribuer à la laminectomie la guérison obtenue, mais qu'elle est due au fait que les paraplégies pottiques de ce type spasmodique présentent une évolution normale vers la rétrocession.

Le diagnostic des tumeurs osseuses. — *M. Hartmann* a observé une tumeur de la clavicule d'apparence sarcomateuse et qui se trouvait être une métastase d'une tumeur hépatique (hépatome). M. Delbet avait déjà relaté deux cas semblables.

Le traitement de l'ostéomyélite aiguë. — *M. Mathieu* ne s'accorde au principe de l'abstention opératoire que dans le cas de l'ostéomyélite de la hanche. Mais dans l'hypothèse plus fréquente d'ostéomyélite métaphysaire du fémur, il préfère opérer pour éviter l'irruption brusque de pus dans l'articulation.

Hémipancréatectomie gauche. — *M. Brocq* rapporte un travail de *M. Mallet-Guy* (Lyon), concernant trois cas de pancréatite chronique.

La pancréatite méconnue est fréquente et emprunte le visage d'affections plus habituelles, ulcère, ptose, etc... L'exploration de la glande pancréatique doit être systématique et permettrait de mettre en évidence fréquemment l'existence de cette pancréatite.

Il existe des faits de passage entre la pancréatite chronique et le grand drame pancréatique. Une des observations de *M. Mallet-Guy* concerne une pancréatite œdémateuse suivie d'une pancréatite chronique.

La pancréatectomie partielle, faite par *M. Mallet-Guy*, fut réalisée à l'aide du bistouri électrique. La plus grande difficulté est d'éviter le pédicule splénique.

Les résultats furent excellents. Il n'y eut pas de fistule post-opératoire permanente.

Il y a là une technique nouvelle, susceptible d'apporter des résultats heureux dans le traitement des pancréatites chroniques du corps et de la queue du pancréas. J. CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 avril 1936

Contribution à l'étude de l'anergie tuberculinique au cours de la rougeole. — *MM. Jean Paraf* et *J. Morhange* ont pratiqué en série des cuti-réactions tuberculiniques à des enfants rougeoleux, à la fois au bras et à la cuisse. Ils ont observé que chez les enfants allergiques, la cuti-réaction réapparaissait d'abord au bras, la réapparition de la cuti-réaction se faisant dans le même ordre que la disparition de l'éruption.

Ce fait montre l'importance de la réaction cutanée et des phénomènes vasculaires qu'elle provoque dans l'inhibition de la cuti-réaction par la rougeole.

M. Etienne Bernard demande s'il y a parallélisme marqué entre cette inhibition à la tuberculine et la poussée thermique.

M. Lesné déclare qu'il n'y a aucun parallélisme entre la disparition de la cuti-réaction et la fièvre ; c'est pure affaire cutanée. Dès que l'éruption s'est effacée, la cuti-réaction reparaît.

M. Paraf confirme ce que M. Lesné vient de dire. L'inhibition n'a pas été proportionnelle à la température, mais à l'intensité de l'éruption.

Chrysothérapie et leucémie aiguë. — *MM. Marcel Labbé, R. Boulin, F. Coste Uhry* et *Antonelli* relatent l'observation d'une femme de 46 ans, probablement hérédo-syphilitique, atteinte d'oligoarthrite avec psoriasis remontant à plus de douze ans, qui, traitée en 1928 par le thorium X, assez mal supporté, fut soumise entre 1932 et 1934 à une chrysothérapie très prudente, associée à certains moments à l'administration buccale de produits à base de pyramidon. Assez brusquement, après quelques injections de 5 et 10 centigr. de sel aurique, survint une chute des globules rouges et des globules blancs ainsi qu'une forte diminution des granulocytes. Le traitement ayant été interrompu, le malade parut se rétablir, mais, deux mois plus tard survenait une angine érythémateuse, puis une furonculose qui s'aggravaient progressivement et se compliquaient de suffusions hémorragiques, de nécrose et de purpura. La malade succombait après une courte évolution fébrile, ayant présenté successivement une formule hématologique d'agranulocytose, puis de leucémie aiguë. Les organes hématopoïétiques et les reins étaient infiltrés de cellules-souches.

La chrysothérapie semble avoir été principalement responsable de ces accidents et l'or doit être rangé à côté des rayons X, des corps radio-actifs, du benzol et du goudron, parmi les facteurs éventuels des syndromes leucémiques.

Méningite tuberculeuse chez un nourrisson vacciné par le B. C. G. et en contact avec une adulte traitée par la collapsothérapie. — *MM. G. Blechmann* et *R. Mély* présentent l'observation d'un enfant de 4 mois et demi qui, vacciné correctement par le B. C. G., mourut en quelques jours d'une méningite tuberculeuse avec bacilles dans le liquide céphalo-rachidien. La réaction cutanée à la tuberculine se présenta sous la forme d'un énorme placard érythémateux et induré. L'enquête apprit que la mère du nourrisson avait présenté avant son mariage des symptômes de tuberculose pulmonaire qui avaient nécessité la collapsothérapie. Depuis près de deux ans, on entretenait un pneumothorax sans incidents. Quand l'enfant naquit, on lui donna du B. C. G. et on l'éloigna. Mais l'on ne crut pas devoir prolonger au delà de six semaines la séparation de la mère et de l'enfant, en se fondant sur la fausse sécurité que peut octroyer un pneumothorax déjà ancien et entretenu régulièrement.

M. Paraf rappelle que l'immunité conférée par le B. C. G. n'est que relative ; il peut ne pas être absorbé ou absorbé à dose trop faible pour que l'immunité s'établisse. Il importe de maintenir le dogme de la séparation absolue des nourrissons.

M. Marfan fait d'abord remarquer que la cuti-réaction de cet enfant a été très intense ; or le B. C. G. ne détermine que des réactions faibles ou nulles ; cette forte cuti-réaction était donc due à un bacille virulent qui s'était développé dans l'organisme. D'autre part, la période de séparation de six semaines entre la mère et l'enfant a été beaucoup trop courte ; il s'écoule, en effet, un temps assez long, plusieurs semaines ou plusieurs mois, avant que l'état de prémunition soit constitué. Il faut soustraire les enfants qui ont reçu le B. C. G. pendant longtemps à tout contact tuberculeux, et, en particulier, les séparer des adultes porteurs d'un pneumothorax.

M. Lesné partage l'avis de M. Marfan. Le B. C. G. ne doit faire supprimer aucune des mesures de prophylaxie antituberculeuse. L'isolement des nourrissons doit se prolonger jusqu'à la fin de la première année.

M. Weill-Hallé a cru devoir, dans un milieu tuberculeux, employer la vaccination par voie sous-cutanée chez un nourrisson de 8 mois, présentant une cuti-réaction négative et dont le frère venait de mourir de méningite tuberculeuse à 21 mois. Il considère que l'injection n'aggrave pas la situation en pa-

reil cas et qu'elle rend plus sûre l'acquisition de l'immunité.

M. Lelong fait remarquer qu'il n'y a pas de test permettant actuellement de savoir à quel moment on peut remettre en contact un enfant vacciné. Le délai de six semaines n'est qu'une pure convention sans base scientifique.

M. Etienne Bernard pense que la vaccination par voie sous-cutanée mériterait d'être diffusée davantage.

M. Weill-Hallé n'a pas encore eu connaissance d'un seul cas de tuberculose chez ses vaccinés par voie parentérale.

M. Rist a eu l'occasion d'examiner radiologiquement le père du nourrisson vacciné qui avait été victime d'une contamination familiale ignorée dont M. Weill-Hallé a relaté l'histoire à la dernière séance. Il a pu constater, lui aussi, l'existence d'une caverne du sommet chez cet homme qui se croyait très bien portant et qui ne présentait pas de signes stétacoustiques. Il toussait un peu depuis six mois et ne s'en préoccupait pas. Sans l'examen systématique, jamais on ne se serait rendu compte que ce père était malade.

Il faut être extrêmement réservé avant de mettre les enfants avec une mère porteuse d'un pneumothorax ; les tubages gastriques sont souvent le seul moyen de déterminer la présence du bacille tuberculeux en pareil cas. Il est recommandable de ne remettre en contact les enfants vaccinés qu'après qu'ils présentent une cuti-réaction positive. On sera amené de plus en plus à substituer l'inoculation parentérale à l'ingestion.

Sur un cas de gangrène de la main au cours d'une septicémie ictérigène à B. perfringens. — *MM. Etienne Chabrol* et *Jean Sallet* rapportent l'observation d'une femme de 35 ans qui, à la suite d'un avortement septique, présenta un ictère très intense, une hémoglobinurie massive, une gangrène gazeuse de la main, puis du membre supérieur gauche. Les vaisseaux utérins étaient bourrés de germes anaérobies, sans qu'il existât de graves lésions gangréneuses de la muqueuse utérine et du muscle sous-jacent. Les auteurs soulignent le caractère exceptionnel de cette observation, la gangrène massive des membres supérieurs n'étant point signalée dans les descriptions classiques des septicémies anaérobies et des gangrènes puerpérales.

Chez cette malade, la gangrène gazeuse se développa sur un territoire présentant depuis plusieurs mois les manifestations asphyxiques et douloureuses du syndrome de Raynaud ; on notait une baisse considérable de l'index oscillometrique sur l'extrémité distale du membre supérieur droit et des deux membres inférieurs. L'ergotinisme n'était pas en cause. Les auteurs se demandent si ces troubles vasculaires préexistants qui apparentent la maladie de Raynaud au syndrome de Buerger ne doivent pas expliquer la localisation de la septicémie à *B. perfringens* qui s'alluma, chez leur malade, dans la cavité utérine.

Endocardite maligne aiguë à bacille de Pfeiffer. — *MM. E. Lesné, Cl. Launay* et *P. Carrez* rapportent le cas d'une endocardite maligne a bacille de Pfeiffer chez une fille de 14 ans, ayant provoqué la mort en deux mois et demi.

L'affection, d'abord bien tolérée, s'était présentée sous le masque d'un rhumatisme cardiaque à type d'endo-péricardite. Un mois après le début, l'allure maligne de la maladie s'est dévoilée par un tableau septicémique avec frissons, fièvre largement oscillante, splénomégalie subissant des poussées d'accroissement, néphrite hématurique, infarctus pulmonaire.

La terminaison au milieu de signes de grande urémie, et surtout l'aspect morphologique filamenteux du germe qui n'a affecté son type de coccobacille qu'après culture sur milieux additionnés d'extrait globulaire, doivent être soulignés.

A propos de la précipitation calcique dans le pancréas. — *MM. M. Loeper, E. Bioy* et *P. Perreau*, à propos de cinq observations personnelles, rappellent que la lithiase pancréatique se traduit assez fréquemment par l'association d'une douleur épigastrique violente survenant par crises, d'une glycosurie et d'un amaigrissement notable.

Du point de vue anatomique et radiologique, comme du point de vue pathogénique et thérapeutique, on doit distinguer les calculs du pancréas proprement dit et la pancréatite lithogène, qui mérite vraiment le nom de « pancréatite pétrifiante ».

La pathogénie de ces derniers cas est en partie expliquée par la relative richesse en chaux du suc pancréatique.

Un nouveau cas d'amaurose transitoire après un coma barbiturique traité par la strychnine. — *MM. R. Rivet, A. Magitot* et *J. Bourée* relatent l'observation d'une femme de 41 ans, chez laquelle, à la suite d'un coma barbiturique qui céda après injection de 6 centigr. 8 de strychnine, on constata une amaurose totale qui régressa progressivement en quelques jours. Elle coïncidait avec une forte hypertension artérielle rétinienne et un aspect spasmodique, filiforme des artères rétiniennes. A mesure que la tension artérielle rétinienne s'abaissa, que les artères rétiniennes tendirent à reprendre un aspect normal, la vision réapparut et le champ visuel, d'abord extrêmement rétréci, s'élargit pour reprendre ses dimensions normales. Il s'agit d'une amaurose toxique, comparable à celle de certaines intoxications par la quinine. Il convient de remarquer qu'un cas de ce genre a été observé dès 1931 par Dubar, Masquin et Dublineau, à la suite d'une intoxication aiguë par le gardénal, avant l'emploi de la strychnine à hautes doses dans le traitement des comas barbituriques.

Guérison rapide par la rechloruration d'accidents graves au décours d'une spirochétose ictérigène. — *MM. A. Ravina* et *J. Laplanche* rapportent l'observation d'un malade atteint de spirochétose ictérigène et soumis à un régime hypochloruré très sévère. Après la seconde poussée fébrile apparut, en dépit d'une polyurie élevée, de la disparition de la fièvre et de l'ictère, un état général très grave avec asthénie, tachycardie et stomatite.

L'examen du sang montra une azotémie encore élevée avec hypochlorémie manifeste. La rechloruration détermina une amélioration immédiate et définitive.

L'épreuve calorique mixte dans les cirrhoses. — *MM. Noël Fiessinger, Alfred Gajdos* et *Panayaiopoulos* font une étude du métabolisme calorique avec un repas mixte protéoïdo-glycidique (gélatine et glycose) et insistent sur les causes d'erreur qui rendent inapplicable à la médecine l'étude de l'action dynamique spécifique. En conservant comme témoin la hauteur de flèche glycémique pour les glycides et le chiffre de l'azote total urinaire pour les protéoïdes, qui permettent d'affirmer l'absorption du repas, il est possible de tenir compte de l'élévation notable du métabolisme calorique et de la consommation en oxygène. A l'état normal, dans certaines affections diverses, on n'observe aucune altération du dégagement calorique. Par contre, dans les cirrhoses, moins nettement dans les ictères, on observe pour les mêmes témoins de traversée une élévation du métabolisme calorique presque minime ou pour le moins très réduite. Ces constatations permettent, en éliminant la part qui pourrait revenir à une mauvaise absorption digestive, d'affirmer qu'il existe dans ces maladies un trouble important du métabolisme tissulaire.

M. May rappelle ses recherches sur l'action dynamique spécifique des protéines dans les affections endocriniennes. Les résultats obtenus jusqu'ici sont peu démonstratifs. C'est probablement le trouble de l'uréogénèse qui, chez les hépatiques, explique la diminution relative du métabolisme calorique.

Une couronne dentaire restée neuf mois dans une bronche et expulsée par un effort de toux. — *MM. Henri Dufour* et *Rachstein* relatent l'observation d'une femme de 35 ans qui, en février 1935, après avoir avalé de travers, s'aperçut de la disparition d'une couronne dentaire en or. Pendant quelques jours elle ressentit une vague douleur rétrosternale et une toux spasmodique s'installa définitivement. Ni purgatifs ni vomitifs ne ramenèrent la couronne. Au bout de sept mois la malade, toussant toujours, se fit radiographier. On constata au niveau du hile droit une tache noire qui fut prise pour une calcification banale. Un laryngologiste consulté ne trouva rien. On s'en tint au diagnostic de bronchite, entretenue par des refroidissements d'origine professionnelle (travail dans les frigorifiques). En novembre 1935, coïncidant avec une exagération de la toux émétisante, la malade, après une quinte de toux d'une durée de trois quarts d'heure, retrouva dans sa bouche la couronne dentaire. La tache noire de la radiographie a disparu et la bronchite est guérie.

Tachycardie sinusale permanente compliquée de crises tachycardiques chez un blessé de poitrine. — *M. Ed. Doumer* (Lille) apporte l'observation d'un homme de 43 ans, blessé pendant la guerre, qui porte quatre éclats métalliques dans le champ pulmonaire gauche, l'un d'eux se trouvant à très faible distance de la crosse aortique, et qui souffre depuis 1932 de crises tachycardiques angoissantes se répétant plusieurs fois par semaine. Ces crises sont accompagnées ou précédées de fourmillements le long du bord interne du membre supérieur gauche et de syncope locale qui rend froide et complètement blanche la main de ce côté. Après la crise, la

main est le siège d'une rougeur intense. Dans l'intervalle des crises, cet homme est en permanence en état de tachycardie, le rythme cardiaque se tenant habituellement entre 10 et 120.

MM. Leriche, Bouchut et Froment ont récemment publié une observation dans laquelle on trouve les mêmes crises tachycardiques sur un fond de tachycardie permanente ; ils ont découvert dans les ganglions étoilés de leur malade des lésions inflammatoires et croient pouvoir attribuer les troubles rythmiques à ce processus lésionnel. Dans le cas présent, les troubles sensitifs et vaso-moteurs d'ordre sympathique, dont l'importance est significative, indiquent aussi, semble-t-il, une lésion sympathique irritative, vraisemblablement secondaire à la blessure et développée au contact d'un projectile. Il est logique de lui attribuer aussi les troubles rythmiques. L'auteur croit pouvoir apporter ce fait comme un nouvel exemple de tachycardie par épine irritative.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 avril 1936

Quelques cas de radiumthérapie du cancer de l'œsophage avec toutes les apparences de la guérison. — ***M. J. Guisez*** rapporte les observations de plusieurs malades atteints de cancer de l'œsophage chez lesquels la radiumthérapie faite localement suivant des règles très précises, a amené la disparition complète de la sténose et le retour à une alimentation et à une vie absolument normales. Chez tous les résultats se maintiennent depuis plus de trois ans. Le diagnostic de cancer a été posé dans tous ces cas sous endoscopie et vérifié par la biopsie. Dans l'un d'eux qui a repris 25 kgr. depuis trois ans que le traitement a été effectué, le diagnostic avait été posé auparavant par deux laryngologistes différents. La biopsie avait montré qu'il s'agissait d'un épithélioma d'origine glandulaire.

L'anesthésie électrique dans la dysphagie douloureuse du néoplasme œsophagien. — ***M. André Tardieu*** rapporte l'observation d'un homme de 68 ans, alcoolique ancien atteint d'une sténose œsophagienne de nature néoplasique, dont le début remontait à trois ans, mais dont les manifestations dysphagiques et douloureuses étaient depuis trois mois particulièrement intenses, s'opposant à l'ingestion de presque tous les aliments, liquides compris. L'anesthésie électrique appliquée selon la technique utilisée pour le traitement de la dysphagie douloureuse dans la laryngite tuberculeuse, a permis dès la troisième séance la reprise d'une alimentation liquide et molle suffisamment abondante.

La méthode est demeurée sans effet sur la dysphagie vraiment mécanique. L'auteur insiste sur l'action non seulement anesthésique, mais aussi antispasmodique de la méthode.

Néoformation osseuse paracicatricielle. — ***M. L. Pron*** parle d'un malade opéré six mois auparavant de gastroentérostomie avec suites normales et chez lesquels on sentait nettement un peu à gauche de la ligne de suture une petite masse très dure, arrondie, comparable à un bouton de pantalon.

L'oligophagie avec appétit normal ou exagéré. — ***M. L. Pron*** dit qu'à côté des dyspeptiques qui diminuent volontairement leur nourriture pour diminuer leurs douleurs ou malaises, prennent place deux groupes de patients qui, malgré un bon appétit ne peuvent prendre qu'une quantité sous-moyenne d'aliments ; les uns par crise spasmodique du cardia ou du pylore ou des deux à la fois, survenant au début ou au cours du repas, les autres, au contraire, par atonie de la musculeuse. Le traitement est très différent selon le groupe.

A propos de la communication de M. Pascalis sur 1° de l'alimentation iléo-abdominale ; 2° des diverticules de l'appendice.— ***M. Dupuy de Frenelle*** rappelle que l'anesthésie par le chlorure d'éthyle donné au goutte à goutte et réchauffé permet de longues anesthésiques avec le minimum de choc.

G. LUQUET.

Savoir être riche c'est connaître les limites de la puissance inhérentes à la fortune, c'est comprendre la vanité de tout. (Alf. Daniel-Brunet, PETITES CHOSES, 1935.)

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Mort subite chez un nourrisson de 4 mois porteur d'une hypertrophie du thymus

Il est prudent de radiographier les jeunes enfants avant toute intervention chirurgicale et de ne pas opérer ni même hospitaliser ceux qui seraient reconnus porteurs d'une hypertrophie thymique nette. Une observation, rapportée par MM. Paul Giraud, Salmon et Jouve, de Marseille, à la Société de Pédiatrie (17 décembre 1935) montre l'utilité de cette précaution. Un nourrisson de 4 mois, en excellent état général, mais porteur d'un bec-de-lièvre, est, par précaution, radiographié avant l'intervention. On découvre un très gros thymus, qu'aucun signe physique ou fonctionnel ne révélait. On ajourne l'intervention. Après quelques jours d'hospitalisation, l'enfant meurt subitement.

A l'autopsie, on trouve un énorme thymus occupant toute la hauteur du médiastin et pesant 40 grammes.

La trachée fut trouvée normale à l'autopsie. Pendant la vie, on avait observé aucun signe de sténose trachéale. La mort ne paraît donc pas être due à la compression trachéale, mais plutôt la conséquence d'une « diathèse » thymo-lymphatique encore mystérieuse.

Chéilite du rouge

Un nouveau cas de chélite dû au rouge a été rapporté par MM. Sézary, Horowitz et Genet à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie (12 décembre 1935). Les épidermo-réactions ont montré que la substance nocive, était l'éosine.

Les applications d'éosine sur la peau ou sur les lèvres, ayant provoqué une réaction, même en les maintenant à l'abri de la lumière, il s'agit d'une simple intolérance chimique, sans rôle adjuvant de la lumière.

Intoxication mercurielle grave

A la suite d'un traitement par dix injections d'huile grise et trois injections de novarsénobenzol, une malade de MM. Milian et Haneau (*S. franç. de derm. et d. syph.*, 12 décembre 1935), fit une gangrène mercurielle grave de la loge sus-amygdalienne, avec ulcération du voile. Tous les traitements locaux furent inefficaces. On eut alors recours à la rongalite (méthylène-sulfoxylate de soude) qui fut administrée par voie buccale), à la dose de 5 à 10 grammes par jour. Sous l'influence de ce médicament, qui est le véritable antidote du mercure, les lésions locales s'améliorèrent, de même que les phénomènes généraux, notamment la fièvre.

La rongalite, est un médicament d'urgence, qui devrait se trouver dans toutes les pharmacies des hôpitaux, afin de pouvoir l'employer immédiatement dans les intoxications mercurielles graves (empoisonnement par le sublimé, etc.).

Traitement des brûlures par le bleu de méthylène

M. Violet (*S. Nat. de méd. et des S. M. de Lyon*, 7 janvier 1936) conseille l'emploi du bleu de méthylène, en solution aqueuse à 5 p. 100, dans le traitement des brûlures. Antiseptique, il fixe les éléments morts en respectant les éléments vivants ; il est analgésique, isolant et absorbant.

Maladie de Nicolas Favre et arthrite aiguë de la hanche

M. Carrasco, de Lisbonne (*S. Fr. de Derm. et de Syph.*, 14 nov. 1935) a eu l'occasion d'observer deux cas d'arthrite aiguë douloureuse de la hanche au cours de la poradénite inguinale. Recherchant dans la littérature les cas semblables, il a pu en réunir 23. D'une façon générale cette arthrite guérit spontanément en huit à quinze jours.

Un cas de tétanos post-abortum

MM. Laporte, L. Dambrin et L. Tamalet en ont rapporté un cas à la Société de Médecine et de Chirurgie de Toulouse (janvier 1936). Chez une femme de 20 ans, à la suite d'un avortement provoqué au troisième mois, est survenu, au sixième jour, un tétanos très grave, avec prédominance de signes pharyngo-laryngés, crises dyspnéiques. Un traitement intensif fut institué : d'une part 240.000 unités de sérum antitétanique intra-veineux et intra-musculaire avec alternance de somnifène et chloroformisation, d'autre part curettage léger suivi d'irrigation intra-utérine avec 40.000 unités de sérum dilué.

La malade mourut vingt-quatre heures après son entrée à l'hôpital.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, où à vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Un physiologiste en U.R.S.S. — *D'une conférence faite par M. le Professeur Lapicque, à Lyon* (23 avril 1936), *sous les auspices de l'Union rationaliste, nous détachons le passage suivant* :

« Libre penseur, socialiste militant, dit-il, j'ai regardé les villes et les pays de l'Union des Républiques soviétiques socialistes, dégagé de tout préjugé, mais aussi sous l'angle de mes convictions. Je ne parlerai pas de l'immense activité des Soviets, ni de leur état social, tout simplement parce que je n'y connais rien et qu'en trois semaines les compétences les plus avisées n'auraient pu se rendre compte réellement de tout cela.

« Mais dans les choses que je connais bien, j'ai constaté que la dictature avait pris là-bas, sinon l'avance sur nous dès à présent, mais une situation qui lui permettra de nous dépasser bientôt.

« Ainsi l'organisation scientifique a été développée, perfectionnée en Russie soviétique, au point de n'avoir rien à envier à nos plus récents instituts de recherches. Les savants n'ont qu'à demander, l'Etat soviétique leur accorde aussitôt toutes les ressources qu'ils désirent. Le savant est maintenant au premier rang de l'Union des Républiques.

« De même l'agriculture industrialisée dans les sovkozes et les kolkoses, sous la direction de l'Académie d'agriculture, assure aux paysans un bien-être quils n'avaient jamais eu, en même temps qu'elle fournit à la population toutes ses subsistances, aux industries d'Etat toutes les matières premières, tirées uniquement du sol de l'U. R. S. S.

« Mais la liberté, les droits de l'homme, conclut le Professeur Lapicque, nous sont plus chers que tout cela. Evidemment, les régimes de dictature peuvent réaliser leurs vues plus vite souvent que les régimes de libre-discussion. En Italie l'on a réalisé des progrès agricoles, scientifiques plus impressionnants peut-être que ceux de Staline. En Allemagne aussi, toute une nation marche au pas et fabrique des canons. Je ne veux être ni fasciste, ni communiste. Je préfère la liberté à toutes les prospérités.

« Je rends hommage au grandiose bienfait que les soviets ont apporté au peuple russe, mais je garde la conviction que pareil régime est incompatible avec nos idées, comme avec notre humeur. »

Les idées sociales du Docteur Terme, maire de Lyon (1840-1847). — *M. Jean Vermorel vient d'évoquer* (SOC. D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE, *section lyonnaise*, 26 avril 1936) *ce curieux personnage qui était né à Lyon en* 1791.

Après avoir fait ses études médicales à Paris, il s'établit à Lyon et fut, de bonne heure sollicité par l'action sociale. Conseiller municipal, maire de Lyon (de 1840 à 1847), député, il a joué un rôle important. Il a été un véritable précurseur des réalisations hospitalières économiques et sociales de la Ville de Lyon. Il a réorganisé les services des hôpitaux, notamment ceux des enfants malades et abandonnés, ceux de la bienfaisance et de l'hygiène, de l'assistance aux vieillards.

Déjà, en son temps, le Docteur J.-F. Terme livrait combat au taudis, aux misères physiologiques. Il a vu d'un regard large les problèmes de son époque, prévu l'avenir. C'est une figure des plus intéressantes parmi celles qui, soit au poste de maire qu'il occupa sept années, soit dans les milieux médicaux ou sociaux de Lyon, sont demeurées célèbres.

Le Docteur Jean-François Terme sera l'objet d'une étude peu complète, par M. Jean Vermorel, qui prépare un volume sur quelques anciens maires de Lyon au XIXe siècle.

La femme médecin aux colonies. — *De M. Claude Queveney dans* L'ACTION FRANÇAISE (20 avril 1936).

..... On ne peut se dissimuler les difficultés qui se dressent devant la femme médecin, lorsqu'elle exerce parmi les indigènes sans être rattachée à une organisation suffisante. Nombre d'entre elles se sont brisées sur ces écueils. Venues de France avec l'enthousiasme des néophytes, ont dû repartir, déçues par l'isolement et souvent par la gêne matérielle. L'une d'elles dut même solliciter son rapatriement.

Dans les petites agglomérations — et surtout dans la brousse, où la clientèle payante est presque nulle — de graves mécomptes la guettent. Car son travail incessant, son dévouement, qui va parfois jusqu'à l'héroïsme — sont partout insuffisamment rétribués.

L'Administration ne lui est pas plus favorable. Par rapport aux traitements d'avant-guerre, l'augmentation de son traitement est dérisoire.

En Afrique du Nord, par exemple, l'indemnité accordée aux médecins hommes avaient été quintuplée avant que celle allouée aux directrices des cliniques indigènes — dont le travail est à la fois beaucoup plus absorbant et beaucoup plus pénible — n'ait été seulement doublée. Mieux, l'augmentation des traitements de l'Européenne restait très inférieure à celle des auxiliaires médicaux indigènes : en 1929, le traitement de la directrice de la clinique d'Oran qui était avant la guerre de 4.500 francs, atteignait à peine 8.000 francs ; mais son subordonné l'auxiliaire indigène touchait 21.546 francs.

La conséquence de tels procédés est logique : s'ils se perpétuent, l'auxiliaire précieuse de l'expansion nationale qu'est la femme médecin renoncera peu à peu à sa mission.

Nul ne discute, aujourd'hui, l'importance du rôle de la femme médecin aux colonies. Mais pour lui permettre de le remplir à la satisfaction de tous, il faut en assurer le bon recrutement, n'admettre que des femmes intangibles à tous égards.

Cela ne sera réalisable que le jour où les Pouvoirs publics lui auront enfin assuré la sécurité matérielle, auront sauvegardé sa dignité en lui accordant des traitements proportionnés avec les services qu'en attendent les populations de la plus grande France.

Faut-il exiger un certificat médical des candidats à la députation ? — *M. Paul Farez conclut par l'affirmative* (JOURNAL DES DÉBATS, 26 avril 1936) *et en donne des raisons fort justes* :

Un de nos meilleurs psychiatres, consciencieux et méthodique raconte qu'il fréquente, ces jours-ci, fort assidûment les réu-

nions électorales de son quartier. En lui, il y a sans doute, le citoyen qui s'intéresse aux programmes, les confronte, les discute ; mais il y a surtout le médecin qui s'applique à discerner ce que vaut la mentalité du candidat. Ecoutez ses confidences :

« Je ne veux pas, dit-il, que mon vote puisse contribuer à faire nommer un cyclothymique, un hypomaniaque, un schizoïde, un paranoïaque, un déséquilibré, un revendicateur, un persécuté ou un persécuteur. Ceux-là, à les regarder, à les entendre, je les dépiste. Je voudrais bien aussi que mon élu ne fût pas, selon l'expression de Brieux, un « avarié », car, même en dehors de toute évolution vers la paralysie générale, il pourrait, de-ci de-là présenter des poussées d'excitation cérébrale et qui en feraient alors une manière d'hypomaniaque. Mais l' « avarie » n'est point facile à dénoncer par la vue ou l'ouïe seulement. D'autre part, on m'objectera que vouloir exclure de la représentation nationale tout « avarié », c'est se montrer trop draconien, c'est non point tarir, mais limiter, restreindre son recrutement, c'est barrer la route à tel ou tel qui, par ailleurs, ferait peut-être bonne figure parmi nos représentants. Soit, je ne lui opposerai pas mon *veto*, s'il s'est soumis efficacement à une cure intensive et prolongée de mercure, d'arsenic, de bismuth ou d'impaludation. Comment le savoir ? Quand un enfant a eu la diphtérie, il ne sera admis à rentrer à l'école que si des prélèvements apportent la preuve que ses bacilles ont disparu. De même, à l' « avarié » je donnerais une sorte d'absolution et je cesserais de le tenir pour indésirable si la réaction de son sang attestait que ses spirochètes ne sont plus virulents... »

Irréalisable, dira-t-on ! Rêverie, utopie, chimère ! C'est ce qu'on prétendait, il n'y a pas si longtemps, à propos du certificat prénuptial. Or, il est entré dans les mœurs ; il se pratique journellement. Pour ce qui concerne le certificat préparlementaire, qui sait si la « chimère » d'aujourd'hui ne deviendra pas la réalité d'après-demain ?

Terrillon créateur de l'asepsie. — *On a fait de Terrier le créateur de l'asepsie. M. Maurice Terrillon remet les choses au point dans un article de la* Revue moderne de médecine et de chirurgie (octobre 1935) :

Voici les textes et leurs références. Les positions respectives de Terrillon et de Terrier y sont tellement bien prises, datées et situées, qu'il n'y reste place pour aucune équivoque.

En novembre 1883, Terrillon remplaçant un an Gosselin à la Charité, dit :

« Avant de commencer mes leçons cliniques, je crois qu'il sera « utile de connaître exactement quelle est la méthode que nous « emploierons pour soigner les grandes plaies opératoires... « Tous les instruments demandent pour être nettoyés, des pré- « cautions spéciales... Il est bon ensuite de les faire séjourner « pendant quelques minutes dans l'eau bouillante ou, mieux « encore, si l'on peut s'en procurer une, dans une étuve chauffée « à 120 ou à 140 degrés. Ce dernier moyen, auquel on peut « ajouter la précaution de flamber l'instrument avec une lampe « à alcool est le meilleur garant de la propreté des instruments, « car par lui les matières vivantes sont complètement détruites. » (*Revue de thérapeutique*, février 1884, p. 175-177.)

Ainsi, en 1883, le premier, car je n'ai trouvé aucun texte antérieur publié par un médecin ou un chirurgien, Terrillon pratique la stérilisation des instruments, soit par l'eau bouillante, soit par étuve portée à 120-140°, soit par flambage.

Terrillon, le premier encore, exposa en 1887 à la Société de Chirurgie, par trois fois en deux séances successives, la doctrine aseptique. (*Bull. Soc. de Chirurgie*, ann. 1887, séances 21 et 28 déc., p. 796 et suiv.)

Terrillon : « J'ai tellement confiance dans l'eau bouillante, que « je la considère comme notre seul moyen d'asepsie vraie. « L'eau phéniquée, quelque forte qu'elle soit, ne constitue qu'un « moyen trompeur et ne donne qu'une fausse sécurité. Croyez- « vous qu'un instrument, non suffisamment nettoyé, soit « aseptique par le fait de son contact momentané souvent très « rapide avec l'eau phéniquée ? Cela est faux, car la graisse « qui le recouvre, les anfractuosités qu'il présente, empêchent « la pénétration du liquide et son contact avec tous les germes. « L'ébullition pare à tout et détruit tout, de là, la sécurité, « non trompeuse, facile à exécuter, à la portée de tous... « Rechercher l'asepsie parfaite, plutôt que l'antisepsie avant « l'opération. Quand elle est obtenue, il ne reste plus qu'à em- « pêcher les microbes d'arriver jusqu'à la plaie. »

Au cours de ces deux mêmes séances Terrier avait appris les principes de l'asepsie de la bouche même de Terrillon, comme en témoignent ses propres objections, publiées dans le *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 1887 :

Terrier : « Pour ce qui est de l'eau bouillie, je ne m'en sers « pas... non par négligence... En tout cas, je n'ai aucune « expérience personnelle et c'est là une simple objection que « je fais à ce moyen. » (p. 792)... « Je n'ai pas encore foi dans « l'eau bouillante, malgré le dire de M. Terrillon. » (p. 797).

Donc Terrier, malgré les paroles de Terrillon et une visite qu'il avait faite à l'Institut Pasteur, ne comprenait pas ce système, ne l'appliquait pas, ne manifestait pas encore l'intention de l'appliquer. Il ne se décida à user de l'eau bouillante ou de l'autoclave qu'en fin 1889 ou début 1890, mais pas avant. Quénu, élève et assistant de Terrier, dit : « En 1889, Terrier était encore en plein listérisme. » (Ed. Quénu, Masson, édit., 1934, p. 18). Par contre Terrier continua jusqu'en 1895 à mettre systématiquement de l'iodoforme *dans* les plaies. Grâce à une étude très documentée du Docteur F. Jayle, parue dans la *Presse Médicale*, 5 sept. 1928, p. 71, nous pouvons établir très exactement la position des deux doctrines entre 1892 et 1895.

Terrillon et son élève Chaput, dans « Traitement des plaies aseptiques », paru en février 1893, nous dit :

« Nous évitons soigneusement de laver les plaies avec la solu- « tion phéniquée (p. 19)... Le traitement de l'intoxication « phéniquée consiste avant tout traitement à supprimer l'acide « phénique sous toutes ses formes (lavages, pulvérisations, « gaze et ouate (p. 21.)... Le traitement de l'intoxication iodo- « formique consiste, d'abord, à supprimer l'iodoforme (p. 32). »

Terrier, fin 1893 et 1894, au contraire nous dit :



« Quand *on* a affaire à une *plaie ordinaire... avant de réunir,* « on peut saupoudrer la plaie d'iodoforme... sur la ligne de « réunion, on jette une très légère couche d'iodoforme, on « place de la gaze iodoformée. » (*Terrier, l'iodoforme en chirur-* « *gie, Presse Médicale,* 30 déc. 1893, p. 12). « En résumé, avec un « peu de poudre et gaze iodoformée, *on peut parer à tous les* « *besoins.* Si l'on combine l'emploi de cette substance avec celui « d'une solution antiseptique efficace pour les lavages, et celui « d'un pansement protecteur également efficace et solide, « l'ouate par exemple, on obtient vraiment *un pansement* « *type* ». (*Terrier, l'iodoforme en chirurgie,* 3e *leçon, Presse Médic.* 10 févr. 1894, p. 43).

L'autoclave n'est pas tout. Terrillon posséda plusieurs autoclaves et fours de Pasteur, longtemps avant Terrier, mais il estima que, chef d'école, sa doctrine, pour être à la portée de tous, pour se répandre, devait être claire, simple et générale. Donc la chaleur à plus de 100°, l'eau bouillante, voici le principe et, quand on en a un, un autoclave.

Les Livres de la semaine

Nouvelle Pratique dermatologique. Tome VI. Dermatoses par carence. Atrophies et dystrophies. Tumeurs et nævi. 1 vol. 300 fr. (Masson).

MENEGAUX et ODIETTE : **L'ostéosynthèse au point de vue biologique** Influence de la nature du métal. Etude expérimentale ; 176 p., 71 fig. : 35 fr. (Masson).

VAQUEZ et GLEY . **La pression moyenne de l'homme à l'état normal et pathologique** ; 126 p., 57 fig., 25 fr. (Masson).

NGUYEN VAN QUAN : **Acupuncture chinoise pratique** ; illust. : 20 fr., (Picart).

Pédiatrie (*Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée*) 2e éd., 1936 ; 3 vol. br. : 290 fr. (Maloine).

NOBÉCOURT : **Clinique médicale des enfants.** Troubles de la croissance de la puberté, de la nutrition et des glandes endocrines, 460 p., 218 fig. : 60 fr. (Masson).

HAMBURGER : **Physiologie de l'innervation rénale** ; 180 p. 15 fig. : 30 fr. (Masson).

SABADINI : **Les kystes hydatiques de la rate** ; 200 p., 82 fig. : 32 fr. (Masson).

GOSSET . **Techniques chirurgicales** ; 434 p., 219 fig., 105 fr. (Masson).

LAUWERS : **Introduction à la chirurgie génito-urinaire** ; 198 p. : 32 fr. (Masson).

HUARD et MEYER-MAY : **Les abcès du foie** ; 390 p., 98 fig. : 65 fr. (Masson).

CHABANIER et LOBO-ONELL : **Diabète et chirurgie** ; 168 p., 22 fr. (Masson).

TERRIEN (E.) : **Pédiatrie pratique.** Répertoire des mises au point. Indications et moyens thérapeutiques ; 218 p. : 24 fr. (Masson).

DELORE (P.) : **Tendance de la médecine contemporaine.** La médecine à la croisée des chemins ; 226 p., 27 fr. (Masson).

Travaux des laboratoires de matière médicale et de pharmacie galénique de la Faculté de Paris. T. XXVI, année 1935 . 60 fr. (Vigot).

MESSIMY : **Les réticulo-fibreuses de la rate.** Etude de leurs principaux groupements anatomo-cliniques et de leur répercussion dans l'organisme. 264 p., 27 fig. : 40 fr. (Vigot).

CAILLOL-BORGEAUD : **La situation juridique de l'infirmière** ; 318 p. 35 fr. (Vigot).

CREUSOT : **Etude critique du régime pauvre en graisses et riche en hydrate de carbone dans le traitement du diabète sucré** ; 172 p., 25 fr. (Vigot).

GELLE : **Traitement des ténosynovites aiguës carpiennes et digitales par l'incision à minima.** Anatomie. Technique opératoire. Faits cliniques.

STRELETSKI : **Précis de graphologie pratique** ; 384 p., 500 spécimens d'écriture ; 50 fr. (Vigot).

DORVAULT : **L'Officine.** Répertoire général de pharmacie pratique. 17e éd 3e tirage, 1936 ; 2.032 p. fig. relié : 150 fr. (Vigot).

« Il suffit de pénétrer, d'aller, de venir, de vivre dans un de ces nouveaux services compartimentés au maximum, pour constater que le chef, les assistants, les internes et les externes, les surveillantes, les infirmières passent leur temps en une continuelle partie de cache-cache, on cherche les malades d'une pièce à l'autre, les appels retentissent, les portes s'ouvrent, se ferment et ce que j'ai constaté n'est pas particulier à un service, c'est la même chose en province qu'à Paris, et on voit avec peine disparaître *cette unité du service, sans laquelle, il n'est pas d'enseignement possible.*

« Les chambres isolées sont trop étroites, pour recevoir le service dans son entier, elles ne permettent plus l'enseignement près du malade, les discussions cliniques, je conseille à ceux qui croient que j'exagère d'aller assister, dans ces conditions, à une démonstration de thoracenthèse ou même à une ponction lombaire, ils se rendront vite compte de l'exactitude de mes remarques. » (Raphaël MASSART. — Les nouvelles conceptions hospitalières. L'enseignement. Les abus. *Le Concours Médical,* 15 mars 1936.)

Le Gérant : A. ROUZAUD
CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 19 LE NUMÉRO : 50 Centimes 9 MAI 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

Travaux originaux

A. LUMIÈRE : La lutte contre l'infection. Le microbe et le terrain...... 761

A. COLARIZI : Thiorachie et thiémie chez les gens sains et dans quelques formes de méningite..... 765

Clinique chirurgicale

J. GUYOT : Sur un malade atteint de scapulalgie...................... 775

Oto-rhino-laryngologie

Les tumeurs épithéliales de l'amygdale 779

Revue de Presse départementale et coloniale, par J. LAFONT.......... 779

Sociétés savantes

Académie de Médecine.............. 783
Société Médicale des Hôpitaux....... 783

Nouvelles.......................... 755

Échos et Glanures................... 787

Bibliographie................. 772 790

Les Livres de la semaine.......... 790

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 4 mai. — M. FACQUET : Vitesse de la circulation du sang dans l'organisme. — M. FERESTER. Etude des réactions d'intolérance à l'insuline. — M. LEBIGUE. Etude de l'éléphantiasis nostras acquis des membres inférieurs. — Mlle LE SUEUR. Etude physio-pathologique et valeur des polypnées du nourrisson.

5 mai. — M. AILLET. Considérations sur l'ostéomyélite du maxillaire inférieur d'origine dentaire. — M. LE CORRE. Pertes de substances pathologiques du maxillaire inférieur. — M. ROUYER. Traitement des hémorragies utérines par les benzoates de folliculine et la lutéine. — M. BONNARDEL. Vision et professions. — M. LOB. Névrites optiques et conjonctivite arsenicale.

6 mai. — M. MARIE-NELLY. Le chlorhydrate de sulfanode chrysodine dans le traitement médical des pleurésies purulentes à streptocoques. — M. BALANDRA. Les nourrices des rois dans l'ancienne France. — M. PERSOZ. L'hygiène des chantiers souterrains. — M. PLAWNER. Hygiène de la peau du nourrisson.

8 mai. — M. COEN. Facteurs de gravité de l'opération césarienne basse au cours du travail. — M. WAGNER. Les diverticulites hémorragiques du gros intestin. — M. DRUCKER. L'ostéochondromatose du genou (à propos d'un cas inédit). — M. SOUBRANE. Paralysie du triceps sural, séquelle de poliomyélite. Traitement.

9 mai. — M. ROSENBLATT. A propos du suicide en médecine mentale. — M. PICQUART. Etude de la calcification des incisives et canines permanentes.

5 mai. (Thèse vétérinaire). — M. LABRUYÈRE. Recherches expérimentales sur la régulation hormonale de la contractilité utérine.

— *Concours du prosectorat.* — Le concours pour deux places de prosecteur s'est ouvert à la Faculté le 1er mai, sous la présidence de M. le Professeur Gosset.

Le jury est constitué ainsi qu'il suit :

Juges titulaires : MM. Gosset, Grégoire, Lenormant, Marion, Mathieu, Rouvière, Hovelacque, L. Binet, R. Debré.

Juges suppléants : MM. Fey, Olivier, Richet.

— *Concours de l'adjuvat.* — Ouvert le jeudi 7 mai 1936, sous la présidence de M. le Professeur Cunéo.

Le jury est constitué ainsi qu'il suit :

Juges titulaires : MM. Rouvière, Olivier, Gayet, Grégoire, Chevassu, Cunéo, Ombrédanne.

Juges suppléants : MM. Hovelacque, Richet, de Gaudart d'Allaines.

Cours d'histoire de la médecine et de chirurgie. — M. le Professeur Laignel-Lavastine dirigera des conférences-promenades en mai et juin, le dimanche à 10 h. 1/2. du matin.

Dimanche 10 mai : L'hôpital Beaujon-Clichy, 100, boulevard de Lorraine, Clichy (Seine). Réunion à l'entrée. Prendre le métro jusqu'à la Porte de Clichy, puis l'autobus R *bis*. L'autobus U *bis* mène aussi à l'hôpital.

Jeudi 21 : La Bibliothèque de la Sorbonne. Réunion dans la cour de la Sorbonne.

Dimanche 14 juin : Le Musée de la Préfecture de police, 36, quai des Orfèvres. Réunion dans la cour.

Dimanche 28 juin : La boulangerie de l'Assistance publique et l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin. Réunion dans la cour d'honneur de la Boulangerie, 13, rue Scipion, (XIIIe).

Faculté de médecine. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — Jurys :

Médecine générale (4 mai). — Président : M. Bezançon ; MM. Carnot, Sergent, Gougerot, Debré, Mattei, Dupérié, Carrière, Margarot, Pautrier, Favre, Tapie.

Chirurgie générale (15 mai). — Président : M. Tixier ; MM. Chevassu, P. Duval, Lenormant, Marion, Mathieu, Ducuing, Chauvin, Michel, Stolz, Rocher.

Anatomie et histologie (11 mai). — Président : M. Argaud ; MM. Rouvière, Champy, Cunéo, Dubecq, Lucien, Debeyre.

Chimie médicale et physique médicale (4 mai). — Jury commun. Président : M. Vlès ; MM. Desgrez, Strohl, Tiffeneau, Maillard, Cristol, Fabre.

Histoire naturelle pharmaceutique (4 mai). — Président : M. Coutière ; MM. Sartory, Golse, Fourment, Mercier.

Pharmacie (4 mai). — Président : M. Lebeau ; MM. Volmar, Musso, Morel, Labat.

Ophtalmologie (15 mai). — Président : M. Terrien ; MM. Strohl, Weill, Gorse, Imbert.

Obstétrique (7 mai). — Président : M. Brindeau ; MM. Couvelaire, Lereboullet, Garipuy, Villard, Caussade, Guyot.

Histoire médicale et parasitologie (4 mai). — Président : M. Guiart ; MM. Brumpt, Debré, Tanon, Lisbonne, Parisot, Labat.

Physiologie (4 mai). — Président : M. Dubois ; MM. Binet, Fiessinger, Desgrez, Tournade, Hédon, Chevallier.

Congrès international de la lumière. — Le 3e Congrès international de la lumière aura lieu à Wiesbaden, du 1er au 7 septembre, sous la présidence du Professeur Friedrich.

Les sujets de discussion concernant la physio-biologie de la lumière solaire et des sources artificielles, la photothérapie dans la plupart de ses indications, les questions d'hygiène sociale considérées dans leurs rapports avec la lumière.

Il n'y aura pas de rapports, mais des conférences et des communications.

Cotisation : 20 Reichsmarken pour les congressistes et 10 pour les membres de leur famille. S'adresser au secrétaire général du Congrès, Docteur Schreiber, Berlin NW7 Robert Koch Platz n° 1 et pour renseignements au Docteur Jean Meyer, 67, boulevard de Courcelles.

Prix Albert-Robin. — Un prix d'une valeur de 25.000 francs a été fondé par M. André ROBIN et mis par lui à la disposition de la Société d'hydrologie en souvenir de son père le Professeur Albert Robin, pour récompenser un travail ou un

ensemble de travaux d'un auteur français concernant l'hydrologie ou la climatologie médicales et paru dans les huit années précédentes.

La Société d'hydrologie attribuera le prix Albert-Robin pour la première fois à sa deuxième séance de décembre 1938.

S'adresser pour renseignements complémentaires au secrétaire général de la Société d'hydrologie : Docteur Sérane, 40, rue Jasmin, Paris (XVIe) et Saint-Nectaire.

Prochaine conférence des Voix latines. — Sous la présidence de M. le Docteur Georges Duhamel, le Professeur Jean Fiolle donnera, le mercredi 27 mai, à 21 heures précises, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, une conférence sur le sujet suivant : L'ordre latin dans les sciences, la biologie t la médecine.

On peut trouver des cartes d'invitation chez le Docteur Dartigues, 81, rue de la Pompe, Paris (XVIe) ; à la Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe) ; à la Librairie Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe) ; à la Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine Paris (VIe) ; au *Monde Médical*, 42, rue du Docteur-Blanche, Paris (XVIe) ; à l'Académia Gaya, 2, rue des Italiens, Paris (IXe) ; au *Mercure de France*, 26, rue de Condé, Paris (VIe).

Société internationale des médecins des Universités françaises. — La Réunion générale de Constitution de la Société internationale des médecins des Universités françaises, fondée l'année dernière sur l'initiative du Docteur E.-G. Minopoulos, de la Faculté de Paris, et qui a pour but de grouper les médecins, de tous les pays du monde, diplômés des Universités françaises ou ayant fait partiellement des études médicales en France, suivi des cours de perfectionnement, etc., et établis dans les cinq continents, a eu lieu aux Sociétés savantes le 26 mars avec la participation des confrères des 25 nations [Argentine, Belgique, Bulgarie, Canada, Chili, Colombie, Cuba, Dominicaine (Rép.), Espagne, Etats-Unis, Grèce, Haïti, Hongrie, Japon, Pérou, Perse, Philippines, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, Turquie, Uruguay, Yougoslavie, Venezuéla].

La présidence de cette séance avait été offerte au Docteur M. Milochevitch, chef du service de la tuberculose à l'hôpital général d'Etat de Belgrade, qui, de passage à Paris, a tenu à honorer de sa présence la séance de constitution.

Après le vote des statuts le Bureau de la Société, placé sous la présidence d'honneur des diplômés des Universités françaises nommés professeurs dans les pays adhérents, a été ainsi constitué :

Président-fondateur : E. G. Minopoulos ; vice-présidents : J.-G. Calderon, A. Saenz, M. Yelissiyevitch (fondateur) ; secrétaire général D. Gomez ; secrétaire adjoint : S. Kakou, trésorier-fondateur : J. Del Regato, trésorier-adjoint : E. Wyrobek.

La Société tiendra régulièrement des séances scientifiques à Paris et des Congrès en France et dans les pays adhérents.

(Adresse provisoire : Docteur E. G. Minopoulos, avenue de Fontainebleau, Avon-Fontainebleau).

La vente des plantes médicinales mélangées. — M. Desgranges, député, avait demandé au ministre de la Santé publique quels sont les droits des herboristes relativement au mélange des plantes médicinales destinées à la vente au détail.

Le ministre a répondu .

« En l'état actuel de la jurisprudence, les herboristes n'ont pas le droit de vendre des plantes médicinales mélangées, le mélange de plantes étant en effet considéré comme une opération pharmaceutique ».

L'inhumation du Docteur Charles Nicolle. L'inhumation du Docteur Charles Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, qui avait été retardée pour permettre l'aménagement d'une crypte à l'intérieur même de l'établissement, a eu lieu le 28 avril.

Selon les volontés formelles du défunt, aucune cérémonie officielle ne devait avoir lieu et c'est seulement en présence des représentants du résident général et du gouvernement tunisien, des membres du Corps médical et de quelques amis, que le cercueil a été déposé dans le tombeau creusé dans le sous-sol même de l'Institut Pasteur, à l'endroit précis que le Docteur Nicolle avait lui-même choisi.

IXe Congrès des médecins et biologistes de langue catalane et occitane (Perpignan, 24, 25, 26, 27 juin 1936.) — Le IXe Congrès des médecins et biologistes de langue catalane, aura lieu à Perpignan, salle Arago, les 24, 25, 26, 27 juin 1936. Les rapports qui seront présentés seront les suivants :

I. *Le rhumatisme* : *a*) Etude étiologique et clinique du rhumatisme. Essai de classification. Rapporteur : Docteur Cuatre Casas. — *b*) Thérapeutique du rhumatisme. Rapporteur : Docteur Pedro I Pons. — *c*) Le rhumatisme chronique. Rapporteur : Professeur Castaigne, de Clermont-Ferrand.

II. *La maladie hydatique* : *a*) Etude géographique de la maladie hydatique. Rapporteurs : MM. Joan Homedes, Vicen Tarrago, Josep Maria Villamil et Salvator Riera, I. Planagumma. — *b*) Les kystes hydatiques pulmonaires. Rapporteurs : Docteur Antoni Trias Pujol et Francesco Coll I Turbau (Gerone). — *c*) Les kystes hydatiques abdominaux. Rapporteurs : Docteurs Puig I Sureda (Barcelone) et Primitiu Sabati I Barjau. — *d*) Les kystes hydatiques des os. Rapporteurs : Docteurs Trueta et Baillat (Perpignan).

III. *Le diagnostic de début des tumeurs cérébrales*. *a*) Les signes cliniques du début. Rapporteur : Docteur B. Rodriguez Arias. — *b*) Les signes oculaires. Rapporteur : Docteur Bordas. — *c*) Le diagnostic topographique : Docteur Tolosa I Colomer. — *d*) La symptomatologie et ses rapports avec l'histologie. Rapporteur : Docteur G. Escardo I Monte. — *e*) Les indications thérapeutiques d'après le diagnostic. Rapporteur : Lluis Barraquer.

Il pourra être présenté toutes communications relatives aux rapports.

Il est prévu trois excursions touristiques : 1° *La Côte Vermeille* (Visite du Cloître d'Elne, Argelès-sur-Mer, Collioure, Banyuls-sur-Mer, avec banquet à Port-Vendres). — 2° *Le Vallespir* (Amélie-les-Bains, Arlès-sur-Tech, Prats-de-Moll. La Preste (avec banquet à Amélie-les-Bains). — 3° *La Cerdagne française* (Mont-Louis, Font-Romeu, Les Escaldes, Bourg-Madame).

La cotisation relative à l'admission au titre de membre titulaire est de 80 francs pour les médecins français.

Le secrétaire général Docteur Baillat, 23, cours Palmarole, Perpignan. Adresser toute la correspondance au secrétaire général adjoint, Docteur Arnaud, Pézilla-la-Rivière (Pyrénées-Orientales).

Prix Etienne Taesch. — Ce prix (donation faite par Mme Constance-Françoise Nicolay) est décerné annuellement à un docteur en médecine français ou à un étudiant en médecine français de préférence ancien interne ou interne des hôpitaux, âgés l'un ou l'autre de moins de trente ans, ayant peu de ressources, dont il paraît utile pour la science de favoriser les recherches scientifiques.

Les candidats au prix Etienne Taesch doivent faire acte de candidature avant le 1er juin de chaque année, par lettre adressée au secrétaire général de l'Association française d'urologie.

Ils joindront à leur candidature la liste des travaux déjà publiés par eux et le texte original de ceux de ces travaux qu'ils jugent particulièrement dignes de retenir l'attention du jury.

Le jury appréciera ces travaux moins d'après leur nombre et leur longueur que d'après l'esprit d'originalité qu'ils décèleront

Les candidats devront joindre également à leur candidature un aperçu sur les recherches qu'ils ont l'intention d'effectuer et pour lesquelles ils sollicitent le prix.

Ils s'engageront, si le prix leur est décerné, à publier dans les

deux ans qui suivront la proclamation du prix, un travail sur ces recherches et sur leurs résultats.

Ce travail ou un résumé de ce travail pourra être publié à la suite des comptes rendus du Congrès annuel de l'Association française d'urologie.

Le prix sera publiquement décerné pendant l'Assemblée générale du Congrès de l'Association.

Pour l'année 1936, le prix Etienne Taesch sera, comme pour les années précédentes de 7.500 francs. Adresser les inscriptions avant le 1er juin 1936, à M. le Docteur L. Michon, secrétaire général de l'Association française d'urologie, 40, rue Barbet-de-Jouy, Paris (VIIe).

Remise de la médaille au Docteur Jayle. — Cette remise aura lieu le mercredi 20 mai à 21 heures au Centre Marcelin Berthelot. Elle sera suivie d'une soirée artistique avec le concours d'artistes de l'Opéra et du Théâtre Français.

Concours de médecin des hôpitaux. — Sont nommés : MM. Degos et Cachera.

Congrès Panukrainien des chirurgiens. — Le sixième Congrès aura lieu à Odessa du 25 au 29 juin 1936. Pour tous renseignements, s'adresser au président du Bureau d'organisation, le Prof. N.-I. Kéfer, Odessa, rue Bebel, 58, log.

Faculté de médecine de Paris. — Thèses récompensées pour l'année 1934-1935 :

Médaille d'argent : MM. MM. Albeaux, Antonelli, Benoit ; Mme Bernard ; MM. Blaizot, Bolgert, Bompard, Bennefous, Bosquet, Boureau, Bourgeois, Bousser, Brisset, Bursztejn, Cadet de Gassicourt, Carlotti, Carrasco, Charbonnel, Costil, Cottet, David, Delay ; Mlle Delon ; MM. Demarquet, Demirleau, Deparis, Dermer, Derobert, Elbim, Fauvert, Gajdos, Gallot, Gaston, Gilbrin, Guerra, Gorecki, Hauert, Herbert, Hornus, Hurez, Joseph E., Joseph M., Joly, Judet ; Mme Kourilsky ; M. Lagache ; Mme Lagrange ; MM. Laquintinie, Lipsztejn, Loisel, Mariau, Martin, Martinot, Marx, Maurice, Meyer, Michel, Mutricy, Naulleau ; Mlle Odru ; MM. Palmer, Paschetta, Pauchard, Pautrat, Peney, Pergola, Petit, Poilleux, Poncet, Pham-Huu-Chi, Prat, Pressat, Reboul, Richard, Rouart, Rudler, Sandor, Soubiran, Sterne, Terrenoire, Tusques ; Mlle Verrier ; M. Vincent.

Ecole de médecine de Hanoï : MM. Nguyen Trong Hiep, Nguen Xuan Nguyen.

Médailles de bronze. — M. Aubin ; Mme Aletru ; MM. Albessard, Assailly, Apert, Arreaza ; Mme Brisard ; MM. Brandy, Bechet, Barrier, Bouvier, Bruneton, Baussan, Bermudez, Alpern, Bissery, Charpentier, Colas, Coste, Chuc, Comar, Debidour ; Mlle Desallais ; MM. Debroise, Desrosiers, de Pariente, Etienne, Fourault, Faraj, Gasne, Guyot J.-M., Guyot (J.-J.), Gole, Gerbet, Gasne ; Mme Gasne ; MM. Habibi, Hery, Irazabal, Klotz, Kapandji, Katchouraou Caciura, Laquerrière, Lieffring ; Mme Lièvre ; MM. Limasset, Leduc, L'Huillier, Lichtenberg ; Mme Le Roy des Barres ; M. Lamy ; Mlle Mahieu ; MM. Maillefer, Masson, Massonnet, Michaëlides, Monod, Martin, Nitti, Nordin, Nunez y Oti ; Mme Perles ; MM. Perrotte, Petresco, Plaussu, Raybaut, Regaud, Rizoff, Rodriguez-Alderete ; Mme Roy ; MM. Salmon, Sardin, Schiller, Seidmann, Szulanski ; Mme Touzé ; MM. Trelles, Trujillo, Villechaise, Weinman, Willner ; Mme Zagdoun.

Mentions. — Mme Adnes, Burel, Chevallier, de Zernhoff, Hennet, Indocochea, Maitre, Pasquer, Rodriguez, Richard, Valet-Bellot, Viader.

Prix de la Faculté (fondations) (1935). — Prix Barbier : Mlle Bochet ;

Prix Saintour : Docteur Delarue ;
Prix Rigout : Docteur Debroise ;
Prix Jeunesse : Docteur Lantz ;
Prix Segond : MM. Boudreaux, Cauchoix ;
Prix Bernheim : Docteur André Meyer ;
Prix Déroulède : Docteur Perrot ;
Prix Monthyon : Docteur Olivier Monod ;
Prix Girard-Martinet : M. Nicolle ;
Prix Lacaze : Docteur Ameuille ;
Prix Jeunesse : Mlle le Docteur L. Verrier ;
Prix Châteauvillard : Docteur Contiades ;
Prix Serge-Henri Salle : M. Petit ;
Prix Levy-Franckel : M. Catinat.

Revue des cours et conférences. — Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Abonnements : France : un an : 60 francs. Le numéro : 4 fr. 50. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine Paris.

Sommaire du numéro du 30 mars 1936 : G. Millardet : Le roman de Flamenca (II) : La Société et les mœurs. — G. Bachelard : La dialectique de la durée (IV) : Durée et causalité physiques. — H. Tronchon : Herder et les Souvenirs anglais de Weimar (II) : Henry Crabb Robinson. — Henri Hauser : Etudes sur l'histoire des prix (IV). Statiticiens et historiens devant l'étude du prix. — G. Michaut : La Bruyère (VII) : La Bruyère peintre des conditions (*suite*). — J. Segond : La signification de la tragédie (VI) : La transfiguration du réel. — C. Sprietsma : Lamartine et Th. Foisset (IV) : La politique de 1831 : L'affaire des évêchés. — J. M. Une grande soutenance philosophique : les thèses de Pierre Mesnard.

TRAVAUX ORIGINAUX

La lutte contre l'infection. Le microbe et le terrain

Par Auguste LUMIÈRE
Correspondant de l'Institut et de l'Académie de médecine

I. — L'antisepsie et ses limites

L'ère de la microbiologie, ouverte par Pasteur a orienté la lutte contre l'infection vers la recherche des antiseptiques. Les bactériologistes ont estimé que pour combattre l'invasion de l'organisme par les germes pathogènes, ils devaient s'appliquer à découvrir, parmi les innombrables corps de la chimie minérale ou organique, ceux qui seraient susceptibles de présenter les propriétés microbicides les plus importantes.

Le grand écueil de ces investigations réside dans le fait que les poisons qui agissent effectivement sur les microbes sont également nocifs pour les cellules, en sorte que le problème se complique, en faisant apparaître une condition primordiale nouvelle : l'antiseptique doit respecter les tissus, tout en détruisant le germe, c'est-à-dire que son action doit être élective.

Mais la pratique montre que la réalisation intégrale de cette condition est demeurée jusqu'ici impossible. Toutes les substances qui sont nuisibles pour les microorganismes, le sont aussi pour les cellules constituant l'être suivant.

Le microbiologiste en est alors réduit à dépister les composés ayant un minimum d'action sur les cellules en même temps qu'une nocivité maximum pour les germes.

Dans l'antiseptie externe, on peut souvent se permettre de recourir à des poisons microbiens énergiques et efficaces, qui altèrent aussi, plus ou moins, les téguments ou les muqueuses, parce que ces altérations peuvent ne point troubler les fonctionnements et les équilibres vitaux et qu'elles sont, par la suite, spontanément réparables, mais dans bien des cas, et notamment dans les infections viscérales ou dans les septicémies, le thérapeute est trop souvent dans l'impossibilité de recourir à des doses suffisantes qui seraient en même temps toxiques pour l'individu infecté.

La réalisation de l'antisepsie interne rencontre donc fréquemment des obstacles insurmontables qui justifient la recherche d'autres moyens de lutte contre l'infection.

II. — Le milieu de culture

Dans tout état infectieux, comme dans toute pullulation microbienne, deux facteurs généraux doivent être considérés : le germe et le milieu sur lequel il se développe ; d'où deux moyens d'entraver la végétation, l'un consistant à détruire la vitalité du microorganisme et l'autre ayant pour objet de rendre le terrain inapte à sa culture.

Nous venons d'envisager le premier et de déterminer ses possibilités et les limites de son activité, questions d'ailleurs maintes fois étudiées et bien connues ; il nous reste à examiner dans quelles mesures des procédés thérapeutiques sont capables de conférer au milieu intérieur des animaux un état tel que les germes pathogènes ne peuvent plus s'y multiplier.

C'est de ce point de vue que l'on peut invoquer l'opinion formulée, *in extremis* par l'immortel créateur de la microbiologie, opinion que d'aucuns pourraient considérer comme paradoxale, mais qui, suivant les auteurs éminemment dignes de foi qui la rapportent, ne serait point une simple légende, mais aurait bien été effectivement exprimée.

Nous voulons faire allusion au rappel émouvant que nous a fait Paul Bourget, d'après le Professeur Renon, de la phrase prononcée par Pasteur, obsédé, à son lit de mort, par le souvenir de ses divergences de vues avec Claude Bernard :

« Bernard avait raison, répétait-il, le microbe n'est rien, le terrain est tout. »

III. — Les preuves de l'importance du terrain

Ces preuves peuvent se grouper en deux grandes classes : celles qui concernent l'immunité naturelle ou acquise et celles qui résultent de faits d'observation récente, ouvrant une voie nouvelle à la thérapeutique modificatrice du milieu humoral.

a) IMMUNITÉ NATURELLE ET ACQUISE

Ces immunités ont fait l'objet de travaux, en nombre considérable, trop connus pour qu'ils puissent trouver leur place dans notre exposé, tout au plus nous sera-t-il permis d'en rappeler le classement et de montrer les obscurités dont certaines d'entre elles sont encore entourées.

En ce qui regarde l'immunité naturelle, nous ignorons pourquoi certaines espèces animales sont réfractaires à l'invasion de certains germes, alors que d'autres y sont sensibles ; pourquoi, par exemple, les moutons, les bovidés sont facilement infectés par la bactéridie charbonneuse alors que les oiseaux résistent à cette contamination ; pourquoi la rougeole et la scarlatine sont des affections particulières à l'homme, pourquoi il existe des différences de sensibilité à la tuberculose considérables entre la chèvre et le cobaye, etc., etc...

Il est probable que des facteurs multiples interviennent pour conditionner ces états réfractaires de certaines espèces, notamment la température centrale des animaux, la composition de leurs liquides humoraux, l'activité de leurs défenses macrophagiques, etc...

Nous sommes mieux informés en ce qui concerne les immunités acquises, lesquelles relèvent essentiellement du processus anaphylactique, que les immunités spécifiques dépendent d'une première imprégnation par les protéines endo ou exobacillaires du microbe pathogène, ou qu'elles résultent de vaccinations par inoculation de ces substances protéiniques.

Nous avons, en effet, démontré que, quand on introduit une protéine étrangère dans l'organisme d'un animal, ses humeurs acquièrent la propriété de précipiter spécifiquement ces mêmes albumines.

Les pouvoirs bactéricides, agglutinant et antitoxique du sérum des animaux vaccinés, s'expliquent aisément par notre théorie de l'anaphylaxie.

La première imprégnation par les protéines endo-microbiennes, confère au plasma la propriété de faire floculer les matériaux protéiniques des corps bacillaires et ce plasma devient, de ce fait, microbicide; la floculation des exo-

toxines provoquée à la suite d'une première sensibilisation par ces mêmes substances fait comprendre, de la même manière, la raison du pouvoir agglutinant des humeurs, chez les vaccinés, et les propriétés sériques antitoxiques d'origine vaccinale résultent par le mécanisme identique, de la saturation, par précipitation, des éléments nocifs.

b) Procédé conférant au milieu humoral l'inaptitude a l'invasion microbienne.

Quelques faits, récents pour la plupart, constituent la base de suggestions de la plus haute importance, dans la lutte contre l'infection.

C'est d'abord, le curieux effet de l'auto-hémothérapie, dans la staphylococcie. Le traitement de la furonculose par cette méthode, a fait ses preuves, sans que l'on ait cependant réussi à préciser la nature du mode d'action favorable de cette technique thérapeutique.

Une observation personnelle que nous avons d'ailleurs déjà résumé d'autre part, est, du point de vue qui nous occupe, si démonstrative que nous croyons utile de la rappeler ici.

Il s'agit d'une malade de 25 ans, atteinte d'une lésion pulmonaire fibro-caséeuse du sommet droit qui, soumise à la chrysothérapie, avait présenté, à la quinzième injection d'Allochrysine à 0,10, un érythème affectant plus particulièrement les membres supérieurs et les mains.

A la période de desquamation, la malade, tout en continuant son travail de domestique, avait pris l'habitude d'arracher les pellicules épidermiques qui tendaient à se détacher du tégument et avait, de la sorte, déterminé de petites excoriations constituant la porte d'entrée d'une infection staphylococcique, laquelle avait, en fin de compte, entraîné la formation d'un phlegmon diffus superficiel, sus-aponévrotique intéressant l'avant-bras et le bras gauche. Cette infection s'accompagnait de pyodermite et avait en outre nécessité l'incision de multiples collections purulentes sous-cutanées ; sans réaction thermique importante, elle persistait pendant de longues semaines, malgré tous les traitements classiques qu'on avait tenté de lui opposer : grands bains prolongés de permanganate, pansements humides à l'hermophényl, pansements-vaccins, stock-vaccin, auto-vaccin, bacté-staphyphage, etc., rien n'avait réussi à amener la moindre amélioration, quand nous avons eu l'idée de recourir à l'autohémothérapie : l'effet fut véritablement surprenant et la guérison fut obtenue en quelques jours, après quatre injections sanguines.

Alors que les antiseptiques et les vaccins s'étaient montrés inopérants, il a suffi, sans recourir à aucun agent médicamenteux, de provoquer une modification humorale sans doute bien minime, non seulement pour empêcher toute extension de la lésion, mais encore pour détruire complètement la vitalité des germes infectants !

Le changement apporté dans le milieu par l'autohémothérapie, qui rend la culture du microbe pathogène impossible, peut encore être réalisé de façons toutes différentes, sans que nous sachions si la modification du terrain, dans ces divers cas, est de même nature, ou bien si elle résulte de conditions phrénatrices d'un développement microbien entièrement ou partiellement disparates.

L'un de ces moyens, qui s'adresse spécialement à l'infection streptococcique consiste à imprégner l'organisme d'un dérivé amino-sulfonique d'une matière colorante : la chrysoïdine, cette substance ne possédant aucun pouvoir microbicide.

Nos nombreux travaux sur les propriétés pharmacodynamiques des composés organiques nous ont appris que l'introduction d'un groupement sulfonique dans la molécule d'un produit médicamenteux en atténue et même en supprime l'activité thérapeutique et réactionnelle, aussi avons-nous été très surpris de constater que, pour la sulfamino-chrysoïdine, elle-même dépourvue de propriétés antiseptiques, la sulfonation conduisait à une substance antistreptococcique remarquable, sans que cette substance ait la moindre action bactéricide.

L'efficacité du produit ne peut donc s'expliquer que par l'influence qu'il exerce sur le milieu intérieur du malade, en créant une inaptitude à la pullulation du germe ; ce n'est nullement par une action directe sur ce germe que le médicament est efficace.

Enfin, dans un ordre d'idées tout différent encore, voici qu'un procédé du plus haut intérêt, mais tout aussi mystérieux dans son mode d'action, vient nous fournir une nouvelle arme puissante contre les états infectieux : c'est la *granulothérapie* que nous avons érigée en méthode générale, à la suite des beaux travaux du médecin canadien Saint-Jacques.

Conklin, de Montréal, avait constaté, il y a une dizaine d'années, que l'on peut impunément injecter dans les veines une suspension de carbone finement pulvérisé, préparation qui jouit de la curieuse propriété d'augmenter, dans une large mesure, le pouvoir défensif de l'organisme contre les infections et le Docteur Saint-Jacques a appliqué cette technique à plusieurs centaines de cas d'infections les plus diverses ; il a pu se convaincre des remarquables effets de cette *anthracothérapie* et les effets heureux qu'il a ainsi constamment enregistrés ont été confirmés depuis par de nombreux expérimentateurs. Nous les avons nous-même observés, soit à l'hôpital du Bon Abri, soit en collaboration avec le Docteur Courjon, notamment dans des cas de délire aigu, avec hyperthermie et azotémie progressives, habituellement mortels et dans lesquels les malades ont pu, pour la plupart, faire les frais de leur septicémie grâce à ces injections endo-veineuses de carbone.

Cependant le Professeur Sabrazès, de Bordeaux, a justement reproché à ce procédé l'inconvénient d'encombrer l'organisme de particules indélébiles, autour desquelles s'établissent de petites lésions de sclérose, susceptibles de troubler le jeu normal des organes.

Bien que cet inconvénient ne se soit jamais manifesté à la suite des milliers d'injections pratiquées depuis l'institution de ces traitements, il n'en est pas moins vrai que quelques réserves doivent être formulées, en ce qui regarde la tare organique qui peut résulter à la suite de l'encombrement définitif des tissus par des parcelles de corps étrangers, si minimes soient-elles.

Nous avons cherché à éviter cet inconvénient, en considérant que le carbone était un corps absolument inerte, dépourvu de toute aptitude réactionnelle et qu'il ne peut, par conséquent, agir que d'une façon en quelque sorte mécanique ; il semble alors que d'autres substances, également insolubles, devraient se comporter de la même manière, à la condition de se présenter sous la même forme physique.

Nous avons eu alors l'idée de remplacer le carbone par des corps extrêmement peu solubles et, par suite lentement éliminables, ne s'incrustant plus indéfiniment dans les tissus et présentant, en outre, une certaine activité chimiothérapique, de façon à associer les effets anti-infectieux observés aux effets médicamenteux des substances employées ; l'intégrité organique se trouve ainsi respectée. Nous avons donné le nom de *granulothérapie* à cette méthode générale.

IV. — Les défenses organiques conditionnées par les thérapeutiques basées sur les modifications du milieu

Comment expliquer les faits qui viennent d'être exposés ? Il est bien probable que le mode d'action de l'autohémothérapie, de la granulothérapie et de l'imprégnation par la sulfaminochrysoïdine n'est pas univoque.

Dans le cas de la granulothérapie, nous avons montré que les injections intraveineuses de particules solides, dans le torrent circulatoire, déterminent une hyperleucocytose plus ou moins intense et peut-être, dans ce cas, doit-on rapporter les propriétés de ces injections à l'accroissement de l'activité phagocytaire (1).

Nous avons aussi fait ressortir que, dans l'autohémothérapie, le mélange des colloïdes globulaires, provenant de la lyse des hématies, réinjectées, avec les colloïdes plasmatiques donne lieu à une précipitation, à une destruction, de certains éléments colloïdaux, dont la résultante est une modification humorale (2).

On trouvera peut-être, dans ces constatations, un commencement d'explication des mécanismes mystérieux qui font que, sous des influences véritablement bien minimes, le milieu intérieur des animaux perd son aptitude à la culture des germes pathogènes.

Quoi qu'il en soit, ces faits très singuliers doivent être analysés et étudiés avec le plus grand soin et avec la méthode scientifique la plus précise, car il est probable que la détermination des processus suivant lesquels leurs remarquables effets se manifestent, est susceptible de nous faire découvrir d'autres agents plus précieux encore et de nous diriger dans la voie qui nous permettra de lutter plus efficacement contre l'infection.

C'est l'une des tâches que nous avons entreprises.

Thiorachie et thiémie chez les gens sains et dans quelques formes de méningite (3)

Par Arrigor COLARIZI

Sous le nom de «thiémie» a été indiquée par Loeper et par son école la proportion de soufre circulant dans le sang.

Dans un sens large, la thiémie comprend le soufre total des globules sanguins et celui contenu dans le sérum ou plasma sanguin ; mais, dans la pratique, les diverses fractions soufrées se dosent seulement dans le sérum d'albuminisé ; la thiémie vient ainsi prendre place à côté de l'azotémie, de la glycémie, de la cholestérinémie, etc., comme une indication de processus d'assimilation et de désassimilation de l'organisme.

La détermination de la proportion thiémique rencontre en clinique des difficultés : d'ordre pratique, parce que les méthodes utilisées jusqu'à maintenant ne sont pas complètement exemptes de critiques ; d'ordre théorique, parce qu'il semble que manque actuellement une immédiate utilisation de cet élément du chimisme hématique, aussi bien pour le diagnostic que pour le pronostic.

Un criterium sur le métabolisme du soufre peut être fourni par le dosage du soufre urinaire. Une telle recherche, du point de vue expérimental, a déjà conduit à de nombreuses études en vue de déterminer surtout les organes qui participent le plus au catabolisme du soufre.

Mais la connaissance de la thiémie — qui exprime une quantité de soufre constamment présente dans le sérum du sang — peut apporter peut-être un utile élément non eu'ement à la physiologie, mais aussi à la pathologie, étant donné que la recherche ne se limite pas au soufre total, mais s'accompagne de la détermination de la fraction soufrée de provenance endogène.

La connaissance de la thiémie apparaît d'autant plus importante que la fonction biologique du soufre semble intimement liée aux processus oxydants — réducteurs du métabolisme cellulaire. En effet, les principales combinaisons organiques contenant le soufre dit «neutre» (cisthéine, glutathion, filothion, meshionine, ergothionéine) contiennent un groupe sulphydrile réduit qui peut passer à l'état de disulfure (oxydé), et, vice versa, réalisant la réaction réversible exprimée par l'équation de Kendall et Nord:



$$SH \rightleftarrows SS$$

La fragilité du groupe sulfhydrile serait maximum dans le glutathion (isolé des tissus vivants par Hopkins en 1921) dont la réaction réversible est accélérée par l'action catalysante de métaux pesants, spécialement du fer et du bronze.

Comme transporteurs d'hydrogène, les composés organiques contenant le groupe S H constituent des éléments d'importance fondamentale dans le mécanisme de la respiration anaérobie (théorie de Wieland, de l'oxydation intraorganique).

D'autre part, quelques recherches modernes sur le glutathion feraient considérer aussi le groupe S H comme transporteur d'oxygène moléculaire qui se lierait à lui dans le circuit pulmonaire. Il est rappelé enfin que récemment on a attribué au soufre (Flurin) un pouvoir catalyseur, par lequel la présence de quantités, même infinitésimales, de l'élément favorise les processus oxydants ou réducteurs d'autres substances.

Par ce rapide aperçu sur d'aussi hautes questions de biologie humaine qui constituent un terrain de recherches controversé et hérissé de graves difficultés, apparaît justifié l'intérêt, que suscitent les études snr le métabolisme du soufre, non seulement dans le champ physiologique, mais aussi dans le champ clinique.

Pour rappeler brièvement les conclusions qui peuvent aujourd'hui être tirées des études sur le soufre, il faut surtout mentionner les organes qui prennent la part la plus active au maintien de l'équilibre normal du soufre.

Parmi eux, le foie aurait un rôle dominant qui explique une action thio-oxydante, thio-excrétoire (taurine biliaire).

Par leur grande richesse en soufre, les surrénales ont tout de suite attiré l'attention, comme organes parmi les plus importants dans la régulation du métabolisme soufré. Aux surrénales — spécialement à la zone corticale — ont été attribuées, à la suite d'expériences diverses, des fonctions d'oxydation et de fixation du soufre, qui sont vraisemblablement en rapport avec la sécrétion interne des capsules.

Le pancréas serait aussi en relation avec le métabolisme du soufre et à la conception d'une régulation pancréatique sont liées d'intéressantes recherches — spécialement d'auteurs italiens — sur l'influence du soufre dans l'assimilation des hydrates de carbone, sur ses rapports avec l'insuline, avec l'adrénaline, avec la fonction glycémique du foie.

Les autres organes enfin qui semblent participer plus ou moins directement au métabolisme du soufre sont la rate, la thyroïde, les parathyroïdes.

Les reins sont de première importance comme voies

---

(1) A. Lumière et Mlle S. Sonnery. — Sur le mode d'action des suspensions de carbone introduites dans la circulation. (*C. R.*, T. CC, 1395, p. 999.)

(2) A. Lumière et Mme Montoloy-Lesbros. — Mode d'action de l'auto-hémothérapie. (*C. R.*, T. CLXXXIV, 1926, p. 812.)

(3) Clinique infantile de l'Université royale de Rome. Directeur : Professeur L. Spolverini. Extrait de « Physiologie et Médecine », sixième année (1935-XIII). Traduit de l'italien par F. Laléonce, inspecteur du Travail à Paris.

d'excrétion des composés soufrés que l'organisme élimine ; des voies excrétrices accessoires sont représentées par la peau (sueur, desquamation épithéliale), par la salive, par le mucus des voies respiratoires, par l'intestin.

La connaissance des organes qui participent plus activement au métabolisme du soufre, a fait que les recherches sur la thiémie et sur l'excrétion du soufre urinaire ont été effectuées surtout dans les maladies qui plus ou moins directement frappent le foie, les surrénales, le pancréas, les reins. En effet, on a trouvé dans divers états morbides touchant un ou plusieurs de ces organes, des altérations plus ou moins apparentes du métabolisme du soufre ; ces altérations se constatent surtout par les modifications que subit la proportion du soufre total et de ses composés, neutre et oxydé. On peut dire en général que là, où, par lésion de un ou plusieurs organes parmi ceux qui participent activement au métabolisme soufré, ce dernier est plus ou moins gravement compromis, le mal se révèle à l'examen du plasma sanguin, *le plus souvent*, par une augmentation de la fraction de soufre neutre de provenance endogène, et par une diminution de la fraction de soufre oxydé.

L'augmentation qui le plus souvent est relative et absolue nous indique d'une façon générale que sont déficients les processus d'oxydation et de fixation des composés soufrés et qu'il y a une anormale désintégration cellulaire ; d'une façon particulière, elle peut aussi révéler l'atteinte subie par un des organes qui président à l'équilibre soufré (surtout le foie et les surrénales).

A ces conclusions conduisent les travaux de Loeper et de ses collaborateurs, de Serra et Nunberg, de Bosio, de Peola, etc., aucun de ces travaux n'étant cependant exempt de la réserve, posée du reste par Loeper lui-même, parce que, pour ce qui regarde le rôle physio-pathologique du soufre, la complexité et l'interférence des phénomènes connexes aux divers éléments qui traversent l'organisme et s'y transforment, et la difficulté d'expérimenter toujours dans les mêmes conditions, rendent le travail du biologiste très difficile.

En ce qui concerne la quantité de soufre contenue dans le liquide céphalo-rachidien, nous trouvons seulement, citées par Eskrucher, les valeurs des sulfates qui y sont contenus et qui, selon Levinson, seraient, dans des conditions normales, de 10 mgr. ‰. Il s'agit donc de quantités très petites, et vraisemblablement la quantité de soufre neutre est encore plus petite, puisque le soufre total du liquide céphalo-rachidien devrait être notablement inférieur à celui du sang.

Tout en laissant de côté pour le moment la signification éventuelle et l'importance du soufre présent dans le liquide céphalo-rachidien il nous a semblé utile de commencer des recherches comparatives sur les diverses fractions soufrées dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang. Le but de ce présent travail est ainsi de faire connaître les valeurs de la thiorachie et de les comparer avec celles de la thiémie comme cela a été fait pour l'azotémie et l'azotorachie, la glycémie et la glycorachie, etc...

Résultats

La nécessité de disposer d'un certain nombre de valeurs normales des diverses fractions soufrées contenues dans le sang et dans le liquide cépho-rachidien rencontrait dans la pratique la difficulté de pouvoir obtenir d'enfants sains une quantité suffisante de sang et de liquide céphalo-rachidien. Une telle difficulté a été surmontée, en partie en se servant d'enfants bien développés pour leur âge, encore au lit parce que convalescents, mais cependant dans de bonnes conditions générales et à un régime alimentaire presque normal, en partie en prélevant la quantité de liquide céphalo-rachidien et de sang nécessaire pour les recherches à des individus adultes, qui devaient subir la ponction lombaire en vue d'une rachianesthésie. Peu de temps avant l'intervention chirurgicale, on prélevait sur eux le sang nécessaire pour la détermination de la thiémie.

Les données du tableau I se rapportent donc à trois enfants convalescents, deux de typhoïde, un de péritonite tuberculeuse (tous les trois sans fièvre et avec une courbe pondérale en nette ascension depuis quelques jours) et à cinq adultes (entre 21 et 44 ans) dans les meilleures conditions physiques, exempts de maladies de nature inflammatoire en évolution.

Les abréviations utilisées, aussi bien dans les tableaux que dans le texte, sont les suivants :

StS soufre total du sang StL soufre total du liquide C. R.
SoS » oxydé » SoL » oxydé »
SnS » neutre » SnL » neutre »

Des déterminations faites au cours des recherches, on relève avant tout que l'on peut exclure une appréciable différence liée à l'âge des sujets. Il en résulte que les résultats obtenus avec les adultes sont exempts d'une éventuelle objection concernant leurs âges différents.

La thiémie a donné pour le StS des valeurs variables entre des limites assez rapprochées, entre 28 et 46 mgr. ‰. Valeur moyenne du S t S = 37 mgr. ‰.

Le S o S a oscillé entre 20 et 40 mgr. %.

Valeur moyenne de SoS = 0,027, de SnS = 0,009.

Le rapport $\frac{SnS}{StS}$ est apparu variable entre 0,11 et 0,50, avec une moyenne de 25 de SnS sur 100 de StS.

(Notons cependant que les déterminations du SoS, et donc aussi celle du SnS qui s'obtiennent par différence entre StS et Sos, ne purent être faites dans tous les cas, par insuffisance de la quantité de sang ou de liquide céphalo-rachidien à notre disposition.)

La thiorachie a donné comme valeurs de StL un minimum de 14 mgr. et un maximum de 32 mgr. (moyenne 24 mgr.).

de SoL, valeurs entre 8 et 25 mgr.
de SnL, entre 4 et 10 mgr.

Le rapport entre le SnL et le StL a oscillé entre 0,20 et 0,42 avec une moyenne de 0,31.

En ce qui concerne le rapport entre thiorachie et thiémie, les valeurs absolues du soufre total du liquide céphalo-rachidien ont toujours été inférieures à celles du sang, avec un comportement assez constant, le StL représentant en moyenne les 65 % de celui contenu dans le sang.

Le SoL correspond en moyenne aux 70 % du SoS.

Le SnL a donné au contraire, par rapport au SnS, des valeurs très diverses — (minimum 35 %, maximum 190 %) ce qui signifie que le soufre neutre du liquide céphalo-rachidien en chiffres absolus peut être quelquefois presque le double de celui du sang. En considération des notables oscillations et aussi du trop petit nombre de déterminations, il ne nous est pas possible de donner une valeur moyenne au quotient $\frac{SnL}{SnS}$.

Le tableau II comprend 13 cas, se rapportant tous à des enfants, parmi lesquels 8 atteints de méningite tuberculeuse, 3 de méningite purulente, d'étiologie diverse, 2 d'infection typhoïdienne (avec méningite dans un cas, avec un grave et permanent syndrome encéphalique dans l'autre).

La thiémie dans les conditions pathologiques ci-dessus a donné pour le StS des valeurs oscillant entre un minimum de 24 mgr. et un maximum de 51 mgr. ‰.

Valeur moyenne : 37 mgr.

Le SoS a présenté des oscillations entre 16 et 35 mgr. ‰, le SnS, entre 5 et 12 mgr.

Le rapport $\frac{SnS}{StS}$ a varié entre 0,15 et 0,35 avec une moyenne de 0,26.

La thiorachie dans les conditions pathologiques ci-dessus a donné comme valeurs de StL un minimum de 15 et un maximum de 39 mgr. Moyenne : 22 mgr.

Le SoL a oscillé entre 10 et 35 mgr.

Le SnL entre 1 et 12 mgr.

Le rapport $\frac{SnL}{StL}$ a été en moyenne de 27 0/0.

Le rapport $\frac{StL}{StS}$ s'est maintenu entre les limites normales (en moyenne 65 %) ; il faut cependant noter dans quelques cas particuliers une tendance à l'augmentation du StL.

Le rapport $\frac{SoL}{SoS}$ correspond en moyenne à 66 %.

Le rapport $\frac{SnL}{SnS}$ a été aussi dans les affections méningées, très variable. comme chez les gens sains, oscillant entre 0,33 et 1,08, avec une moyenne de 0,68.

Considérations et conclusions

Les données sur la thiorachie et la thiémie résultant des recherches ci-dessus exposées peuvent constituer une première base d'orientation sur un terrain en grande partie inexploré. La délicatesse de la méthode et la nécessité d'accomplir les déterminations (quatre pour chaque cas) sur une notable quantité de sang et de liquide céphalo-rachidien — spécialement si l'on tient compte que nos malades étaient tous des enfants — ne nous ont pas permis jusqu'à maintenant de réunir un grand nombre de valeurs.

Avant de considérer les rapports entre thiorachie et thiémie qui constituaient le but initial de nos recherches, il nous semble opportun d'examiner brièvement le comportement de la thiémie dans les méningites. Nous devons avant tout relever que les valeurs de thiémie obtenues par nous, tant dans les cas de méningite que chez les gens sains, ont été constamment faibles, étant un peu au-dessous des valeurs minima normales données par quelques auteurs (Loeper : 50 à 150 mgr. de soufre total par litre de sérum ; Lorant ; 60 ; Lang : 70 ; Dezani et Colombino : 110 ; Bosio : 100).

On peut admettre que le jeûne un peu prolongé (de 12 à 16 heures) de nos sujets a contribué, au moins pour une petite part. à donner des valeurs faibles ; mais la raison principale de la notable différence avec les valeurs moyennes normales raportées par les autres auteurs doit être dans la méthode différente utilisée par la majeure partie d'entre eux, ou dans quelque constante différence dans l'un des temps de la recherche. D'autre part, parmi les résultats de Loeper — auxquels nous nous référons surtout — figurent assez souvent des valeurs très basses et par conséquent assez voisines des nôtres. Il faut en outre noter que, selon toute vraisemblance, toutes les données rapportées par Loeper n'ont pas été obtenues par la dernière méthode conseillée dans la monographie de cet auteur et que nous avons suivie.

Les valeurs de thiémie obtenues par Bosio chez des enfants sains sont aussi plutôt élevées, mais il est impossible de les comparer avec nos données, parce qu'il s'agit de déterminations faites par une méthode différente et sur de trop petites quantités de sang.

De toute façon, même si l'on voulait poser une réserve pour les chiffres absolus du soufre par suite des différences de méthode, les rapports entre les diverses fractions soufrées, obtenus en utilisant toujours la même méthode, nous semblent exempts de critique. Ils apparaissent d'autant plus dignes de foi si l'on considère que — pareillement à ce qui se vérifie chez les gens sains pour l'azotémie, la chlorurémie, etc... — les oscillations observées par nous pour la thiémie, chez des individus divers et aussi d'âge différent, ont été très faibles.

Il semble par conséquent que l'organisme tende à maintenir constante, à jeun, la quantité de soufre circulant avec le sérum du sang.

Reportons sur des graphiques les valeurs de la thiémie (trait plein) et de la thiorachie (pointillé).

Portons en abcisses les valeurs de S, en ordonnées le numéro des cas cliniques correspondant à la détermination.

Dans les méningites tuberculeuses, la thiémie a donné, en règle générale, des valeurs oscillant entre des limites plus grandes que chez les gens sains, mais dans la moyenne égale à ces valeurs (37 mgr.).

Le soufre neutre de la thiémie des méningites représente en moyenne les 26 % du soufre total ; le rapport serait cependant plus élevé que la normale (20 % selon Loeper et d'autres auteurs) et on serait porté à mettre cette augmentation en relation avec une plus grande désintégration des protéines organiques, par suite d'une dépression des processus oxydants ou d'une altération des fonctions hépatique et surrénale, peut-être en partie aussi par suite d'une carence alimentaire, conditions qui pourraient se vérifier dans une maladie aussi rapidement cachectisante que la méningite tuberculeuse.

D'un plus grand intérêt pour nos recherches est le comportement de la thiorachie.

La présence du soufre dans le liquide céphalo-rachidien en proportions déterminées qui, dans les conditions physiologiques, restent à peu près constantes, donne des indications sur le mécanisme régulateur du passage des diverses substances du sang dans le liquide céphalo-rachidien, passage synthétisé par la moderne expression de barrière sang-liquide céphalo-rachidien (Walter) et les dénominations plus ou moins voisines de barrière hémato-encéphalique, (Stern), de filtre neuro-hématique (Rossi), de barrière ecto-mésodermique (Monakow), etc... A cette conception d'une barrière, c'est-à-dire d'un obstacle aux échanges entre le sang et le liquide céphalo-rachidien — complétée par la conception des échanges qui doivent survenir aussi entre le sang et la substance cérébrale d'une part, entre la substance cérébrale et le liquide céphalo-rachidien d'autre part — manque cependant une exacte connaissance du siège anatomique de production du liquide céphalo-rachidien.

En laissant à la conception de barrière une signification plus physiologique que morphologique, ce qui est bien certain c'est la présence à des concentration déterminées dans le liquide céphalo-rachidien normal de la plus grande partie des substances circulant dans le sang.

Suivant les vues les plus modernes, les colloïdes et les électrolytes suivraient dans leur passage dans le liquide céphalo-rachidien les lois physico-chimiques qui règlent les échanges des colloïdes et des électrolytes à travers une membrane dialysante, avec quelques modifications (dialyse équilibré de Mestrezat).

Actuellement semble prévaloir une tendance à exclure les processus de sécrétion cellulaire ou les processus biologiques sélectifs et à accepter au contraire une théorie physico-chimique, basée sur la conception de la perméabilité de la barrière sang-liquide céphalo-rachidien, identique peut-être (Spatz, Cestan et autres) à la perméabilité vasculaire.

Il est reconnu que, pratiquement, les colloïdes ne passent pas dans le liquide céphalo-rachidien ; la présence de l'albumine dans ce liquide est une question non encore résolue.

De toute façon, la quantité de colloïdes dans le liquide céphalo-rachidien est minime à côté des 7 et 9 % qu'en contient le sang.

Parmi les substances qui se trouvent en solution dans le liquide céphalo-rachidien, rappelons que le glucose (0,45 à 0,65 ‰) correspond, selon Wiechmann, au 54-68 % de la quantité contenue dans le sang ;

En règle générale, l'azotorachie (0,20 à 0,30 ‰) est aussi plus facile que l'azotémie (0,30 à 0,35) ;

Les chlorures (7-7,5 ‰ dans le liquide céphalo-rachidien, 5,30-6,39 ‰ dans le sang) sont au contraire dans un rapport de 120-130 %.

La thiorachie se comporterait à peu près exactement comme la glycorachie : le soufre total du liquide céphalo-rachidien représentant les 65 % du soufre hématique ; le soufre oxydé, les 70 %.

Au contraire, le soufre neutre du liquide céphalo-rachi-

◆◆

dien, par rapport à celui du sang, s'est montré très variable (dans des conditions normales, de moins de la moitié à presque le double) ; les oscillations de ce rapport semblent dues bien plus à la variation de la fraction neutre du sang qu'à celle du liquide céphalo-rachidien, qui se maintiendrait à peu près constante (*voir graphique n° 5*).

Dans les méningites tuberculeuses, comme aussi dans quelques formes purulentes, la thiorachie s'est légèrement abaissée en moyenne, par rapport à celle des sujets sains.

Le plus souvent, ses oscillations suivent presque parallèlement celles de la thiémie ; en effet, le rapport thiorachie-thiémie, malgré les particulières conditions pathologiques méningo-encéphaliques, reste en moyenne 65 %.

Les graphiques montrent d'une façon évidente que les courbes du soufre total et du soufre oxydé du sang ne se sont jamais croisées, même dans les conditions pathologiques, avec les courbes des valeurs correspondantes dans le liquide céphalo-rachidien ; on peut donc dire que la thiorachie, même dans les méningites, s'est maintenue toujours au-dessous de la thiémie, en ce qui concerne le soufre total et sa fraction oxydée.

Un tel comportement de la thiorachie confirmerait que le soufre du liquide céphalo-rachidien soit de provenance hématique à travers les échanges de la barrière sang-liquide céphalo-rachidien.

Mais le comportement du soufre apparaît bien différent de celui du sucre dans les méningites où il a été constaté que le taux du glucose diminue sensiblement, par processus de glycolyse, semble-t-il.

Par conséquent la susdite analogie de comportement avec le glucose ne se vérifie plus dans les méningites où, non seulement, la dénivellation thiémie-thiorachie est conservée, mais peut même se réduire de beaucoup.

En effet, dans 4 cas sur 13, on a noté une forte augmentation du soufre total du liquide céphalo-rachidien, la thiorachie tendant à égaler la thiémie.

L'augmentation était due dans ces cas à un taux plus élevé du soufre acide dans le liquide céphalo-rachidien, en petite partie aussi cependant à un taux plus élevé du soufre neutre.

Deux cas (VI et VII) se rapportent à des méningites tuberculeuses arrivées au dernier stade ; un cas (XI) à une forme grave méningococcique et un autre (XIII) à une grave forme d'encéphalite typhique.

Tous ces cas pourraient faire penser à une grave lésion de la barrière sang-liquide céphalo-rachidien, avec pour conséquence une augmentation de la perméabilité aux composés soufrés. Une telle possibilité trouve une analogie dans l'hypothèse communément admise pour expliquer la diminution des chlorures dans le liquide céphalo-rachidien dans les cas de méningite ; de même, l'augmentation d'autres substances, comme le phosphore inorganique (De Toni), pourrait être vraisemblablement rapportée à une plus grande perméabilité des méninges, bien que l'on ne puisse cependant pas exclure une autre origine possible, par les noyaux des leucocytes détruits.

En ce qui concerne la fraction neutre du soufre, nous observons que les deux courbes respectives du sang et du liquide rachidien, se croisent en quelques points aussi bien chez les gens sains que dans les cas de méningite ; le plus souvent ces croisements sont dus à un abaissement des valeurs du soufre neutre du sang, tandis que la courbe du soufre neutre du liquide céphalorachidien apparaît assez régulière.

Si l'on considère le rapport existant entre le soufre neutre et le soufre total, dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang d'un même sujet, on voit que la fraction neutre, aussi bien chez les gens sains que dans les cas de méningite, est dans une proportion un peu plus élevée dans le liquide céphalo rachidien.

Cela induirait à retenir que le passage dans le liquide céphalo-rachidien des combinaisons organiques contenant le groupe sulfhydrile réduit (SH) peut, même dans les conditions normales, être réglé d'une manière différente de celui du soufre acide.

On peut aussi se demander si une partie du soufre neutre du liquide céphalo-rachidien n'aurait pas une autre origine que les échanges à travers la barrière sang-liquide céphalo-rachidien.

Il semblerait opportun de prendre aussi en considération les composés protéiques et soufrés de la substance cérébrale dont le soufre pourrait avoir une notable importance en rapport plus spécialement avec la respiration interne des tissus nerveux (Tscherniakofsky, May, Frenckel, Koch).

On serait ainsi conduit à émettre l'hypothèse qu'une partie du soufre du liquide céphalo-rachidien peut dériver des échanges directs entre l'encéphale et le liquide céphalo-rachidien (Walter).

Mais le soufre du liquide céphalo-rachidien représente des valeurs absolues très petites (comparables à celles trouvées par De Toni pour le phosphore inorganique) et l'on peut objecter que l'on ne possède pas encore une méthode permettant de déterminer avec une précision absolue les quantités encore plus petites de soufre neutre.

Comme suite à ces premières recherches auxquelles on doit surtout attribuer une valeur d'orientation, nous nous limitons à présenter une question très intéressante qui pourra peut être résolue par de plus amples et plus complexes recherches.

En ce qui concerne, dans les méningites, un éventuel parallélisme entre le comportement des fractions soufrées et des divers composants du liquide céphalo-rachidien qui furent recherchés dans tous les cas (albumine, globuline, éléments cellulaires, glucose, etc.), il ne nous a pas été possible de retirer d'autres éléments utiles, en dehors de ceux déjà mentionnés relatifs au glucose et aux chlorures.

Nos recherches portent donc aux conclusions suivantes :

1° La thiémie chez les gens sains, enfants comme adultes, a donné des valeurs oscillant entre des limites assez rapprochées (moyenne 37 mgr. ‰).

La fraction neutre a été en moyenne de 25 % du soufre total.

2° La thiémie dans les méningites tuberculeuses — et dans quelques formes purulentes — n'a pas subi de variations particulières. Les oscillations du taux thiémique observées dans les méningites se vérifièrent entre des limites un peu plus amples que chez les gens sains, mais les valeurs moyennes restèrent de 37 mgr. ‰.

La fraction neutre du soufre est restée dans les méningites à peu près dans la même proportion moyenne par rapport au soufre total (26 %).

3° La thiorachie chez les sujets normaux est constamment plus faible que la thiémie ; leur rapport est en moyenne de 65 %.

Le soufre total du liquide céphalo-rachidien a donné une valeur moyenne de 24 mgr. ‰.

Le soufre neutre du liquide céphalo-rachidien a été en moyenne les 31 % du soufre total, proportion un peu plus élevée que dans le sang.

Le rapport entre le soufre neutre du liquide céphalo-rachidien et celui du sang s'est montré très variable.

4° La thiorachie dans les méningites tuberculeuses et dans quelques formes purulentes s'est maintenue, en moyenne, légèrement plus faible que chez les gens sains ; mais les oscillations des valeurs ont été, comme pour la thiémie, plus amples que chez les gens sains.

Le rapport thiorachie-thiémie, sauf quelques exceptions, a été, comme pour les gens sains, de 65 %.

5° Il est à retenir que le soufre du liquide céphalo-rachidien provient presque totalement des échanges à travers la barrière sang-liquide rachidien.

Quelques cas de méningite et un cas d'encéphalite, dans lesquels le rapport thiorachie thiémie s'éleva anormalement, pourraient s'expliquer par des lésions de la barrière sang-liquide céphalo-rachidien plus graves que dans les autres cas.

On peut cependant admettre l'hypothèse que, chez les gens sains aussi bien que dans les cas de méningite, de petites fractions soufrées provenant des échanges directs entre l'encéphale et le liquide rachidien peuvent contribuer à la thiorachie.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Acquisitions nouvelles dans le domaine de la blennorragie. (Deuxième série : *Les porteurs de gonocoques*), par le Docteur G. Franck. Un vol. in-12. 112 pages, 12 francs. Amédée Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Cette monographie sur les porteurs de gonocoques permettra à ceux que ces questions intéressent de se documenter à fond et de suivre de près les débats qui vont se poursuivre certainement sur une vaste échelle dans les milieux médicaux au cours des prochaines années. Mais elle n'avait pas été mise en chantier dans ce but et la polémique actuelle sur la bactériologie du gonocoque et sur les porteurs de gonocoques ne fait qu'accentuer l'importance prise depuis près de deux décades, par les questions traitées dans ces monographies. Cette importance est telle qu'elle motivera peut-être, de la part de l'auteur, une troisième monographie sur ces sujets.

Cependant, le but poursuivi par l'auteur n'était pas d'aboutir à une discussion scientifique de ces questions doctrinales qui dominent actuellement la pathologie de la blennorragie, mais de faire connaître au grand public médical d'abord, puis à tous ceux qui, de près ou de loin, sont mêlés à la lutte antivénérienne, les conceptions nouvelles sur l'étiologie, la pathogénie, la prophylaxie, etc., de la blennorragie.

La Pratique psychiatrique dans l'armée, par MM. Fribouurg-Blanc et Gauthier. Charles-Lavauzelle et Cie, éditeur. Prix : 15 francs.

Le but de ce livre est de présenter les questions psychiatriques sous la forme qu'elles revêtent dans l'armée et donner avec l'aspect particulier, de la psychologie pathologique du soldat des exemples pratiques auxquels on puisse se reporter.

Les auteurs ont consacré le premier chapitre de leur ouvrage à une analyse de la psychologie de la discipline dont la connaissance est indispensable pour comprendre le mécanisme de l'indiscipline morbide.

Après avoir insisté sur l'importance considérable des petits tarés mentaux, débiles et déséquilibrés, qui forment le fonds habituel de la pathologie mentale du soldat, les auteurs consacrent plusieurs chapitres aux névrosés, dont on connaît l'importance dans les milieux collectifs.

La troisième partie du livre a trait aux psychoses et, dans la Revue qu'ils ont joint, les auteurs insistent surtout sur celles qui sont les plus fréquentes, dans l'armée, et dont le diagnostic est le plus délicat.

La démence précoce est l'objet d'un chapitre détaillé, illustré de nombreux exemples.

La dernière partie à trait à la psychiatrie médico-légale et les auteurs y étudient les délits plus particulièrement militaires : paresse morbide rebellion, fugue, désertion, etc...

Ces chapitres intéresseront non seulement le médecin, mais l'officier de troupe qui y trouvera l'explication fréquente de la conduite des toujours punis, le juge qui y trouvera, exposé, le mécanisme psychologique des délits.

Les médecins appelés à pratiquer des expertises pour les tribunaux militaires trouveront enfin dans ce livre d'utiles indications sur la façon de conduire une expertise et de rédiger un rapport médico-légal.

Les gaz de combat. Propriétés chimiques et physiologiques, thérapeutique des intoxications, protection. (*Essai de contribution à la défense passive*, par le pharmacien capitaine J. Couillaud. Un vol. in-16 de 175 pages avec 50 figures, 25 francs. Bailière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

M. le pharmacien-capitaine Couillaud a voulu écrire un livre de taille assez réduite pour être emporté partout aisément. Aucune partie n'y a été sacrifiée aux dépens d'un autre ; chacun ainsi le consultera avec profit Et ceci n'est pas inutile ; il n'y aura jamais trop de gens exactement documentés sur les moyens de défense contre les gaz : plus ils seront nombreux, moins, en cas d'attaque, la panique sera à craindre. Car, s'il faut savoir regarder le danger en face, il est bon de ne pas effrayer les populations civiles en l'exagérant, et le moyen d'obtenir ce résultat est d'augmenter incessamment le nombre de ceux qui connaîtront de façon précise le péril et les procédés de s'en défendre.

Il n'est pas douteux que ce livre contribuera à atteindre ce but, car il est à la fois complet, facile à lire et à consulter. L'auteur y a verser l'expérience d'un homme qui, depuis plusieurs années, a contribué par son enseignement à former des générations de pharmaciens, de médecins et de chimistes destinés, en temps de guerre, à protéger leurs semblables contre les attaques par gaz.

Nouveau dialogue des vivants, par le Docteur Molinéry. Etidions d'Umfia, imprimerie Tourangelle, chez l'auteur à Luchon.

Membre de la Société française d'histoire de la médecine notre confrère, le Docteur Molinéry ne craint pas de fréquentes incursions dans le domaine du para-médical et si nous le rencontrons le plus souvent « sur les vieux chemins des fontaines de Jouvence » dont il aime l'ombre, la fraîcheur, les nymphes, les naïades et les farfadets et aussi le souvenir des nobles seigneurs et grandes dames qui vinrent, auprès de nos sources millénaires, chercher l'oubli de leurs maux physiques et de leurs détresses morales, on voit, aussi, l'auteur musarder sur les confins de la médecine.

C'est ainsi qu'en un dialogue des vivants où plane invisible mais présent l'esprit de Samuel Hahneman, le créateur de l'homœopathie, notre confrère met en scène M. le doyen Mauriac, M. Jean Séval et cite M. Martigny et le Docteur Garrigues.

L'auteur qui ne cache pas son penchant pour l'homœopathie, plaide en faveur d'une entente entre les deux médecines.

CLINIQUE CHIRURGICALE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ

Sur un malade atteint de scapulalgie

Par le Professeur **J. GUYOT** (Bordeaux)

Le malade qui fera l'objet de cette clinique est un homme de 24 ans, exerçant la profession de manœuvre, entré ces jours-ci dans le service pour y subir la cure radicale d'une hernie inguinale gauche.

En l'examinant, nous avons constaté qu'il était atteint d'une affection chronique de l'épaule gauche dont le début remonte à quatre ans. Il se plaignit à ce moment-là de douleurs et de gêne fonctionnelle dans les mouvements, mais ne cessa pas son travail. Au bout de quatre ou cinq mois, il alla voir son médecin, mon ancien externe le Docteur Vigourous, qui constata l'existence d'un abcès froid dans la région antéro-interne du bras correspondant. Etant entré à l'hôpital Saint-André dans le service de mon collègue, le Professeur Bégouin, on lui fit plusieurs ponctions suivies d'injections de liquide de Calot. Ce traitement dura trois mois, il fut complété par l'application d'un appareil plâtré. Le malade fut alors envoyé au Sanatorium de Labenne (Landes) où il séjourna onze mois. Quand il le quitta, en octobre 1934, la douleur avait disparu ; les fistules étaient cicatrisées.

Dans ses antécédents, nous trouvons deux renseignements ayant une importance clinique considérable : à l'âge de 7 ans, il fut atteint d'une *pleurésie* ; il n'a eu qu'une sœur qui est morte à 14 ans de *méningite*.

EXAMEN :

Nous voyons qu'il s'agit d'un sujet jeune, vigoureux et d'aspect floride. Nous n'avons rien décelé, ni du côté de l'appareil pleuro-pulmonaire, ni du côté des lymphatiques : les épididymes sont normaux ; le B. W est négatif.

L'inspection comparative des deux épaules vous montre à gauche une déformation considérable du moignon de l'épaule : tous les muscles péri-articulaires sont considérablement atrophiés. Cette atrophie porte surtout sur le muscle deltoïde qui est presque inexistant puis sur les muscles sus et sous-épineux. La voûte acromio-claviculaire fait une saillie anormale : on note le signe de l'épaulette.

Introduisant les doigts au-dessous de l'acromion, ceux-ci peuvent s'enfoncer comme lorsqu'il existe une luxation de l'épaule en avant. Sur la face antérieure et interne du bras, on trouve deux cicatrices qui sont adhérentes à la gaine du muscle biceps, ce dont on se rend compte en faisant contracter ce muscle ; elles sont indépendantes du squelette. Pas de ganglions dans l'aisselle, ni dans le creux sus-claviculaire. Les mouvements de l'épaule sont très limités : l'abduction ne dépasse pas 25° : en forçant ce mouvement on note le déplacement de l'omoplate ; absence complète des mouvements de rotation du bras. Il existe chez ce malade actuellement une ankylose de l'épaule confirmée par la radiographie que vous avez sous les yeux. Celle-ci montre enfin la disparition de l'interligne articulaire et une décalcification de l'extrémité supérieure de l'humérus avec déformation de la tête humérale.

DIAGNOSTIC :

Nous devons nous demander, chez ce malade, quelle est la nature de la maladie dont il a été atteint et qu'elle est la cause des abcès qu'il a présentés au niveau du bras.

L'adhérence de la cicatrice au muscle biceps doit nous faire penser à ces *myosites à staphylocoques* constituant de faux abcès froids que l'on trouve surtout chez les coloniaux, mais qui ont été décrits chez les Européens par Abrami et Worms et dont des observations ont été rapportées à la Société de chirurgie (Lenormant, Huard) (1). Nous avons, en ce moment, dans le service, un jeune étudiant qui est en traitement pour des foyers multiples de myosite à staphylocoques. Les signes d'ankylose de l'épaule gauche nous permettent d'affirmer que chez ce malade l'origine des abcès ne siège pas dans les parties molles.

L'absence de début fébrile doit nous faire éliminer aussi le diagnostic d'*ostéomyélite*, soit de l'*humérus*, soit de l'*omoplate*.

Il ne s'agit pas non plus chez notre malade de ces *périarthrites scapulo-humérales* décrites par Duplay en 1872 et dans lesquelles rentre l'*hygroma tuberculeux* de la bourse sous-deltoïdienne dont Guibal (2), de Nancy, a rapporté une récente observation.

L'absence de stigmates de syphilis héréditaire (triade d'Hutchinson) et le résultat négatif du B. W. permettent d'éliminer les *syphilis tertiaires de l'épaule*, bien décrites par Miginiac et Cadenat.

Le diagnostic de *scapulalgie* ne présente pas ici de difficultés : début insidieux ; douleurs articulaires ; limitation des mouvements ; atrophie musculaire ; abcès froids ; ankylose de l'épaule sont les signes classiques d'une tumeur blanche que l'examen radiographique confirme, ainsi que les antécédents nettement tuberculeux déjà signalés.

NOTIONS ÉTIOLOGIQUES :

Je vous rappelle que la tumeur blanche de l'épaule est une localisation peu fréquente. Elle représente 2 à 4 % des tuberculoses articulaires. Au membre supérieur, l'ordre de fréquence est le suivant : coude (51 %), poignet (28 %), épaule (17 %). Les hommes sont atteints dans la proportion de 72 % ; l'âge de prédilection est de 15 à 20 ans. D'après Gangolphe, les antécédents tuberculeux seraient notés plus fréquemment à l'épaule (41 %) qu'à la hanche (28 %).

Formes cliniques : Si la forme synoviale, dite *hydarthrosique*, est fréquente au genou, elle est tout à fait rare au niveau de l'épaule. Le point de départ est rarement la cavité glénoïde, mais le plus souvent l'épiphyse humérale.

Je vous rappelle que la scapulalgie peut affecter deux formes cliniques :

1° L'*ostéo-arthrite fongueuse*, véritable tumeur blanche de l'épaule, caractérisée par l'abondance des fongosités, l'augmentation de volume de l'épaule, l'adénopathie axillaire et l'apparition d'abcès qui peuvent être antérieurs, postérieurs ou internes.

2° La *carie sèche* que Wolkmann avait décrite en 1867, qu'Ollier appelait l'*ostéo-arthrite atrophiante*, qui se caractérise anatomiquement par l'atrophie de la tête humérale qui peut disparaître peu à peu, ne remplit plus la cavité glénoïde, donnant l'impression d'une subluxation en avant ; par une atrophie musculaire rapide ; par l'absence d'adé-

(1) LENORMANT, HUARD. — Société de Chirurgie, 1932.
(2) GUIBAL. — Société de chirurgie, 1930.
(3) MIGINIAC et CADENAT. — *Revue d'Orthopédie*, 1922.

nopathie axillaire ; par l'évolution sèche, *sans abcès*, enfin par la prédominance et l'importance des phénomènes douloureux.

Comme l'a dit Sorrel, la scapulalgie « est la meilleure des arthrites tuberculeuses ». Elle est susceptible de guérir sans intervention comme chez ce jeune homme et chez ce second malade, âgé de 35 ans, que je vous présente ; il fut soigné par moi, d'abord pour une tumeur blanche du genou gauche ensuite pour une scapulalgie droite dont il est complètement guéri depuis deux ans grâce à l'immobilisation plâtrée complétée au moment de la convalescence par quatre cures thermales à Salies-de-Béarn.

Pour établir le pronostic d'une scapulalgie, il faut tenir compte de l'âge, de l'étendue des lésions, de l'existence des fistules qui aggravent toujours considérablement les tuberculoses chirurgicales, des lésions associées (tuberculose pulmonaire ou articulaire), de la précocité du traitement enfin de l'état de la musculature sur lequel Richard et Courvoisier (1) ont très justement insisté, quant à la qualité fonctionnelle du résultat.

Traitement :

Le traitement de la scapulalgie doit être, comme pour toutes les tuberculoses chirurgicales, d'abord un traitement général : aération, cures de Salies, bains de soleil, suralimentation et traitement médicamenteux : iode, arsenic, phosphates, huile de foie de morue, etc.

Au point de vue local, le premier traitement à employer est *l'immobilisation* dans un appareil plâtré. Il est important de mettre le membre supérieur dans l'*attitude optima* sur laquelle Allard (2), de Berck, insiste avec raison : mettre le plâtre sur le malade couché à plat ventre, afin de bien repérer la situation de l'omoplate ; immobiliser le bras dans une abduction à 70°, avec légère antépulsion et demi-rotation interne. L'appareil doit être laissé en place plusieurs mois. En cas d'abcès ou de fistule, on y ménagera des fenêtres appropriées.

Traitement chirurgical :

Parmi les opérations qui ont été proposées dans le traitement de la scapulalgie, il faut mettre à part :

1° La *désarticulation de l'épaule* qui sera la dernière ressource en présence de fistules multiples, de décollements étendus des parties molles, de lésions osseuses importantes ou de double tumeur blanche frappant simultanément l'épaule et le coude ou le poignet du même côté.

2° *L'ostéotomie sous-tubérositaire* préconisée par Allard qui permettra, chez l'enfant, de remédier à une ankylose vicieuse de l'épaule en augmentant sensiblement les mouvements d'abduction.

Le traitement de la scapulalgie comporte trois sortes d'opérations :

1° curettage et séquestrectomie ;
2° Arthrodèse extra-articulaire ;
3° Résection de l'épaule.

1° *Le curettage* sera indiqué surtout chez les enfants, lorsqu'il y a des fistules, pour pratiquer l'extraction d'un séquestre qui les entretient ;

2° *L'arthrodèse extra-articulaire* préconisée par Lance (3), Massart (4), Delchef, consiste à prendre un greffon tibial et à le fixer dans l'humérus, dans l'acromion et l'apophyse coracoïde. On réalise par cette technique une ankylose de l'articulation en pratiquant une opération simple, peu sanglante et, en général, bénigne.

Les indications de cette opération seraient : 1° les douleurs rebelles ; 2° l'état déficient des muscles, enfin 3° l'état général grave nécessitant une opération rapide et simple.

3° *La résection de l'épaule* est une excellente opération proposée et pratiquée par Ollier. Elle a pour avantage *d'enlever les lésions* auxquelles l'arthrodèse ne touche pas ; il y a intérêt à la pratiquer par la *voie delto-pectorale* de Cadenat (1) en s'en tenant à la technique bien précise d'Ollier basée sur les trois principes suivants : 1° faire une opération *sous-périostée* à la rugine ; 2° éviter tout délabrement musculaire ; 3° respecter soigneusement le nerf circonflexe.

Il y a intérêt à ne pas recourir à cette opération dès le début de la maladie il est sage de ne la pratiquer qu'après avoir essayé six ou huit mois d'immobilisation. Les résultats seront d'autant meilleurs que l'on interviendra avant les abcès et surtout les fistules.

La résection de l'épaule est formellement contre-indiquée chez l'enfant car elle aboutit à la disparition de l'épiphyse fertile et laisse un raccourcissement considérable du membre supérieur. On est cependant autorisé à y recourir chez des sujets de 18 à 20 ans quoique le cartilage de conjugaison ne se soude qu'après 24 ans.

Sa mortalité est à peu près nulle. Les résultats qu'elle donne dépendent de nombreux facteurs : précocité de l'intervention, étendue de la lésion osseuse, existence d'abcès et surtout état de la musculature péri-articulaire.

La résection peut donner : 1° une *ankylose*, mais c'est là un résultat qu'il ne faut pas chercher à l'épaule ; 2° une *nearthrose* qui constitue le grand avantage de cette opération : néarthrose qui sera facilitée par le traitement post-opératoire : immobilisation un mois environ, puis mobilisation progressive avec électrisation des muscles..

La malade que je vous présente ici est une femme à qui j'ai fait, il y a quinze ans, une résection de l'épaule (2) pour scapulalgie ; vous pouvez vous rendre compte par l'exament clinique et par la radiographie que je vous soumets qu'elle présente un excellent résultat fonctionnel : elle a une néarthrose qui lui permet des mouvements très étendus : si nous palpons son muscle deltoïde nous voyons qu'il est très développé. Cette femme exerce dans un sanatorium les fonctions de fille de salle ; elle accomplit chaque jour un travail très pénible ; personne dans son entourage ne se doute de l'intervention qu'elle a subie :

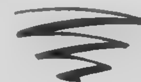
3° *L'épaule ballante* constitue un mauvais résultat de la résection de l'épaule. Il est facile de l'éviter car ces principales causes sont : 1° les résections osseuses trop larges ; 2° la déficience des muscles : 3° la paralysie du nerf circonflexe.

On a recherché ces dernières années les résultats éloignés des résections de l'épaule pour scapulalgie : dans la statistique de Kœnig sur 76 cas retrouvés on notait 19 morts et 57 guéris.

En terminant ces notions générales sur la tuberculose de l'épaule, je vous rappellerai la formule classique du traitement : immobiliser l'enfant ; réséquer l'adulte ; amputer le vieillard.

(1) Richard et Courvoisier. — *Presse Médicale*, 1933.
(2) Louis Allard. — *Revue Médicale française*, 1934.
(3) Lance. — Société de Chirurgie, 1932.
(4) Massart. — *Paris Chirurgical*, 1931.

(1) Cadenat. — *Journal de Chirurgie*, 1932.
(2) L'observation de cette malade ainsi que les photographies sont dans la thèse de mon élève Mercier : Thèse Bordeaux, 1930.



OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Les tumeurs épithéliales de l'amygdale

Les tumeurs épithéliales constituent plus de la moitié des tumeurs malignes de l'amygdale.

Elles comprennent divers types histo-pathologiques : les épithéliomas spino-cellulaires lobulés kératosiques ; les épithéliomas spino-cellulaires trabéculaires para-kératosiques ; les épithéliomas à cellules indifférenciées.

On doit leur rattacher les lymphc-épithéliomes : tumeurs épithéliales ordinaires que seul un lymphotropisme très spécial particularise.

L'étude étiologique de 40 épithéliomas a montré à M. Jean Salomon, qui vient de consacrer une importante thèse à la question (1), l'importance des excès tabagiques, non pas comme cause prédisposante, mais comme facteur favorisant l'extension et l'infection d'une ulcération déjà organisée ; le rôle prédisposant des plaques de leucoplasie, qu'elles soient ou non syphilitiques.

Des leucoplasies bilatérales chez un malade déjà porteur d'un épithélioma de l'amygdale doivent faire craindre la possibilité d'une dégénérescence maligne sur un autre point de la muqueuse buccale et commandent leur destruction par la diathermo coagulation.

Plus souvent qu'il n'est classique de le dire, l'épithélioma de l'amygdale manifeste assez précocement sa présence par quelques troubles fonctionnels, mais ces troubles sont légers, et trop fréquemment pris pour ceux d'une affection banale de la gorge. L'otalgie témoigne déjà d'une certaine évolution de la tumeur, et ne doit pas être considérée comme un des tout premiers signes de ce cancer.

Il est possible théoriquement par la simple clinique de différencier la lymphc-épithéliome des épithéliomas, de distinguer ceux-ci des autres tumeurs de l'amygdale. En fait, les aspects cliniques de ces néoplasmes sont des plus divers et il importe devant toute lésion suspecte de pratiquer une biopsie. Celle ci, en précisant la nature histologique de la lésion, renseigne sur le potentiel de malignité de la tumeur, sur son degré de radiosensibilité, sur la thérapeutique à suivre.

Le *traitement* chirurgical des tumeurs épithéliales de l'amygdale a perdu toute indication devant les résultats fournis par la radiothérapie.

Les techniques modernes, ayant établi que le traitement des épithéliomas ne peut être entravé par aucun obstacle inhérent à leur radiorésistance, légitiment tous les espoirs, et déjà les progrès accomplis ces dernières années ont permis de transformer complètement leur pronostic autrefois si sombre.

En l'état actuel de nos connaissances, il ne saurait cependant exister de thérapeutique uniforme de ces tumeurs. Elle doit s'adapter à chaque cas, suivant le siège et la forme anatomo-pathologique de la lésion initiale, l'importance de l'envahissement lymphatique, l'état général du malade.

La radiumpuncture, à la condition d'être pratiquée suivant des règles bien précises, et d'être systématiquement suivie d'un traitement de complément par les rayons X sur les régions angulo-sterno-claviculaires droite et gauche, a donné à M. Salomon de bons résultats.

L'évidement chirurgical du cou s'impose :

— immédiatement si l'adénopathie est volumineuse et relève d'une lésion amygdalienne peu radiosensible ;

— secondairement si, après rœntgenthérapie, quelques ganglions persistent.

Les seules contre-indications ou impossibilités au traitement combiné radiumpuncture et rayons X sont : un trismus très serré, des lésions amygdaliennes ayant envahi la base de la langue ou la paroi postérieure du pharynx, des ganglions fixés à la profondeur.

La rœntgenthérapie, faite suivant la méthode des « doses fractionnées », les appareils moulés, la télécuriethérapie sont dans ces cas les seules thérapeutiques possibles.

Les rapports entre la nature histologique de la lésion et les résultats de la radiothérapie sur la tumeur initiale sont des plus nets pour les lymphc-épithéliomes, tumeurs particulièrement radiosensibles. Ils sont moins évidents pour les différents types d'épithéliomas proprement dits. Leurs réactions semblent dépendre beaucoup plus du comportement même de la tumeur au niveau de la loge amygdalienne.

L'épithélioma reste assez facilement attaquable par les radiations aussi longtemps qu'il se développe au milieu d'un tissu conjonctif lâche, sa radiorésistance augmente dès qu'il envahit les muscles.

Les résultats des divers traitements sur les métastases cervicales sont dans l'ensemble moins heureux, et même franchement médiocres si les ganglions sont fixés à la profondeur. Aucune thérapeutique n'étant actuellement satisfaisante, l'état de ces adénopathies est un des facteurs essentiels du pronostic.

La technique qu'on vient d'indiquer, appliquée à des tumeurs épithéliales déjà avancées, a permis d'obtenir 38 % de survie au bout de trois ans, en pratique de guérir un malade sur trois.

Ce traitement n'a pas la prétention d'être définitif, mais seulement de marquer une étape intéressante dans la thérapeutique générale des cancers.

Il est à présumer que ces chiffres pourront être améliorés : par une rigueur plus stricte dans la technique, par l'utilisation de moyens matériels plus puissants, par une centralisation plus grande, seule capable d'instituer dans de bonnes conditions des traitements souvent très coûteux, et surtout par une connaissance plus approfondie des lois biologiques des cancers. V. G.

(1) Paris, 1936 (Le François, édit.).

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Clinique médicale

« **Il est assez fréquent de lire des observations, où un syndrome péritonéal** a forcé la main au chirurgien et où l'exploration de la région appendiculaire ou de tout autre zone abdominale n'a rien fait découvrir ; on enlève l'appendice, ou l'on referme le ventre, après simple exploration, et on assiste, les jours suivants, à l'éclosion de tuméfactions articulaires qui signent le diagnostic et expliquent la déconvenue. »

L'auteur a observé, chez un petit garçon de 9 ans, un cas semblable, qui s'est déroulé en trois phases : 1° fluxion amygdalienne ; 2° syndrome abdominal sus-ombilical ; 3° rhumatisme articulaire.

C'est la discordance des éléments clinique qui a fait écarter l'intervention.

(B. Badolle, de Roanne. Réaction péritonéale d'origine rhumatismale. *Loire médicale*, novembre 1935.)

L'histoire d'une tuberculose familiale suggère à M. Roclore, de Saulieu, quelques reflexions :

Il s'agit d'une famille de six personnes, indemne jusqu'alors de tuberculose ; un des enfants présente une tuberculose pulmonaire évolutive et demeure assez longuement au milieu des siens avant que la collapsothérapie vienne interrompre, ou, tout au moins, atténuer sa contagiosité. Dans les mois qui suivent, les deux sœurs du malade, puis sa mère font à leur tour

de la tuberculose ; seul restent indemnes sur six, le père et une jeune sœur, éloignée précocement.

Le mode d'action, les indications et les contre-indications de l'aurothérapie sont encore bien discutées. On admet, comme une contre-indication majeure, les troubles intestinaux. Passant outre à cette règle parce qu'il s'y croyait autorisé par la gravité de la situation et l'échec de toute thérapeutique, l'auteur a obtenu l'arrêt rapide et complet d'hémorragies intestinales, évidemment d'origine bacillaire, par l'emploi de la Crisalbine.

La Crisalbine a, d'une part, sauvé le fils ; elle a d'autre part tué la mère par destruction globulaire, entraînant une anémie pernicieuse rapidement mortelle.

L'auteur est d'avis que le pneumothorax est moins dangereux que l'or.

(M. Roclore. De quelques réflexions suggérées par l'étude d'une tuberculose familiale. *Bourgogne médicale*, septembre-octobre 1935.)

Il n'est pas de diagnostic plus facile que celui de rétrécissement mitral quand les symptômes sont au complet ; il n'en est peut-être pas de plus difficile dans les cas suivants:

L'arythmie complète supprime certains symptômes et notamment ceux qui tiennent à l'activité de l'oreillette. Seule la vibration dure de la mitrale permet de faire le diagnostic.

Dans les accès de tachycardie le diagnostic est impossible à l'auscultation tout au moins. L'accélération du rythme exagère les causes d'erreur et les signes trompeurs.

L'éréthisme cardiaque, dû à l'anémie, à l'hyperexcitabilité du sympathique cervical ou à un léger Basedow, simule le rétrécissement mitral.

Dans les formes larvées on ne trouve qu'un signe et les difficultés n'en sont pas moins grandes.

Le plus souvent c'est le dédoublement du deuxième bruit ou bruit de rappel qui existe seul. Avant d'affirmer le rétrécissement mitral sur ce seul signe, il faut se livrer à un examen attentif pour éliminer un troisième bruit du cœur ou un bruit péricardique surajouté. Il est d'ailleurs assez exceptionnel qu'un rétrécissement, suivi pendant quelque temps, se cantonne exclusivement dans un dédoublement du deuxième bruit et la persistance de ce signe isolé doit suffire à elle seule à faire douter de son origine mitrale.

Le bruit présystologique peut aussi exister à l'état isolé et poser, en l'absence de tout autre signe, le diagnostic de rétrécissement. Pour être affirmatif il faut que ce bruit présystolique ait bien les caractères d'un coup de râpe précédant le premier bruit et que la palpation en accuse la vibration et le léger frémissement.

Le rétrécissement est encore de diagnostic difficile quand il se trouve associé à d'autres lésions orificielles qui le dépassent en importance.

Le rétrécissement mitral et l'insuffisance aortique sont assez fréquemment associés et ne prêtent pas trop à confusion. Les signes de rétrécissement se localisent à la pointe et le souffle aortique s'entend à la base. La difficulté du diagnostic tient surtout à ce que l'insuffisance aortique provoque une impulsion accentuée de la pointe, qui peut être confondue avec le bruit présystolique et la vibration du premier temps.

Le rétrécissement et l'insuffisance de la mitrale sont fréquemment associés. Il y a prédominance tantôt du rétrécissement et tantôt de l'insuffisance. De plus l'insuffisance donne lieu à des variations d'intensité. La question que l'on a à se poser est la suivante : étant donnée une insuffisance mitrale avérée, existe-t-il ou non un rétrécissement associé ? Cette question n'est pas dépourvue d'intérêt pratique puisque, associé à l'insuffisance mitrale, le rétrécissement ôte à cette insuffisance la possibilité d'être uniquement fonctionnelle.

Le rétrécissement mitral peut être parfois confondu avec le bruit de galop ; le plus souvent il s'agit de sujets d'âge mûr, dont le cœur s'est légèrement hypertrophié et dont les signes de rétrécissement se sont atténués pour ne laisser subsister qu'une hésitation présystolique.

En vieillissant le rétrécissement peut aboutir à l'hypertrophie cardiaque et aussi à l'hypertension ; dans ces conditions les signes s'atténuent et le diagnostic en devient plus difficile.

Enfin on a signalé des cas de rétrécissement mitral silencieux, représentant des trouvailles d'autopsie ; il ne s'agit pas toujours, dans de telles conditions, comme on pourrait le croire, de rétrécissement léger, mais bien au contraire de rétrécissement serré.

Si le diagnostic d'un rétrécissement mitral une fois constitué est souvent difficile, il l'est encore bien davantage à sa période d'établissement.

(A. Dumas. Le rétrécissement mitral. Ses difficultes de diagnostic. *Journal de médecine de Lyon*, 20 septembre 1935.)

Clinique chirurgicale

Deux cas de volvulus incomplets chroniques du cæcum ont présenté la symptomatologie fruste habituelle. Les troubles dyspeptiques vagues, les nausées, les coliques, la tension douloureuse dans la fosse iliaque droite cessant brusquement en diverses positions en sont les signes les plus fréquents. Quand l'appendice est en cause, la symptomatologie est celle de l'appendicite. Si le bas-fond cæcal est fixé sous la face inférieure du foie, les symptômes simulent parfois à s'y méprendre ceux de la cholécystite.

En fait il n'existe eucun signe clinique caractéristique du volvulus du cæcum. Seul l'examen radiologique donnera le diagnostic et ce sera le plus souvent une découverte pour le radiologiste.

(Spéder, Grévin et Fournier. Deux cas de volvulus incomplets chroniques du cæcum. *Maroc médical*, 15 septembre 1935.)

Hygiène sociale

La mortalité par tuberculose a subi une baisse considérable à Lyon depuis trente ans, c'est-à-dire depuis la fondation du premier dispensaire.

Pendant la période 1900-1905 cette mortalité était de 35,4 pour 10.000 habitants ; pendant celle de 1926-1930 elle n'est plus que de 15,7. Cette baisse considérable de 55 % est comparable, comme proportion, à celle des pays les plus actifs dans la lutte antituberculeuse.

L'étude des statistique des cause de mortalité en France est très délicate, surtout en ce qui concerne la tuberculose.

La première cause d'erreur importante peut tenir au fait d'englober dans les statistiques de mortalité d'une grande ville les cas de décès des nombreux sujets, morts à Lyon, mais n'appartenant pas à la ville. On n'a donc compté que les décès des individus ayant un domicile fixe. Pour être exact il manque les décès des Lyonnais décédés hors de la ville.

On a tenu compte des décès de tuberculose toutes formes (pulmonaires, méningées, chirurgicales, etc...). On a également considéré comme tuberculeux tous les décès déclarés bronchite chronique, appellation qui masque souvent la tuberculose. Cette statistique majorée s'approche de la vérité.

Les chiffres de mortalité générale sont, naturellement, les chiffres officiels du Bureau d'hygiène.

Une autre cause d'erreur importante tient à l'exactitude plus ou moins grande des certificats de décès.

Quelles sont les causes de la diminution de la tuberculose à Lyon ?

Il faut faire jouer l'action bienfaisante de l'amélioration des conditions sociales dans le monde ouvrier : hausse des salaires, loi de huit heures, meilleure alimentation, amélioration des logements, action plus efficace de l'inspection du travail, etc.).

Les œuvres de l'enfance ont joué leur rôle dans la protection contre la tuberculose indirectement, en mettant les enfants dans les meilleures conditions de résistance.

La cause essentielle est la lutte antituberculeuse directe pour le traitement et la prévention.

(P. Courmont et S. Delaye. Baisse de la mortalité par tuberculose à Lyon depuis trente ans. *Journal de médecine de Lyon*, 20 octobre 1935.)

Petite chirurgie

Le leucoplaste, si pratique pour faire les pansements, n'est pas si innocent qu'il le paraît. L'auteur ne fait allusion à aucune spécialité et englobe, sous ce terme général, tous les sparadraps caoutchoutés à l'oxyde de zinc.

Les qualités adhésives des préparations actuelles ont pour contre-partie une action irritante sur la peau. Dans un cas une application de trois jours sur un doigt avait produit une forte dermite.

(Le Blaye. Dermites artificielles dues au leucoplaste. Essais expérimentaux. *Revue médicale du Centre-Ouest*, octobre 1935.)

J. Lafont.



SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 mai 1936

Répartition géographique actuelle de l'acrodynie en France et hors de France. — *MM. Péhu J. Boucomont* (de Lyon). — Les auteurs ont effectué une vaste enquête afin de déterminer l'allure générale de l'acrodynie infantile.

Une statistique complète est d'une réalisation difficile. Cette maladie n'est pas encore suffisamment connue : sa déclaration n'est pas obligatoire. On ne peut donc donner qu'une idée approximative sur la répartition actuelle de l'acrodynie.

Il apparaît cependant que, en France, cette maladie est assez répandue. Elle n'épargne aucun territoire. Elle sévit dans la région parisienne. Le Nord est frappé. Il en est de même des régions nancéienne, franc-comtoise, chalonnaise, rémoise, lyonnaise. Autour de Saint-Etienne et dans le Forez nombreux sont les cas. On la signale également dans la Vaucluse, dans la région montpellièraine, dans le Sud-Ouest, particulièrement dans la région de Bordeaux, où M. Rocaz l'a étudiée avec grand soin. On la trouve dans le centre de la France, en Anjou, dans la région mancelle, en Bretagne.

La Belgique, les Pays-Bas, la Grande-Bretagne en présentent des cas assez nombreux. La partie nord-ouest de la Suisse est frappée. En Allemagne, c'est le Sud-Ouest qui paie un tribut assez important à la maladie tandis que les autres parties du Reich sont indemnes. Certains pays sont peu atteints : Autriche, Hongrie, pays balkaniques, Italie, Espagne, Portugal. Particularité à noter et qui est très importante : les pays scandinaves ne sont nullement envahis.

En dehors de l'Europe, l'Australie paie un lourd tribut à la maladie : de même les Etats-Unis. L'Amérique du Sud en présente peu. Nous ne savons à peu près rien sur l'Afrique, rien de l'Asie.

Sa répartition ne semble pas obéir à des lois géographiques ou climatériques définies.

On s'accorde à reconnaître que dans les régions atteintes les cas d'acrodynie sont les uns isolés, les autres groupés en foyers de faible densité. Ils surviennent avec une prédominance nette dans des localités rurales d'une population minime. L'acrodynie n'est pas une maladie « urbaine » ; elle frappe peu les grands centres.

Si actuellement, du moins en France, elle est assez répandue, cependant elle ne se présente nullement sous la forme d'une épidémie massive. D'une façon générale, les cas sont sporadiques.

Relation entre la gravité de l'anaphylaxie, de la tuberculose et la sensibilité de l'organisme aux substances parasympatho et sympathomimétiques, chez quelques espèces de mammifères. — *M. F. Maignon.* — L'auteur partant de cette idée, que le facteur nocif dans l'anaphylaxie, la tuberculose et les maladies microbiennes en général, est représenté, si l'on en juge par les troubles fonctionnels observés, par des poisons du système nerveux végétatif, c'est-à-dire, par des substances sympatho et parasympathomimétiques, a déterminé chez le cobaye, le lapin, le chien, le rat, le cheval, la vache et quelques espèces de singes, la sensibilité de l'organisme à la pilocarpine, à l'adrénaline (action cardiaque et toxicité) et à l'atropine (tonicité du parasympathique cardiaque). Cette expérimentation a montré que les espèces les plus sensibles à l'anaphylaxie et à la tuberculose telles que le cobaye sont également les plus sensibles à la pilocarpine et à l'adrénaline. Le rat, au contraire, qui est à peu près réfractaire à l'anaphylaxie et à la tuberculose est très peu sensible à ces deux substances.

Du danger de contamination tuberculeuse par le personnel des services d'enfants (maternités, crèches et hôpitaux), et ses conséquences pratiques.— *M. B. Weill-Hallé.* — Au cours d'une enquête menée dans le personnel des infirmiers, l'auteur a constaté que le dépistage des agents tuberculeux n'est pas toujours actuellement aussi précoce qu'on pourrait le souhaiter. Et il arrive aux conclusions suivantes :

1° Nécessité d'un contrôle permanent du personnel des maternités, crèches ou services d'enfants, par un examen renouvelé à intervalles relativement courts et s'ajoutant à l'examen initial très complet.

Cet examen devra être effectué par un médecin spécialisé tous les six mois au minimum, et plus souvent si quelque incident le justifie (pesée, auscultation, radiographie).

2° Tout agent suspect ou guéri après un incident pathologique, même douteux, et *a fortiori*, après bacilloscopie positive, même transitoire, sera éliminé définitivement des services d'enfants ou maternités.

Cette double sanction est avantageuse pour les agents qu'un dépistage précoce permettra de soigner et guérir plus sûrement, pour l'Administration elle-même dont les intérêts pécuniaires sont mieux sauvegardés par le traitement immédiat du personnel suspect ou malade, enfin pour les enfants qu'on soustrait ainsi à un danger incontestable.

Nouvelles données sur la syphilis expérimentale cliniquement inapparente de la souris.— *M. Georges Stroesco* et *A. Vaisman.* — En comparant les différents tissus qui sont réceptifs à l'infection tréponémique chez la souris, on peut conclure que le *Treponema pallidum* n'obéit à aucune loi embryologique, attendu qu'outre le derme et l'épiderme, tissus ectodermiques qui sont éminemment favorables à son développement, il faut ajouter le périoste et la capsule cartilagineuse, lesquels dérivent du mésoderme. Les glandes, qui proviennent de l'ectoderme sont infectées au même titre que les organes génitaux, qui ont une autre embryogénèse. Les organes de la série lymphogène sont envahis, de même que les systèmes appartenant à la série myélogène (la moelle osseuse, sinus osseux, pulpe dentaire). Ajoutons, qu'en ce qui concerne leur neurotropisme, les diverses souches tréponémiques isolées de l'homme et entretenues sur le lapin apparaissent se comporter d'une manière sensiblement identique.

Un nouvel élément dans le corps humain ; le titane. — *MM. L.-C. Maillard* et *Jean Ettori.* — Le titane est présent dans tous les organes de l'homme ;

La proportion de cet elément, dans les échantillons examinés jusqu'ici, s'est trouvée comprise entre 1.5 et 11 /1.000 de milligramme pour 100 grammes de matière fraîche ;

Dans un même tissu, cette proportion peut montrer des irrégularités importantes, ce que corrobore l'étude comparée de quelques mammifères ;

Ces irrégularités imposeront une grande prudence lorsque viendra le moment de rechercher s'il est possible de reconnaître au titane quelque fonction définie dans l'organisme.

Rien n'autorise à l'heure actuelle, à dire si le titane doit être considéré comme un élément constitutionnel de la substance humaine, ou accidentel, et nous entendons ne prendre parti, pour le moment, ni dans un sens, ni dans un autre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 avril 1936

Enchondromes multiples des membres inférieurs. — *MM. A. Sézary* et *J. Facquet* rapportent une observation d'enchondromes multiples localisés aux membres inférieurs et respectant absolument le reste du squelette. Les tumeurs, au nombre d'une vingtaine, ont été pour la plupart décelées par la radiographie, qui montre soit des taches foncées arrondies ou ovalaires, soit des plages non homogènes de formes rectangulaire. La biopsie, faite en 1932, a établi le diagnostic avec certitude ; contrairement aux craintes exprimées par certains auteurs, elle n'a déterminé aucune poussée évolutive de l'affection qui, depuis quelques années, semble fixée.

Intolérance médicamenteuse au rubiazol. — *MM. A. Sézary* et *E. Friedmann* ont vu survenir, chez un malade traité par des comprimés de chlorydrate de sulfamido-chrysoïdine (rubiazol), des crises nitritoïdes typiques et très intenses, qui survenaient une demi-heure après l'ingestion du produit, même à la dose de 25 centigrammes, s'accompagnant de malaises, de céphalée, de picotements cutanés et étaient suivies d'une poussée thermique de quelques heures. Etudiant l'hypersensibilite de ce malade, les auteurs ont constaté, par la méthode des tests cutanés, que la peau n'avait aucune intolérance, que le système sympathique lui-même avait des réactions normales aux excitations mécaniques (réflexes oculocardiaque et solaire), qu'il n'y avait enfin aucun anticorps allergique en circulation (réaction de Prausnitz-Kustner négative, pas de crise leucopenique). Les injections de novarséno-

benzol ne donnent aucune crise nitritoïde. Il s'agit donc d'une hypersensibilité élective du sympathique vis-à-vis de la médication.

M. Lemierre a observé, chez un malade atteint d'érysipèle, des petites poussées fébriles accompagnées d'un érythème morbilliforme au cours du traitement par le rubiazol.

M. Tzanck fait remarquer que ces accidents sont exceptionnels. Il a vu survenir un érythème morbilliforme du dixième jour.

L'éréthisme cardiaque des adolescents, expression clinique d'une sténose congénitale légère de l'artère pulmonaire. — *M. René Bénard* expose le résultat de ses recherches sur l'éréthisme des adolescents, recherches portant sur une période de dix-sept années. Il étudie d'abord le syndrome clinique ; énergie des battements, souffle systolique de l'orifice pulmonaire, vagotonie, association assez fréquente de l'affection avec des malformations congénitales, notamment l'hypospadias ; le syndrome radiologique : énergie de la contraction cardiaque, convexité de l'arc moyen sans abaissement point du G, absence d'augmentation de l'ombre auriculaire gauche dans les positions obliques ; le syndrome électrocardiographique : inversion au diphasisme de T, crochetage ou bifidité du complexe O R S, inversion de P.

Il établit les formes cliniques de l'affection : la forme fruste qui ne se manifeste par aucun symptôme fonctionnel et qui est une découverte d'auscultation, d'écran ou de tracé, la forme inadaptée qui comprend le type palpitant et le type dyspnéique, la forme décompensée, celle-ci exceptionnelle.

Il montre ensuite que tous les signes fonctionnels, physiques, radiologiques, électriques et jusqu'à la coexistence de malformations congénitales telles que l'hypospadias appartiennent aussi bien au tableau de la sténose de l'artère pulmonaire qu'à celui de l'éréthisme des adolescents. Il estime donc légitime de faire de celui-ci une forme légère de celle-là. Il montre en outre la relation qui existe entre ces faits et un certain nombre de ceux qui ont été jadis englobés dans le cadre du « cœur de guerre » ou du « cœur irritable », ainsi que les erreurs de diagnostic qui ont été parfois commises entre l'éréthisme et le rétrécissement ou la maladie mitrale.

Etudiant la portée médico-sociale de ces faits, il estime que c'est à tort qu'un certain nombre de médecins, dans l'ignorance de ce syndrome et influencés qu'ils étaient par le souffle cardiaque par eux perçu, ont cru devoir entraver des carrières choisies par des sujets qui, rentrant dans le cadre de la forme fruste sans troubles fonctionnels, y eussent été parfaitement aptes. Il envisage ensuite avec détail la question du rendement que l'on est en droit d'attendre de soldats incorporés et qui rentrent dans le cadre de la forme inadaptée, leur valeur différente en temps de paix ou en temps de guerre et la conduite que l'on peut être amené à tenir à leur endroit.

Abcès putride du poumon avec bacilles de Koch. Guérison rapide par drainage simple. — *MM. Barbier* et *Viallier* (de Lyon) présentent un malade atteint d'un volumineux abcès putride du poumon droit montrant dans l'expectoration et dans le liquide de ponction exploratrice une véritable pullulation de bacilles de Koch. Opéré *in extremis* par simple costotomie et mise en place d'un drain, il guérit en quelques jours avec disparition des bacilles de Koch. L'identification du germe a été faite par inoculation positive au cobaye.

Il s'agit d'un de ces cas où le bacille de Koch ne donne aucune de ses manifestations pathologiques habituelles et où l'on hésite à le rendre responsable de la scène clinique.

Acromicrie : obésité et insuffisance génitale. — *MM. P. Carnot* et *René Cachera* apportent l'etude d'un syndrome particulier observé chez une femme de 30 ans. Il s'agit d'un nanisme sans infantilisme et surtout de troubles remarquables de développement des extrémités des membres constituant une véritable acromicrie, et contrastant avec le volume normal de la tête et du tronc. A ces défauts de croissance s'ajoutent des troubles génitaux caractérisés par une aménorrhée complète et une obésité à topographie spéciale, de type hypophysaire. Un syndrome adiposo-génital coexiste donc avec le nanisme et l'acromicrie.

Ces phénomènes se sont installés très lentement, en dix-huit ans, par périodes bien distinctes. Dans le premier stade, il y a eu arrêt de croissance, vers l'âge de 12 ans, sans aucune anomalie sexuelle et sans infantilisme. Dans un deuxième stade, de 20 à 27 ans, l'aménorrhée a fait progressivement son apparition, puis est devenue complète ; deux grossesses avaient auparavant eu lieu. Dans un troisième stade, de 28 à 30 ans, l'obésité s'est enfin constituée. Il y a là un exemple remarquable de dissociation physio-pathologique avec atteinte échelonnée de diverses fonctions anté-hypophysaires.

Le métabolisme de base, la glycémie, la tension artérielle sont abaissés. Le taux du brome dans le sang est très au-dessous de la normale. L'hormone gonadotrope est diminuée dans l'urine.

Le traitement par les injections d'extrait de lobe antérieur d'hypophyse a rapidement fait reparaître des menstruations normales ; ni l'obésité, ni la croissance n'ont été modifiées.

L'origine anté-hypophysaire du syndrome observé n'est pas douteuse ; la nature, fonctionnelle ou organique, de l'altération de la glande est par contre difficile à établir. Il est à noter cependant que l'apparition tardive de signes oculaires frustes permet d'envisager la possibilité d'un adénome hypophysaire.

M. Decourt rapproche de cette observation un cas assez analogue constitué par l'association d'un nanisme avec acromicrie et obésité chez une femme de 39 ans atteinte de lésions ovariennes.

Radiothérapie à petites doses de certaines algies. — *MM. Coste, Ronneaux, Desgrez* et *Fauvet* pensent que dans le traitement des algies par les rayons X, les doses fortes ne sont peut-être pas absolument inoffensives.

Elles provoquent en outre souvent des poussées réactionnelles hyperalgiques. Pour pallier à ces inconvénients, les auteurs ont traité un grand nombre de malades avec des doses faibles, ne dépassant pas 50 à 60 R par séance. Les résultats ont été remarquablement efficaces dans la règle. Aussi conseillent-ils d'y avoir recours d'emblée. Si le résultat escompté n'est pas obtenu, l'on peut toujours recourir secondairement à des doses fortes qui améliorent un tiers des cas ayant résisté aux doses faibles.

M. Hagueneau croit au contraire qu'il y a avantage à recourir d'emblée aux doses fortes.

Les injections intradermiques d'histamine dans le traitement de la douleur et de la contracture au cours des rhumatismes aigus et chroniques. — *MM. R.-J. Weissenbach* et *L. Perles* rapportent les bons résultats obtenus par une méthode d'injections intradermiques d'histamine, dans le traitement de la douleur et de la contracture, au cours de diverses variétés de rhumatismes chroniques : coxarthries, lombarthries, névralgies sciatiques et cervico-brachiales, périarthrites scapulo-humérales, rhumatismes musculaires aigus et chroniques, lumbagos, torticolis.

Parfois, en une seule séance, a été obtenue la guérison de contracture douloureuse grave datant de plusieurs mois.

La méthode mérite d'être utilisée comme médication de la contracture douloureuse, de préférence à toutes autres méthodes d'injections locales ou régionales auxquelles on n'aura recours qu'en cas d'échec.

M. Coste souligne les effets remarquables que l'on est en droit d'attendre de l'histamine dans les arthroses du genou. Il préfère employer l'injection profonde au niveau de la région douloureuse. Celle-ci peut parfois être suivie d'une légère poussée réactionnelle.

Nécrologie. — *M. Rist* prononce l'éloge funèbre de MM. Aviragnet et Vaquez.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Arthrite gardénalique

M. Bériel et Mlle Moreau en ont rapporté un nouveau cas à la Société médicale des hôpitaux de Lyon (25 février 1936).

Il s'agit d'un homme de 50 ans, comitial depuis l'âge de 20 ans, traité au gardénal depuis de nombreuses années, mais de façon irrégulière. Depuis trois mois, il a pris chaque jour 0 gr. 20 de gardénal avec recommandation de suivre très régulièrement ce traitement s'il ne veut pas voir ses crises se rapprocher. Il revient avec des signes d'arthrite de l'épaule gauche : impotence complète, douleurs extrêmement vivaces.

Il n'a jamais eu de traumatisme à l'épaule mais présente une blessure de guerre au niveau du coude gauche ayant nécessité une ligature de l'humérale.

Depuis huit jours cessation du traitement gardénalique qui est remplacé par du bromure ; amélioration.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, où à vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Un portrait de Charles Nicolle. — *De M. Georges Duhamel, ces lignes extraites d'un article : Notes sur Charles Nicolle* (MERCURE DE FRANCE, 1er avril 1936) :

«.... Charles Nicolle était grand et maigre. L'étude et la maladie avaient infléchi légèrement son buste, sans amoindrir une très naturelle et très simple majesté. Il était chauve avec des mèches légères et flottantes ; il avait le teint pâle des aortiques, le menton ras, une petite moustache rognée, presque blanche, le regard insistant, mais avec douceur. Le sens de la vue et celui du toucher, tous deux forts délicats chez lui, travaillaient sans cesse à la connaissance du monde extérieur et ils devaient, d'ailleurs suppléer à l'insuffisance des autres sens : l'odorat, chez Charles Nicolle, était faible et le spirituel petit nez contribuait plus à l'expression du visage qu'à l'analyse ou à la détermination des objets. Quant au sens de l'ouïe, il n'était sans doute pas aboli, mais très faible. Après de longs efforts pour ruser avec l'infirmité, pour « pactiser avec l'ennemi », Charles Nicolle s'était résigné finalement à recourir aux appareils électriques. Il s'en servait fort bien dans les entretiens privés, pour peu qu'on l'aidât ; mais, dans la conversation générale, il était vite submergé, perdait pied et se retranchait dans le silence avec un sourire mélancolique......

«...... Avec son grand feutre noir, ses longs vêtements sombres, ses mains aristocratiques et d'une adresse exemplaire, son visage pâle, creusé de rides profondes, sa voix vibrante et mal contrôlée, Charles Nicolle montrait une figure de savant bien frappante pour le profane : le savant des images. La surdité lui donnait de faux airs d'inattention. Il s'en excusait malicieusement en haussant les épaules. « Les savants sont distraits ! » disait-il. Il s'exerçait au détachement et il y avait du mérite, car il était plein de passion. Je l'ai appelé, dans un de mes livres, « collectionneur de dessaisissements », en souvenir d'un moment de sa vie où il donnait volontiers ses livres, ses bibelots, les menus trésors qu'un homme, en général, conserve jalousement. »

Poéticothérapie. — *De Mme Lucie Guillet dans* LA REVUE DE FRANCE (15 avril 1936) :

... Je l'ai signalé déjà, certains nerveux, les anxieux surtout, sont touchés, plus par les sonorités des rimes que par celles des mots de l'intérieur des vers. A ces nerveux-là le retour fréquent des mêmes rimes est d'excellent effet (poèmes à forme fixe).

En médecine, au cours d'un traitement par les ondes : couleurs, chaleur, électricité, etc., la répétition du même chiffre vibratoire s'impose.

En ce qui concerne la poéticothérapie, je dois la guérison d'un état anxieux aux violentes couleurs sonores des rimes de ces strophes d'Edmond Rostand, dans *Cyrano* :

Ce sont les cadets de Gascogne
De Carbon de Castel-Jaloux ;
Bretteurs et menteurs sans vergogne,
Ce sont les cadets de Gascogne
Portant blason, lambel, bastogne,
Tous plus nobles que des filous,
Ce sont les cadets de Gascogne
De Carbon de Castel-Jaloux.

Cette succession de vers, sur deux rimes, fut particulièrement tonique à un employé de banque : un anxieux exaspéré. Ce malheureux garçon se désespérait dans une phobie constante, à l'idée qu'il ferait ou avait fait des erreurs dans ses opérations ou dans ses relevés de comptes. Son sommeil était rompu par des cauchemars qui lui montraient des chiffres, dansant et s'enchevêtrant narquoisement pour se grouper en nombres toujours différents. Des désordres fonctionnels plus graves le déprimaient. Les rimes solides de la fameuse tirade de Rostand, en *ogne* et en *oux*, constituèrent le moteur déclenchant l'énergie. Tout l'organisme en eut un retentissement favorable.

Si nous répétons, avec force, ces rimes de *Cyrano*, dans la succession voulue par Edmond Rostand, nous avons :

ogne — oux — ogne — ogne — oux — ogne — oux

Ne semble-t-il pas que l'on entende un cri de combat que des guerriers lanceraient, dans une mêlée moyenageuse, pour s'entraîner au courage, pour relever les défaillances.

Le retour de rimes moins rudes, aux notes fraîches, limpides, légères ou caressantes infuse l'allégresse, l'apaisement réclamés par d'autres cas nerveux.

Mais que la qualité du son, du rythme, ou de la pensée, soit force primordiale, dans un fluide poétique, toujours la beauté de l'œuvre d'art est le moteur essentiel.

Nulle poésie ne peut irradier d'énergies salvatrices si elle n'est création d'artiste inspiré.

Le prisonnier. — *Sous ce titre, le Docteur J. Crinon écrit dans l'*INFORMATEUR MÉDICAL (1er mars 1936) :

.... Le titre de docteur en médecine apparaît à beaucoup comme le signe révélateur d'une constitution intellectuelle qui rend celui qui le porte inapte à tout autre chose que le palper, l'auscultation et l'ordonnance impérativement formulée.

Il fait honneur, certes, ce titre de docteur en médecine. Celui qui l'a conquis peut en tirer fierté ; on lui concède sans hésiter le prestige dont il jouit, mais il en est le prisonnier.

Il pourra s'occuper d'autre chose que de la santé de ses semblables, il pourra collectionner des médailles, jouer du violoncelle, dresser des panoramas avec des soldats de plomb, faire de la peinture ou de l'aviation, mais tout ceci sera considéré comme un Violon d'Ingres.

S'il veut s'occuper des affaires politiques, ce sera tout comme. On lui concédera la gestion de sa commune, mais qu'il ne dépasse pas, de grâce, ce stade municipal. Il pourra effectuer le tour de sa demeure, mais sur tous les sentiers qui pourraient l'inviter à s'en échapper pour dépenser son activité il trouvera l'écriteau : passage réservé, *private, verboten.*

Et s'il lui arrive d'enfreindre cette défense, il aura à s'en repentir. L'étiquette doctorale qu'il aura au chapeau le désignera à la critique et aux quolibets : « Qu'est-ce ce docteur qui se mêle d'écrire, de parler ou d'agir, qu'y connaît-il ? qu'il reste donc dans son cabinet ; mais sans doute qu'il n'y vient personne ». Et il sera ainsi le médecin sans clientèle ou l'aveugle qui se mêle de parler des étoiles.

Aussi les médecins avisés qui prennent la parole ou la plume, qui veulent s'exercer dans un art ou une profession qui n'ont rien à voir avec la médecine, ont-ils soin de rouler leur parchemin au fond d'une armoire et de se révéler sans titre aucun. Ils savent que ce serait déprécier leurs efforts que tirer ornement de leurs capacités doctoralement reconnues.

Etant étudiant, je m'étais fait une place satisfaisante dans la presse quotidienne comme vulgarisateur. Lorsque j'eus conquis mon titre, je crus pouvoir m'en parer. Quelle erreur fut la mienne !

Outre que j'étais catalogué définitivement et qu'il m'était interdit dès lors d'écrire aucune ligne qui ne fût d'ordre médical, ma prose était diminuée de valeur, étant imprégnée, par définition, de cet esprit médical qui doit rester dans la sphère que les préjugés lui ont tracée.

Dans les postes que j'ai ensuite occupés dans différentes maisons d'éditions ou dans de grands journaux je me suis entêté à conserver mon titre. Ce fut de ma part une énorme bévue.

Et l'ancien ministre qui, l'autre soir, parlant d'un de nos plus jeunes professeurs élu sénateur disait péremptoirement qu'il était « en dehors » ne m'étonna pas du tout. Rappelez-vous le rôle négatif du Professeur Pinard à la Chambre. Ce grand bonhomme voyait considérer ses idées comme des marottes. Le prestige énorme de ce maître était bafoué d'un sourire.

Nous sommes les prisonniers de notre titre, nous n'avons pas le droit de faire autre chose que de la médecine et si nous voulons enfreindre cette défense, il nous en cuira. Le public ne comprend pas qu'un médecin passe sa vie à autre chose qu'à soigner les malades, il le considère comme un inapte à tout autre tâche.

La lutte contre la dénatalité en Russie. — *Extrait d'un article de la* REVUE DES DEUX-MONDES (1er mai 1936) : *En U. R. S. S. Le problème du Foyer et de la Famille* :

« La lutte contre la dénatalité, contre l'avortement surtout, se poursuit par le moyen de la propagande et par des représailles administratives. La presse rappelle à ce sujet que le Gouvernement soviétique, dès 1920, avait mis le public en garde contre l'abus des avortements. Les journaux n'hésitent pas à les condamner et demandent l'application de mesures rigoureuses contre les médecins se livrant illégalement aux pratiques abortives, contre les rebouteuses estropiant les femmes, etc... Ils demandent des sanctions contre les maris qui, pour éviter les « désagréments » résultant de la naissance d'enfants, incitent leurs femmes à se faire avorter. Tout en reconnaissant que la question est « très délicate », la presse n'en réclame pas moins l'introduction d'un article spécial dans le futur statut du foyer.

« Une thèse courante, soutenue par la presse soviétique, est la suivante : l'U. R. S. S. posséderait toutes les conditions favorables au développement de la population, alors que ce n'est pas le cas des pays capitalistes. La nouvelle formule de M. Staline, « la vie est devenue plus aisée, plus gaie », est constamment citée et commentée à l'appui de cette thèse. « Dans notre pays, écrit la *Pravda*, la femme-mère est un des personnages les plus respectables. Des conditions d'enfantement très favorables sont réservées à nos mères, à nos kolkhoziennes, et cela à une époque où la barbarie capitaliste enlève à la femme ce qui lui est le plus cher : son droit à l'enfantement ».

« Bien entendu, les manœuvres abortives sont mises au compte de la bourgeoisie. Voici ce qu'écrit le Professeur A. Lourié, communiste, directeur de l'Institut gynécologique de Sverdlovsk : « La bourgeoisie a tué le sentiment de la maternité. Les idéologues ont fait croire aux mères que plus le pays serait peuplé, plus la vie deviendrait difficile. Dans les pays soviétiques chaque enfant nouveau-né est une joie, non seulement pour la mère, mais pour le pays tout entier ». Ces assertions, faut-il le dire, ne concordent pas avec la réalité soviétique. C'est un fait que beaucoup de paysannes kolkhoziennes ou d'ouvrières ne songent qu'à se soustraire à la maternité. D'autre part, les journaux d'U. R. S. S. rapportent des faits qui prouvent que, dans nombre d'entreprises et d'établissements, les femmes qui deviennent mères ne sont pas vues d'un bon œil. Certaines Administrations, avant d'embaucher les femmes, exigent d'elles le certificat médical de « non-grossesse ». Enfin, un article du nouveau « statut-type » des cartels agricoles, accordant aux travailleuses des champs un mois de congé avant les couches, n'est pas toujours observé par les Administrations, de sorte que les cas ne sont pas rares où les « femmes-mères kolkhoziennes » continuent de travailler jusqu'au moment de leurs couches.

« Enfin, pour enlever un prétexte de plus aux femmes à ne plus avoir d'enfants, la presse a ouvert ses colonnes à un débat animé sur les moyens de rendre absolument indolore la maternité ». Au pays soviétique, proclame solennellement le professeur rouge Lourié, déjà cité, la femme ne doit pas craindre les couches : on peut très bien les rendre non douloureuses. » Et ce savant communiste, promoteur de cette heureuse initiative, énumère une série de panacées, parmi lesquelles figure jusqu'à l'hypnotisme ...

A noter que l'inquiétude des milieux soviétiques au sujet de la natalité est justifiée par la baisse relative du chiffre des naissances. En effet, alors que la population de l'U. R. S. S. passait de 147 millions en 1926 à 161 millions en 1931, depuis cette dernière année et jusqu'à aujourd'hui, elle n'a augmenté que de 7 à 8 millions.

La religion et la science. — A la séance de mars de l'*Association des Amis de l'Institut catholique* (1), M. L. de Launay a fait, sous ce titre, une conférence où il adopte, dit-il, la position d'un homme ayant été depuis son enfance exclusivement nourri d'idées scientifiques, n'ayant souvent même pas entendu parler de religion ou s'en étant vite écarté et qui, un beau jour, sollicité par l'idée religieuse, se demande si, sans manquer aux principes logiques et expérimentaux dont il a été imprégné, il peut adopter les dogmes du catholicisme.

Voici extrait de cette conférence un passage où M. de Launay rappelle que la science a des limites infranchissables.

« La science est-elle inexacte ? Ce serait aussi faux que lorsqu'on la croyait impeccable et sans limites. Elle n'est pas inexacte dès qu'on ne la force pas à sortir de son domaine et à conclure au-delà de ses forces, lorsqu'on ne lui attribue pas une rigueur absolue que, dans l'ordre philosophique, elle n'atteint pas. Elle est même tout à fait exacte, de plus en plus exacte lorsqu'il s'agit des réalisations pratiques où nous n'avons pas communément à envisager des distances correspondant à des années-lumière, des années pendant lesquelles la lumière a constamment couru à raison de 300.000 kilomètres par seconde. La science reste une souveraine dans le cercle de ses frontières, sans avoir le droit de commander au delà. Elle n'est plus la grande dame arrogante et impérieuse que l'on imaginait autrefois si méprisante pour tout ce qu'on appelait les « superstitions ». Elle est une travailleuse modeste qui enregistre, commente et s'assimile des faits de plus en plus nombreux sans se dissimuler que les théories par lesquelles elle s'efforce de les relier restent toujours provisoires. Une vérité ne saurait être contradictoire avec une autre vérité. La vérité religieuse qui représente l'absolu n'a donc rien à craindre d'aucune vérité scientifique ; mais il ne faut pas lui opposer, sous prétexte de vérité, ce qui n'est qu'une hypothèse commode pour faire tourner nos machines. Non, la science n'est nullement inexacte dans la mesure où elle se borne à satisfaire nos besoins. Mais la science, on ne doit pas l'oublier, est toujours pressée d'aboutir à une solution simple et pratique. Dès lors, elle coupe court à travers les méandres de la réalité sans s'attacher à les suivre. Il s'agit pour elle de se frayer une route à la portée de notre esprit. Par le fait seul qu'elle simplifie, elle altère. L'erreur est de vouloir lui attribuer une rigueur et une certitude dont elle cherche seulement à se rapprocher, mais que — ses constants progrès suffiraient à le prouver — elle est bien loin d'avoir encore atteinte. Et cette erreur devient néfaste quand on croit pouvoir se fonder sur de prétendues certitudes qui sont illusoires pour saper la foi religieuse chez de pauvres âmes qui en tirent leur bonheur, leur consolation et leur espoir. »

Quartier Latin. — *De Jacques Le Bourgeois dans* LE JOURNAL (29 avril 1936) : L'UNIVERSITÉ, FRANCE DE DEMAIN :

Quartier Latin, quartier des vieux murs et des jeunes hommes des livres en montagnes, des cafés pleins, des restaurants pas chers, quartier des professeurs qui vont trottinant, le regard perdu dans l'abstrait, des étudiants qui s'en viennent, discutailleurs, les yeux écarquillés sur la vie. Quartier qui a ses frontières comme une province : au Nord l'égal glissement de la Seine sous ses ponts, mirant de Notre-Dame au Palais de Justice ce que Paris possède de plus sévère ou de plus ancien ; au Sud ce qu'on y trouve de plus glacial : les morts du Panthéon. Mais de l'un à l'autre, craquant de foule, de tramways, d'autobus, d'étalages en plein vent, d'enseignes lumineuses, vibrant de cris, de bagarres gouailleuses, de rires éperdus, le boulevard Saint-Michel, vingt heures par jour, charrie son monde.

Non, ce n'est pas un quartier comme les autres ! On y peut y hurler ce qu'on pense ou ce qu'on ne pense pas, s'y balader en culotte courte sans que les gens se retournent, envoyer une bourrade dans le dos qui marche devant soi, histoire de retrouver un camarade ou de dire : « Ça va... Je vous prenais pour un type du Droit ! »

Ceux qui bâillent à la terrasse des cafés sont sûrs qu'avant deux minutes, ils pourront héler un copain sur le trottoir. Celui qui bûche un examen ouvre son livre sur la banquette, ceux qui n'ont rien à faire le submergent de politique et de nouvelles sportives. Une aimable ignorance du tien et du mien, des mensonges de politesse et des tours d'ivoire individuelles brasse tout le monde dans un remou brutal et bon enfant, celui de quarante mille étudiants qui bourrent leur cervelle ou sont censés le faire.

Ce remous, on commence par y être perdu soi-même et ne rien comprendre. On cherche à s'orienter comme dans une ville étrangère : la Seine, le Panthéon, la Sorbonne... Le ressort du mécanisme, on le connaît : ces gens-là s'instruisent. Mais les rouages sont infinis : académie, facultés, cours, collèges, écoles, instituts de ci ou de ça... Tout paraît aussi mystérieusement compliqué qu'une ruche dont on a soulevé le couvercle...

De quoi Gœthe est-il mort ? — JE SUIS PARTOUT (2 mai 1936) :

La plupart des biographes admettaient jusqu'à présent que Gœthe était mort d'un catarrhe pulmonaire. D'après un article récemment paru dans la *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, il aurait succombé à une angine de poitrine.

Cette maladie, fait remarquer l'auteur, n'a pu être diagnostiquée par les médecins de l'époque, car elle était alors inconnue. D'après leurs rapports, Gœthe avait souffert, huit jours avant sa mort, d'un accès de grippe, mais il se trouvait complètement rétabli au bout de trois jours ; il avait repris tous ses travaux habituels. Dans la nuit du 19 au 20 mars 1832, il eut un accès d'angine de poitrine, auquel il résista, mais qui laissa une faiblesse du cœur ; il devait mourir le 22.

Cette thèse semble confirmée par une description de la crise en question, que l'on trouve à la fin de la biographie d'Emile Ludwig : « Une angoisse terrible, une inquiétude faisaient aller le vieillard de son lit à son fauteuil ; la douleur, qui se fixait de plus en plus dans la poitrine, lui arrachait tantôt des gémissements, tantôt des cris ; les traits de son visage étaient convulsés, son teint blême, les yeux s'enfonçaient profondément dans leurs orbites livides, son regard exprimait une affreuse peur de la mort... »

« Les générations n'ont plus rien qui les relie, et les empêche de se dresser l'une contre l'autre. « Un homme de 1910 pouvait s'accorder avec un homme de 1880 et peut-être de 1860. Il n'y avait entre eux qu'une différence d'âge. Ils vivaient sur les mêmes croyances et les mêmes désirs, dans les mêmes cadres. » Cela est fini : aujourd'hui, deux hommes séparés par moins de vingt-cinq ans ont l'impression de ne pas vivre sur la même planète. Qu'y a-t-il donc entre eux ? M. Emile Henriot croit discerner une différence essentielle : la vieille génération vivait dans des habitudes, et dans le respect de traditions acceptées ; les jeunes ne veulent rien accepter à quoi ils ne puissent donner leur foi. » (André ROUSSEAUX. — *Propos du Samedi*. Le divorce des générations, *Figaro*, 11 avril 1936.)

(1) *Bulletin de l'Institut catholique de Paris*, 25 avril 1936.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

L'Année médicale pratique, XVe année, édition 1936 publiée sous la direction de C. Lian. 1 vol. in-16, 800 pages, 24 fig. Prix : 26 francs. Edit. Lépine.

Les nombreux médecins qui connaissent ce volume l'attendent chaque année avec impatience, car ils savent qu'ils trouveront une mise au point de toutes les notions médicales à la fois nouvelles et pratiques, clairement exposées dans 300 petits articles classés par ordre alphabétique.

Les Fiches de pratique médicale (Direction scientifique : Montpellier ; administration : 15, boulevard Baudouin, Bruxelles), dont viennent de paraître trois nouvelles séries (plus de 1.000 pages), toutes mises à jour 1935, tiennent bien leurs promesses et répondent au programme tracé par ses promoteurs et souhaité par les praticiens.

Chaque fiche de 2, 4, 8 ou 12 pages in-8°, rédigée et signée par un professeur de Faculté ou un médecin qualifié traite d'une question de pratique courante et rappelle au médecin l'essentiel de ce qu'il doit connaître d'une question médico-chirurgicale.

La réunion de ces fiches constitue donc un excellent organe de documentation du médecin omnipraticien. C'est en même temps un instrument de travail commode et pratique.

Le Fichier sera constamment tenu à jour, car dès qu'une notion nouvelle sera acquise, une nouvelle Fiche sera immédiatement rédigée et ira remplacer automatiquement dans le Fichier l'exemplaire qui paraîtra vieilli. De cette manière, le médecin aura sur son bureau de travail un organe de renseignements toujours complété, rajeuni, modernisé ; le plus souvent ce Fichier suffira à lui seul pour le documenter. Le classement alphabétique ou systématique lui permettra de trouver instantanément la Fiche voulue.

Rappelons encore que l'ouvrage, qui doit comprendre un millier de documents couvrant 3.000 pages de carton classées dans une boîte appropriée, sera achevé au cours de la présente année, tandis que dès 1936 paraîtront les Fiches de remplacement.

Cette publication, bien accueillie dans le Corps médical, est appelée à un gros succès.

L'Art d'être maman. *Elément de puériculture pratique*, par Edmond Weill et Charles Gardère. Un vol. de 208 pages illustré de photographies et de dessins, 25e mille. Prix : 15 francs. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Cet ouvrage, de la plus haute insipration et cependant accessible à tout le monde doit être dans tous les foyers.

Les syndromes neuro-hématiques, par H. Roger et J. Olmer. Un volume de 230 pages, 32 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Après quelques mots d'historique et d'étiologie, les auteurs s'attachent plus particulièrement à l'étude clinique et thérapeutique de ces syndromes. L'étude anatomique vient aussitôt après, ainsi que la pathogénie dont l'étude ne peut être efficacement entreprise qu'en se basant sur toutes les données précédentes, mais aussi en anticipant un peu sur celles fournies par les nouvelles méthodes de traitement. Ils montrent enfin ce qu'on peut enfin à l'heure actuelle attendre de la thérapeutique en présence de pareilles manifestations.

A l'inverse des nombreuses éventualités où le sang s'appauvrit en globules rouges, il existe quelques cas où le nombre des hématies s'accroît au-dessus de la normale, d'où le nom de polyglobules qu'on leur donne. Les auteurs exposent les « syndromes neuro-polyglobuliques » parmi lesquels, la polyglobulie essentielle qui se traduit par une série de syndromes neurologiques, joue le rôle essentiel.

Les manifestations nerveuses au cours des leucémies sont des connaissances relativement récentes. Les auteurs exposent la diversité d'aspect des « syndromes neuro-leucémiques », leurs manifestations cliniques, leur mécanisme pathogénique qui n'est pas uniforme.

Des syndromes neuro-hémophiliques et des syndromes neuro-hémogéniques groupés sous le titre général de « syndromes neuro-hémorragipares », les premiers sont les plus fréquents, les auteurs s'étendent surtout sur les manifestations centrales ou périphériques nerveuses qui surviennent chez les hémophiles. Sous le nom de « syndromes neuro-posthémorragiques » sont étudiés les accidents nerveux consécutifs aux spoliations sanguines abondantes, différents des troubles nerveux dus aux anémies secondaires à des hémorragies répétées, dont il a été déjà parlé dans le chapitre « syndromes neuro-anémiques ». Les accidents les plus fréquents sont d'origine cérébrale : hémiplégies, convulsions, troubles psychiques, coma avec hypertonie.

En même temps que la maladie de Hodgkin était mieux diagnostiquée, le développement pris par les « syndromes neuro-lympho-granulomateux » apparaissait plus évident. L'atteinte du système nerveux porte principalement sur la moelle (compression lente) mais on peut observer aussi des localisations cérébrales et nerveuses. Les auteurs exposent l'étude de ces lésions, ils précisent le mécanisme pathogénique de ces accidents et la thérapeutique actuelle.

Après avoir examiné tous les cas où les maladies du sang retentissent sur le système nerveux central ou périphérique, les auteurs consacrent le dernier chapitre de ce livre aux cas où des modifications sanguines ou même des maladies du sang sont la conséquence d'altérations du système nerveux, « syndromes hémato-neuraux », ils envisagent les modifications de la série rouge et de la série blanche en se basant sur les données expérimentales et cliniques.

Une importante bibliographie termine chaque chapitre.

Divers

Les bois, les champs et les jardins. Vie et mort des insectes. — *Le scorpion. La mante religieuse. Le cloporte. La tégénaire des murailles. Les mangeurs de la forêt. Le scarite géant. Le copris. La grande sauterelle verte. La cétoine dorée. Le géotrupe. Les Araignées-Loups*, par Marcel Roland. 1 vol., 12 francs. Mercure de France, 26, rue de Condé, Paris.

L'auteur a vu ce qu'il peint et le peint avec bonne foi et exactitude ; et si, tout en restant jalousement dans le réel, il se laisse parfois entraîner à quelque lyrisme devant la profondeur et l'élévation du Drame, l'obscur génie de ses acteurs et la prodigieuse variété de ses décors, les amis de la Nature ne sauraient que l'en féliciter.

Annales historiques de la Révolution française. Paraissant six fois par an. Abon. France : 40 francs. Mellotée, éditeur, 48, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

Sommaire du n° de mars-avril 1936 : Louis Gottschalk : Quelques études récentes sur Marat (trad. par R. Renard). — Louis Jacob : La Grande Peur de 1789, en Artois. — F. Arsac : Une émeute contre-révolutionnaire à Meymac (Corrèze).

Mélanges : Souvenirs de Samuel Breck (trad. par R. Renard).

Glanes. — A propos de Quiberon (D. Bernard). — A propos d'un mémoire de Robespierre (H. Contamine). — Une peur à Dreux en 1795. — Une peur en Maine-et-Loire et Indre-et-Loire à la fin d'août 1792. — Un incident contre-révolutionnaire à Douai en 1790 (G. Lefebvre).

Bibliographie. — Notices. — Revue de la Presse. — Chroniques.

Revue des cours et conférences. — Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Le n° 4 fr. 50. Abon. 60 francs. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 15 avril 1936 : A. Grenier : Camille Jullian et les Antiquités nationales. — Paul Yvon : Les crises de la morale et de la moralité dans l'histoire de la civilisation et de la littérature du pays anglo-saxons (I) : Les idées morales et leur expression dans les littératures anglaise et américaine. — Pierre Jourda : L'exotisme dans la littérature française depuis le romantisme. Introduction. — G. Bachelard : La dialectique de la durée (V) : Durée et causalité intellectuelles. — G. Michaut : La Bruyère (VIII) : La Bruyère critique des conditions sociales. — G. Zeller : Les relations internationales au temps de la Renaissance (VI) : Les grands problèmes internationaux. — A. Feugère : Rousseau et son temps (XI) : Le mal du siècle au XVIIIe siècle.

Les Livres de la semaine

Coutière (H.). : **Connais-toi ou la physiologie sans pleurs** ; 175 p. 15 fr. (Béranger).

Cordier (Victor) et Croizat (Pierre). : **Les splénomégalies.** Diagnostic. Traitement ; 8°, 90 p., 16 fig. : 35 fr. (Doin).

Buisson (P.) et Audier (H.) : **Les interventions de pratique médicale courante.** Technique. Indications. 160 p., fig. : 15 fr. (Doin).

Borliachon (Léo) : **L'homéopathie.** Ses principes. Ses applications. Ses résultats ; 64 p. : 5 francs (Doin).

Pierreville (R.) : **L'inégalité humaine devant la mort et la maladie** ; 148 p. : 15 fr. (Fustier).

Chrétien (Henri) : **Le cancer.** Sa cause. Troubles organiques et maladies qui le précèdent ; 184 p. : 15 fr. (Le François).

Le Gérant : A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 20 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 16 MAI 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Travaux originaux
D. OLMER, J. LIVON, J. OLMER et M. AUDIER : De l'action du vaccin antirabique dans le traitement des manifestations douloureuses des artérites 801
H. CODET : L'impressionnable vago-tonique, variété d'émotif 802
R. MERCIER : Histoire de la Médecine en Touraine 806

Clinique chirurgicale
MOULONGUET : L'électro-coagulation dans le traitement des cancers externes 819

Le Mouvement médical
L'ulcus gastro-duodénal, par J. LAFONT 823

Diagnostic
Les maux de Pott silencieux ou à symptomatologie atypique, par J. CHATAIN 824

Revue de Presse parisienne 827

Sociétés savantes
Académie de Médecine 828
Académie de Chirurgie 828
Société Médicale des Hôpitaux 831

Nouvelles 795
Echos et Glanures 835
Bibliographie 838
Les Livres de la semaine 838

Supplément illustré
P. ASTRUC : Les belles Pages Médicales : Landré-Beauvais, Double et la séméiologie au début du XIXᵉ siècle.

NOUVELLES

Agrégation en médecine. — *Section de médecine générale.* — Candidats inscrits :

Académie de Paris : MM. Albot, Andrieux, Azerad, Bariéty, Benda, Blondel, Bonnet, Cachera, Caroli, Cattan, Coste, Decourt, Degos, Delarue, Doubrov, Dreyfus, Garcin, Gennes (de), Jacquet, Kourilsky, Lamy, Lelong, Lenègre, Marchal, Marie, Massias, Merklen, Mollaret, Patey, Péron, Perrault, Poumeau-Delille, Soulié, Uhry, Walich, Walser, Worms.

Académie d'Aix : MM. Brahic, Olmer, Raybaud.

Académie de Bordeaux : MM. Broustet, Dervillée, Gré, Massière, Traissac.

Académie de Lille : MM. Breton, Houcke, Huriez, Martin, Patoir, Warembourg.

Académie de Lyon : MM. Barbier, Barral, Chevallier, Croizat, Delore, Froment, Gardère, Guichard, Josserand, Levrat, Martin, Naussac, Thiers.

Académie de Montpellier : MM. Boucomont, Chardonneau, Lafon, Rimbaud.

Académie de Nancy : MM. Kissel, Michon.

Académie de Toulouse : MM. Bounhoure, Desforges-Mériel, Fabre, Gadrat, Planques, Stillmunkes.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Santé publique. — *Au grade d'officier.* — M. le Docteur Roy, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, stomatologiste honoraire des hôpitaux.

Au grade de chevalier. — M. Souweyne, chirurgien dentiste à Troyes.

VIIIe Cours international de haute culture médicale et visite archéologique de la Grèce. (Athènes, 7 septembre au 21 septembre 1936.) — Le Docteur Marcel Laemmer est désigné pour remplir le poste de secrétaire du VIIIe Cours international de haute culture médicale pour les pays de langue française.

Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur L.-W. Tomarkin, Faculté de médecine, 115, boulevard de Waterloo, Bruxelles (Belgique).

Ier Congrès international de Pyrétothérapie. — Organisé par la *Columbia University*, il se tiendra à New-York du 29 septembre au 3 octobre 1936. On y discutera tous les problèmes concernant la physiologie, la pathologie et les applications thérapeutiques de la fièvre. Le Prof. Abrami a été chargé de l'organisation européenne de ce congrès. Adresser toutes les publications françaises au secrétaire général, 222 *bis*, rue Marcadet, Paris (XVIIIe) avant le début de juin.

Journées médicales de Bruxelles. — La XVe session se tiendra du 20 au 24 juin 1936.

Cours de perfectionnement sur la tuberculose du lundi 15 juin au samedi 11 juillet inclus, par M. le Professeur Emile Sergent, avec la collaboration de MM. Benda, de Berne-Lagarde, F. Bordet, Cardis (de Leysin), Couvreux, Courcoux, H. Durand, Evrot, Genevrier, Mme Gouin, MM. Grellety-Bosviel, Haas, d'Heucqueville, Imbert, Iselin, Kourilsky, Launay, Lonjumeau, Mamou, de Massary, Mignot, Oury, Poumeau-Delille, Pignot, Pruvost, Racine, Ribadeau-Dumas, Rouget, Sieur, Thiébault, Turpin, Vibert et de Winter (de Bruges).

Conférences à l'hôpital Broussais. — Lundi 15 juin, 9 h. 30, M. Sergent : Conception générale de la pathogénie et de l'évolution clinique de la tuberculose ; 16 h. 30, M. Durand : Anatomie pathologique : conceptions anatomiques. — Mardi 16 juin 16 h. 30, M. Durand : Anatomie pathologique . les formes anatomiques ; 17 h. 30, M. Durand : Bactériologie générale : les voies d'infection. — Mercredi 17 juin, 16 h. 30, M. Kourilsky : Les réactions humorales ; leur valeur diagnostique. — Jeudi 18 juin, 16 h. 30, M. Sergent : Classification des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire de l'adulte ; 17 h. 30, M. Sergent : Les éléments généraux du diagnostic. — Vendredi 19 juin, 15 heures, M. Sieur : Le dépistage de la tuberculose par la radioscopie systématique ; 16 h. 30, M. Génévrier : Les signes physiques et stéthoscopiques ; 17 h. 30, M. Rouget : La tuberculose des voies aériennes supérieures et du larynx. — Samedi 20 juin, 16 h. 30, M. Sergent : Les signes fonctionnels et les fausses tuberculoses par signes fonctionnels ; 17 h. 30, M. Sergent : Les signes généraux et les fausses tuberculoses par signes généraux. — Lundi 22 juin, 16 h. 30, M. Courcoux : Tuberculose pleurale ; 17 h. 30, Courcoux : Tuberculose des séreuses. — Mardi 23 juin, 16 h. 30, M. Kourilsky : Le foie des tuberculeux ; 17 h. 30, M. Bordet : Le cœur chez les tuberculeux. — Mercredi 24 juin, 16 h. 30, M. de Berne-Lagarde : La tuberculose rénale ; 17 h. 30, M. Turpin : Vaccination antituberculeuse B. C. G. — Jeudi 25 juin, 16 h. 30, M. de Massary : Le système nerveux des tuberculeux ; 17 h. 30, M. Pruvost : Les hémoptysies tuberculeuses. — Vendredi 26 juin, 16 h. 30, M. Ribadeau-Dumas : La tuberculose de la première enfance ; 17 h. 30, M. Ribadeau-Dumas : La tuberculose de la deuxième enfance. — Samedi 27 juin, 16 h. 30, M. Courcoux : Le pneumothorax tuberculeux ; 17 h. 30, M. Sergent : Les signes d'activité et d'évolution : les éléments du pronostic. — Lundi 29 juin, 16 h. 30, M. Sergent : Les signes radiologiques ; 17 h. 30, M. Sergent : Les signes radiologiques. — Mardi 30 juin, 16 h. 30, M. Oury : Le tube digestif des tuberculeux ; 17 h. 30, M. Oury : Le tube digestif des tuberculeux (*Suite*). — Mercredi 1er juillet, 15 heures, M. Cardis (de Leysin) : Comment expliquer le pneumothorax électif ; 16 h. 30, M. Mignot : Le pneumothorax artificiel ; 17 h . 30, M. Pruvost : Les complications du pneumothorax artificiel. — Jeudi 2 juillet, 16 h. 30, M. Bordet : Les méthodes chirurgicales de collapsothérapie ; indications et résultats. — Vendredi 3 juillet, 16 h. 30, M. Evrot : Le statut juridique des différents organismes de la lutte antituberculeuse et des offices publics d'hygiène sociale ; 17 h. 30, M. Evrot : Organisation départementale des dispensaires. — Samedi 4 juillet : Visite au sanatorium de Bligny. — Lundi 6 juillet, 16 h. 30, M. Mignot : Le traitement médicamenteux et le traitement spécifique. — Mardi 7 juillet, 16 h. 30, M. Bordet : Le traitement des complications ; 17 h. 30, M. Mignot : Clima-

tologie. — Mercredi 8 juillet : Visite d'un préventorium. — Jeudi 9 juillet, 16 h. 30, M. PIGNOT : Les ressources héliothérapiques et actinothérapiques dans le traitement de la tuberculose ; 17 h. 30, M. DE WINTER : L'apicolyse et la cure chirurgicale des cavernes géantes. — Vendredi 10 juillet, 16 h. 30, Mme GOUIN : Le rôle de l'infirmière dans un dispensaire.

Les conférences théoriques sont publiques et pourront être suivies par un nombre illimité d'auditeurs.

Stage hospitalier et exercices pratiques : 1° le stage hospitalier aura lieu le matin ; répartition des élèves en équipes passant successivement par les services des conférenciers dont ils suivront les visites et les policliniques ; 2° les exercices pratiques auront lieu l'après-midi : démonstrations cliniques et radiologiques : examens de laboratoires, visites de dispensaires, d'un préventorium et de sanatorium (Bligny). Visite de la pouponnière E. F. F. (Boulogne). Aux exercices pratiques s'ajouteront une série de conférences faites sur les sujets d'actualité phtisiologique.

Le programme détaillé des démonstrations pratiques et des conférences d'actualité sera distribué aux participants au début du cours.

N. B. — Les exercices pratiques et le stage dans les services hospitaliers seront réservés uniquement aux élèves qui auront versé au secrétariat de la Faculté les droits d'inscription de 300 francs, et aux boursiers du Comité national de défense contre la tuberculose (s'adresser 66, boulevard Saint-Michel).

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures et salle Béclard, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf samedi après-midi). Un certificat sera délivré aux élèves du cours.

Ouverture du cours : lundi 15 juin, à 9 h. 30, à l'hôpital Broussais.

IVe Congrès de cytologie. — Le IVe Congrès international de cytologie expérimentale aura lieu à Copenhague du 10 au 15 août 1936.

10 août : Rapport sur la chimie physique de la cellule. — 11 août : Problèmes histo-chimiques et métabolisme de la cellule. — 12 août : La morphologie expérimentale. — 13 août : L'électro-physiologie de la cellule. — 14 août : Pathologie expérimentale de la cellule.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Professeur Harold Okkels, Institut d'anatomie pathologique, Université, 11, Frédérik Vvy, Copenhague (Suède).

Médecins sanitaires maritimes. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine (laboratoire d'hygiène), les 22, 23 et 24 juin 1936.

Les dossiers des candidats devront être adressés, un mois à l'avance, au ministère de la Marine marchande (Direction de la flotte de commerce et du travail maritime), 3, place de Fontenoy Paris (VIIe).

Association générale des Médecins de France. — *Assemblée générale annuelle.* — Cette assemblée aura lieu sous la présidence de M. Chapon, le dimanche 17 mai 1936, à 14 heures, dans la salle des séances de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi. Seuls peuvent y assister les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des Sociétés locales et les membres de la presse médicale.

Le soir, banquet à l'hôtel Continental, rue Rouget-de-l'Isle, sous la présidence de M. Siredey, ancien président de l'Académie de médecine, vice-président de l'Association. En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part en envoyant avant le 15 mai leur adhésion et le prix du banquet (50 francs), à M. Jules Bongrand, trésorier général de l'Association, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe). (Chèques postaux : Paris 186-07. Téléphone : Littré 61-43).

XIe Congrès national du timbre antituberculeux. — La manifestation de clôture aura lieu le samedi 23 mai 1936, à 20 h. 45, dans la salle des Congrès du Centre Marcelin-Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, Paris. Une partie artistique est prévue.

Jubilé scientifique de M. Antoine Béclère. — De nombreux collègues, amis et élèves du docteur Antoine Béclère se sont réunis, le 10 mai, au centre Marcelin-Berthelot, pour fêter son 80e anniversaire et son jubilé sicentifique.

Successivement, élèves et amis du maître vinrent lui apporter leurs affectueuses félicitations et rappeler en quelques mots les grands traits de sa carrière et de son œuvre. Son dernier interne, le Docteur Paul Gibert, énuméra les très nombreux témoignages de sympathie, adresses officielles et télégrammes, qui ont été adressés à M. Béclère pour son anniversaire. Sociétés de radiologie, d'Allemagne, Belgique, Canada, Finlande, Italie, Pays-Bas, Pologne, Roumanie, Suède, Suisse, U. R. S. S. ont tenu à lui adresser par télégramme leurs félicitations.

Puis MM. Jousset, Ribadeau-Dumas, Rist et le professeur Sergent passèrent en revue l'œuvre clinique, de médecine expérimentale et d'enseignement ; MM. Maingot, Ledoux-Lebard et Darboix s'attachant à l'œuvre radiologique.

Le professeur Rosselet, de Lausanne, était venu tout exprès pour apporter à son collègue français l'affectueuse sympathie des radiologistes suisses. Le professeur Schinz, de Zurich, fit hommage au docteur Antoine Béclère du volume jubilaire spécial que la revue *Strahlentherapie*, dirigée par le professeur Hans Meyer, de Brême, a composé en son honneur : 120 articles originaux sur des sujets de radiologie sont ainsi dédiés à M. Antoine Béclère par les savants de vingt-cinq pays différents. M. Siredey évoqua les précieux souvenirs d'amitié.

Et le professeur Regaud offrit à son ami Antoine Béclère la belle médaille à son effigie due au sculpteur Dropsy.

Le Musée des hospices de Lyon. — La démolition de l'hospice de la Charité et la nécessité de reconstituer ailleurs trois de ses salles classées comme monuments historiques exigeaient la création de ce Musée.

Il a été inauguré le 8 mai. Voici, d'après le *Nouvelliste*, la manière dont il est aménagé.

Le cadre choisi pour abriter le Musée est celui du Petit Dôme, le plus ancien et le plus pittoresque des dômes de l'Hôtel-Dieu, avec sa disposition en croix et ses salles dites anciennement des « Quatre femmes ».

Dans un premier couloir est placée une reproduction du groupe du Pélican qui décorait la façade de l'église de la Charité, et le Coq qui surmontait une des portes du vieil hospice. Vieil emblème des philosophes hermétiques, il était devenu celui du Collège royal de chirurgie.

Sous le dôme se trouve la maquette en bois de la charpente du grand dôme. Cette place était occupée autrefois par un autel en fer forgé qui est actuellement relégué dans les sous-sols de l'Hôtel-Dieu.

Dans la première salle, on remarque de très belles tapisseries d'Aubusson du XVIIe siècle, marquées aux armes de l'Hôtel-Dieu. Des vitrines sont garnies de médailles, de faïences anciennes, de miniatures des XVIe et XVIIe siècles, des peintures sur cuivre.

Les livres de compte de la Charité, habillés de maroquin et richement enluminés, y voisinent avec des almanachs royaux de diverses époques et un document, de 1203, le plus ancien que possèdent les archives ; une lettre de Pasteur, etc...

Parmi les objets les plus curieux on voit un lit à quatre places datant de 1785 ; un brancard pour le transport des malades de

leur domicile à l'Hôtel-Dieu, un berceau ancien, un fauteuil et plusieurs chaises percées du Grand Siècle.

A côté du cercueil du Cardinal de Richelieu, ont été disposées des hallebardes portées par les Suisses de l'Aumône Générale, des boulets tirés sur l'Hôtel-Dieu pendant le siège de Lyon en 1793.

Les trois salles qui suivent, placées en enfilade, sont celles du Conseil des Archives et de la Pharmacie de la Charité. Elles ont été reconstituées en 1934-35 sous la direction du ministère des Beaux-Arts.

La salle du Conseil est recouverte de boiseries Louis XV exécutées en 1744-45 par le maître-menuisier Sébastien Tardy. Elle est ornée des plus beaux meubles, consoles, commodes, tables et armoires de style. La cheminée en marbre gris bleu, due au ciseau d'Antoine-Michel Perrache, est surmontée de trois vierges du XVII[e] siècle : l'une en ivoire, d'une finesse remarquable ; la seconde en terre cuite, est la maquette de la statue exécutée par Coysevox en 1676 pour une niche placée rue du Bât-d'Argent, et qui est actuellement à l'église Saint-Nizier ; la troisième en bois, vient de la chapelle de la Charité.

On remarque également une aube en dentelle au point d'Angleterre (XVI[e] siècle), ayant appartenu à Saint-François de Sales et exécutée pour lui par les religieuses de la Visitation de la rue Sainte-Hélène ; des chartes de mariage lyonnaises ; des instruments de chirurgie ayant appartenu au Docteur Rollet, chirurgien-major de l'Antiquaille; des albums d'aquarelles des maladies vénériennes exécutées par Guy et Lombard et de beaux vases de Delft.

La salle, éclairée par un lustre provenant de la chapelle de la Charité, est garnie de tableaux, parmi lesquels on distingue trois peintures à guirlandes de fleurs, dans le style de Monnoyer, époque Louis XIV.

La salle des Archives, joyau du Musée hospitalier, est peu meublée : quelques chaises et un escabeau de style Louis XIII, un coffret de mariage italien, deux tableaux, deux poupées revêtues du costume des Sœurs et prétendantes hospitalières ; les livres d'or des bienfaiteurs et administrateurs...

Cette salle, classée monument historique, a été exécutée en 1741-42 sur l'initiative du Recteur de la Charité, François Deschamps, par le maître-menuisier Louis Caminet et le maître-serrurier Charles Vial.

«.....On ne sait, écrit à son sujet M. l'abbé Chagny, qu'admirer le plus des hautes armoires de chêne feuille morte, dont les vantaux sculptés forment lambris ; des tympans de même essence, d'une courbe si gracieuse qui les surmontent, ornés tour à tour de pélicans et de bouquets de chicorée : des pilastres couronnés de vivantes statuettes de génies, personnifiant la Fidélité, la Concorde, l'Activité, la Discrétion, tandis que, dans les angles, des figures un peu plus grandes de femmes assises représentent la Religion, la Prudence, la Force, la Charité ; enfin, du pilier central, gainé de chêne et qui soutient une élégante voûte de stuc en pendentifs et en arcades décorés de fleurons. Il n'est pas jusqu'aux ferrures qui ne témoignent, par le fini de l'exécution et l'originalité du mécanisme, du degré de perfection où se maintenait le travail du serrurier dans notre ville vers le milieu du XVIII[e] siècle... »

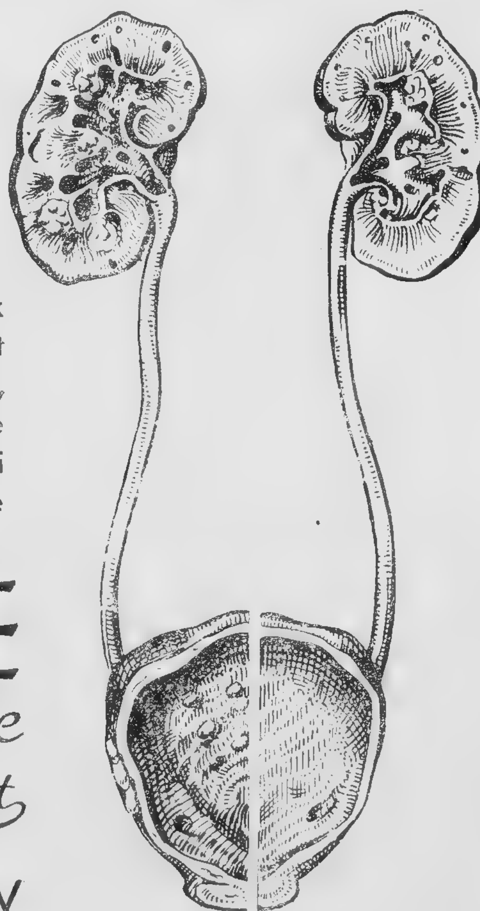
Le cabinet de pharmacie (également classé monument historique), avec ses boiseries à galeries, de couleur sombre, étonnamment conservées, ses fines arcatures supportées par des colonnettes torses, ses guirlandes de feuillage, ses mascarons, ses délicates figurines (un dentiste, un préparateur de thériaque, un médecin); sa riche collection de vases, buires, cornets en faïence et en majolique, est un précieux et rare spécimen d'officine du temps de la Renaissance.

Ce Musée sera plus qu'un document rétrospectif, il restera le témoignage des bienfaits rendus au cours des siècles à la population lyonnaise par ses anciennes institutions hospitalières.

Revue des Etudes Napoléoniennes. Mensuelle. Abonnement. France : un an : 100 francs. Le numéro 12 fr. 50. G. Ficker, éditeur, 6, rue de Savoie, Paris.

Sommaire du numéro de février-mars 1936 : Pour le Centenaire de la mort de Madame Mère. — Edouard Driault : Madame Mère. — Jules Mazé : Madame Mère à l'Hôtel de Brienne (planche hors texte) Madeleine Tartary : Madame Mère au château de Pont-sur-Seine (deux pl. horstexte). — Emile Franceschini : Les sépultures des Napoléons (trois pl. hors texte.)

Chroniques napoléoniennes : Chanson arabe sur Bonaparte en 1798 (G. M.). — Pèlerinage napoléonien en Italie (général de Masirevich). — Napoléon à Austerlitz, page inédite de L. Tolstoï. — Destruction d'un souvenir napoléonien en Catalogne (F. C.) — Sœur Marie Rafols et Lannes (F. C.). — Madame Mère et son historien, le baron Larrey. — Alphonse XIII et Napoléon (Maréchal Lyautey).



TRAVAUX ORIGINAUX

De l'action du vaccin antirabique dans le traitement des manifestations douloureuses des artérites

Par **D. OLMER, J. LIVON, Jean OLMER** et **M. AUDIER**
(de Marseille)

En 1934, Haguenau, Cruveilhier et Nicolau avaient publié à la Société médicale des hôpitaux les heureux résultats du traitement antirabique sur certaines algies. Ils en reprenaient l'étude en octobre 1935 dans les *Annales de l'Institut Pasteur*.

Ils avaient constaté en effet, comme l'un de nous, qu'un grand nombre de personnes qui suivaient le traitement antirabique parce qu'elles avaient été mordues par des chiens suspects, avaient ressenti une amélioration manifeste d'un état morbide ne présentant aucune relation avec la rage ou avec leur morsure. Il s'agissait en général d'algiques ou de migraineux. Ces constatations cliniques, qui s'expliquaient par le neutropisme du virus rabique, démontré par Pasteur, Roux et Chamberland, les avaient incités, devant l'innocuité absolue du traitement antirabique, à utiliser cette action favorable en thérapeutique.

Ils ont ainsi traité des cas de rhumatisme chronique, de zona, de sympathalgie, d'algie du trijumeau, de sciatique, de migraine on de tabes.

Nous-mêmes, depuis leur première publication, avions eu l'idée de traiter depuis juillet 1934 les algies souvent extrêmement pénibles et rebelles des artérites. Nous avons adopté le même rythme des injections que celui qui est actuellement pratiqué à l'Institut Pasteur dans le traitement de la rage : inoculation quotidienne de moelle de cinq jours à quarante-huit heures pendant un temps variant de dix-huit à vingt-cinq jours.

Voici le résumé de nos observations :

Observation I. — Er..., âgé de 49 ans, *maladie de Léo Buerger*. Début par des douleurs de type sciatalgique en 19.8 ; il avait alors 41 ans. Un an plus tard, gangrène du deuxième et troisième orteil gauche. Une sympathectomie fémorale ne donne aucun résultat et l'on est obligé d'amputer les orteils sphacélés. Cicatrisation très lente. Reprise du travail pendant quelques mois, mais il est bientôt obligé d'interrompre ses occupations à cause de l'apparition des phénomènes de claudication intermittente du membre inférieur gauche.

Traité dans différents services hospitaliers sans succès, il entre à l'Hôtel-Dieu le 14 mars 1933. Malgré le traitement institué : acétylcholine, il fait du sphacèle du quatrième orteil gauche qui s'élimine en partie. Mais surtout dès ce moment apparaissent des douleurs de décubitus très intenses qui ne se calment qu'en partie après l'élimination de la zone nécrotique.

Le membre inférieur gauche ne présentait aucune oscillation au Pachon à la jambe et un indice de 1/4 à la cuisse ; par contre, cet indice était de un à la cuisse droite et de 1 1/2 à la jambe droite. Il ne subissait aucune modification par les épreuves du bain chaud et de l'acétylcholine.

Après 42 injections d'acétylcholine à 0,40 par jour, la plaie du quatrième orteil est presque guérie mais les douleurs persistent intenses. La radiothérapie des surrénales n'amène qu'une légère sédation.

En janvier 1934 apparaît une plaque de sphacèle du gros orteil droit. Il n'y a plus d'oscillations à la jambe droite. Les douleurs sont atroces à la prédominance nocturne, elles empêchent tout sommeil, elles arrachent des cris au malade qui a supporté remarquablement jusque-là ses souffrances. On a essayé le traitement par l'insuline (20 unités par jour) la diathermie, les fortes doses d'acétylcholine (0,60 par jour) et une nouvelle série de séances de radiothérapie surrénale. Mais devant l'inefficacité de ces traitements, on est obligé de prescrire des analgésiques en particulier toutes les nuits deux ou trois injections de chlorhydrate de morphine.

C'est alors que le traitement antirabique est essayé. La première série est faite du 2 au 19 juillet 1934. Après quatre injections, les douleurs sont moins intenses, l'amélioration va en s'accentuant. On peut supprimer les injections de morphine. Le malade peut dormir. Les douleurs cesseront bientôt entièrement.

En février 1935, le malade n'a plus eu de crises douloureuses de décubitus depuis le traitement antirabique, par contre, la claudication intermittente persiste. Les oscillations sont toujours absentes aux deux jambes. Le même état persiste les mois suivants. Mais le 11 octobre 1935 on recommence une cure antirabique de consolidation. Une troisième série de traitement devait être faite du 11 février au 25 février 1936.

Depuis, Erz... n'a plus ressenti les violentes douleurs de 1934.

Observation II. — Mek..., âgé de 38 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 14 octobre pour douleurs intenses siégeant aux pieds survenant par crises au cours desquelles il apparaît une rougeur marquée avec gonflement de la région douloureuse. Ces douleurs sont tellement violentes que le malade aurait eu plusieurs fois des idées de suicide. Elles apparaissent au repos, mais sont aussi réveillées par la marche.

Malade depuis dix ans, Mek..., aurait eu au début des crises asphyxiques des quatre extrémités. Il fit plusieurs séjours hospitaliers au cours desquels on pratiqua une sympathectomie et une intervention sur les corps thyroïdes. Les crises acroasphyxiques des mains et des pieds disparurent, mais un *syndrome érythromélalgique*, excessivement douloureux s'est installé progressivement.

Le traitement antirabique commencé le 30 octobre 1935, améliore nettement ce malade. Les douleurs de décubitus disparaissent, seules les douleurs à la marche persistent. Quinze jours après le traitement, réapparition des phénomènes douloureux mais moins intenses. En février 1936, nouvelle série de vaccin antirabique qui amène la disparition des douleurs de décubitus et une amélioration très nette des phénomènes douloureux à la marche qui désormais, n'apparaissent qu'après une demi-heure environ alors qu'auparavant les douleurs survenaient dès les premiers pas.

Observation III. — Tan..., 36 ans, maladie de Léo Buerger, entré à l'Hôtel-Dieu le 22 novembre 1930 pour douleurs du pied et plaie du gros orteil gauche. Malgré la thérapeutique antispasmodique, l'état local s'aggrave et nécessite une amputation de cuisse du 1/3 inférieur le 13 juin 1931.

Rentré de nouveau à l'hôpital le 18 janvier 1934. Alors qu'il n'avait eu aucun trouble depuis trois ans, il y a un mois qu'il souffre du pied droit dont les orteils sont froids. Le malade est amélioré par des injections d'extrait artériel. Il sort de l'hôpital le 2 mars 1934.

Il revient le 8 novembre 1934, car il souffre de nouveau du pied. Le premier et le cinquième orteil sont rouges et douloureux. Le gros orteil devait se sphacéler rapidement. Le sphacèle s'accompagnait de traînée lymphangitique du pied ; le malade était fébrile. On commence le traitement antirabique le 17 octobre 1934. Les quatre premières injections donnent une légère amélioration des phénomènes douloureux ; cette atténuation ne devant pas persister et la suite du traitement ne donna aucun résultat.

Passé dans un service de chirurgie, une sympathectomie périartérielle ne l'améliore pas. Devant l'aggravation progressive une deuxième amputation de cuisse est pratiquée.

Observation IV. — Fos... Artérite diabétique. Entre pour la première fois salle Tricon le 20 mars 1934 pour gangrène de l'orteil gauche.

Diabète révélé deux ans auparavant.

A l'examen : sphacèle étendu du gros orteil gauche et du deuxième orteil avec teinte rosée de la face dorsale et de la

plante du pied. Douleurs continues à ce niveau avec exagération paroxystique.

L'analyse des urines montre 63 gr. de sucre par litre (diurèse 2 litres par vingt-quatre heures) et des traces légères d'acétone. La glycémie est à 2 gr. 50 par litre et la cholestérinémie à 2 gr. 70. La réserve alcaline atteint 59 %. Aucun symptôme viscéral. La prise des tensions artérielles aux membres inférieurs montre l'absence d'oscillations avec le Pachon, aux deux jambes. Les oscillations sont normales aux cuisses.

Un traitement par l'insuline entraine la momification des orteils. Une amputation de ces orteils est pratiquée en raison des douleurs très vives à ce niveau fin décembre 1934.

En mars 1935, la malade entre à nouveau. Elle accuse des douleurs violentes dans les pieds (fourmillements, sensation de chaleur) qui s'accompagnent d'érythrocyanose. Les oscillations sont presque abolies à la jambe gauche. elles sont diminuées à la jambe droite. Il n'y a plus de sucre dans les urines, la glycémie est à 1 gr. par litre. Malgré la diathermie, l'insuline l'acécoline, les douleurs persistent aussi vives, empêchant en particulier la malade de dormir et nécessitant des piqûres de Pantopon et l'ingestion d'Allonal.

On commence le 23 avril 1935 un traitement antirabique. L'amélioration est sensible et dès la dixième piqûre, on supprime l'Allonal, puis quelques jours après le Pantopon.

Ce traitement est achevé le 15 mai, la malade se sent beaucoup mieux, elle ne souffre presque plus et la nuit peut dormir sans piqûre ni cachet.

L'amélioration se maintient très nette par la suite : cependant au mois de septembre, les douleurs reparaissent, quoique moins vives qu'au début : on pratique alors une nouvelle série du 14 octobre au 9 novembre 1935, qui donne à nouveau des résultats favorables, mais passagers.

Le 10 février 1936, on institue un nouveau traitement antirabique, à la demande même de la malade qui a chaque fois constaté l'action bienfaisante des injections.

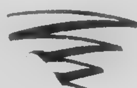
Ainsi, dans trois cas sur quatre, l'action antalgique du traitement antirabique a été manifeste, l'amélioration entraînée par une première série a été si nette que les malades ont réclamé par la suite, avec insistance, un nouveau traitement.

Comme l'ont remarqué Hagueneau, Cruveilhier et Nicolau, l'action est toujours lente et progressive et il ne saurait s'agir d'un état de choc. Nous ajouterons que ce traitement est purement symptomatique et que ses effets si nets sont cependant passagers. Mais le traitement est parfaitement toléré : bien plus, il a une action manifeste sur l'état général et son effet tonique est indiscutable : nos constatations à ce sujet confirment pleinement celles d'Haguenau, Cruveilhier et Nicolau. Aussi n'y a-t-il aucun inconvénient à recommencer les injections qui permettent par une méthode simple et sans danger d'amener une sédation souvent remarquable de phénomènes douloureux intenses et particulièrement pénibles pour la malade.

Le jour viendra où toute une thérapeutique des vins renforcera, pour le bonheur et le salut des souffrants, la fade thérapeutique des eaux. (Justin GODART, *Le Beaujolais et ses vins.*)

« Nous constatons à l'heure actuelle que les étudiants ne s'intéressent presque plus aux différentes formes de l'activité artistique. Ils désertent les théâtres, négligent la littérature semblent ne plus connaître l'existence de la musique. »

(R. Léon DURAND. — D'un étudiant pour les étudiants, *Université*, 15 avril 1936.)



L'impressionnable vagotonique, variété d'émotif

Par le Docteur H. CODET

La pratique courante, aussi bien que l'observation même non-médicale de la vie quotidienne, révèle la fréquence et l'importance de l'émotivité excessive, comme trouble prédominant ou comme malaise venant colorer n'importe quel tableau clinique.

Il convient de la rechercher et de voir comment, dans quelle mesure l'apaiser. Dans cette intention, il n'est pas négligeable d'en connaître les formes, qui paraissent bien sous-tendues par des états biologiques différents, comportant des thérapeutiques distinctes.

Dans ce sens, il apparaît que l'on puisse distinguer deux schémas d'émotivité en rapport avec les deux « attitudes » caractérisées du système organo-végétatif : sympathicotonie et vagotonie. Poursuivant les recherches de Laignel-Lavastine sur un aspect spécial de l'émotion, sur l'anxiété (a. blanche et a. rouge), puis de celles Logre (a. sympathicotonique et a. vagotonique), je crois possible de séparer d'une façon plus générale deux aspects de l'émotivité, en reconnaissant pour chacun la concordance des manifestations psychiques et des perturbations biologiques.

Le type le plus courant, le plus facilement observé, auquel pense presque automatiquement l'esprit, lorsque l'on parle d'Emotif, c'est celui que réalise largement le Basedowien léger : sursauts, cris, réactions vives, rougeur de la face, palpitations, tremblement émotionnel, etc...

A l'opposé, je crois légitime de le confronter, comme je l'ai proposé en une étude d'ensemble (1) avec l'Impressionnable : « en clinique, il est frappant d'observer la coexistence habituelle des mêmes signes neuro-végétatifs avec chaque aspect de réactions psychiques émotives ».

Ici, la manifestation émotive est en général beaucoup moins visible et beaucoup d'impressionnables ont la réputation, dans leur entourage, d'être plutôt froids, renfermés, « peu nerveux ». Ce sont des sujets, en effet, dont on pourrait dire que la principale caractéristique réactionnelle est l'*inhibition*. Très sensibles aux stimulations surtout affectives, mais parfois également aux excitants matériels, ils ne bronchent pas, ne se laissent aller à aucun cri ou sursaut, mais, le plus souvent, restent avec une attitude plutôt figée, répondant peu ou prou. Cependant, l'observateur constate ordinairement que l'intéressé a pali soudain, que son visage a blêmi. Très souvent on pourra s'apercevoir qu'il a les mains moites de transpiration, tout en les conservant fraiches.

Et dans bien des cas, on est surpris de constater, après un assez long délai, qu'il réagit par une manifestation d'abattement moral ou de colère impulsive, pour une cause, à ce moment minime. En fait, on assiste au déchaînement, à la libération d'un état émotionnel intense, pénible qui avait été réfréné jusque-là, mais qui fait, en quelque sorte, explosion.

Et les symptômes subjectifs, lorsqu'ils seront révélés deviennent très instructifs. En effet, beaucoup de ces impressionnables, constatant, sur eux-mêmes, cette inhibition qui retire tant de leurs moyens, s'efforcent de la

(1) H. CODET. — Les Emotifs et les Impressionnables. Leur [illegible] physiologie. (Evolution psychiatrique, T. II, n° 1, mars 1931.)


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE

dissimuler sous un aspect d'impassibilité ou d'indifférence, d'où leur fausse réputation, si fréquente. Mais ils sont obligés, sincèrement, de confesser que les chocs émotionnels leur causent un malaise profond, mal définissable, procédant de l'angoisse avec une sensation de constriction épigastrique, tenant aussi de l'inquiétude, du sentiment de devenir inférieur à ses moyens normaux, avec un cortège d'impressions cénesthésiques, de palpitations fortes, mais souvent lentes, comme de grands coups sourds, de passages de froid sur diverses parties du corps, de vide dans la tête et, surtout, de faiblesse dans les membres inférieurs, avec le sentiment d'un évanouissement imminent.

Quoique tout ce petit drame intérieur puisse être à peu près complètement dissimulé à l'entourage, il n'en laisse pas moins, après lui, souvent pendant des heures, une *fatigue* très prononcée, comme à la suite d'un exercice violent et prolongé.

Et, d'autre part, l'impression morale de contrariété, de protestation refoulée, d'injustice subie, reste longuement dans l'esprit du patient. Il y pense malgré lui, d'une façon presque obsédante pouvant empêcher le sommeil, lui faisant revivre intensément les épisodes de la scène impressionnante. Ainsi, du reste, s'expliquent ses accès d'émotion ou de colère *à retardement* qui semblent bien mal motivés par un nouvel incident minime mais qui donnent prétexte à libérer une tension intérieure trop contenue.

Ces paroxysmes de « colère blanche » peuvent encore être déclenchés à la suite d'une série de petites émotions, insuffisantes individuellement, par une véritable sommation émotionnelle.

Sans aboutir forcément à ces réactions vives, les impressions, pénibles ou même agréables, provoquent chez ces sujets, comme caractéristique, une inhibition momentanée, qui en fait souvent une variété de timides, leur donne ce que l'on nomme « l'esprit de l'escalier », leur laisse une empreinte psychique assez durable et leur procure une sensation nette de fatigue musculaire.

Ces traits, dans les formes nettes, en font l'antithèse des émotifs sympathicotoniques, qui réagissent vivement et immédiatement, extériorisant leur trouble affectif et s'en trouvent bien vite soulagés et oublient leur colère, constituant ce que l'on appelle familièrement les caractères « soupe au lait ».

Chez l'impressionnable, à côté du pâlissement, on note souvent, après une décharge émotionnelle, des modifications du visage : yeux cernés, traits tirés, aspect parfois vieilli et amaigri. Il n'est pas rare d'observer, chez des sujets de ce genre, une grande variabilité du facies, d'un moment à l'autre, sous l'influence de leur état affectif.

On peut noter encore que, chez les femmes, dans ces cas, on observe plutôt une recrudescence des phénomènes émotifs pendant la période même des règles. Celles-ci, en général, sont plutôt diminuées qu'abondantes et sont suivies d'un état manifeste de fatigue. Toujours pour s'en tenir aux formes caractéristiques, il y a là encore un contraste avec le type sympathicotonique, où la surémotivité précède et bien souvent annonce la période menstruelle, dont l'apparition est fréquemment marquée par une sédation de l'état nerveux.

Il semble bien que les manifestations émotives liées à la ménopause sont plus ordinairement du genre sympathicotonique.

Chez les impressionnables, l'examen montre, dans la généralité, diverses particularités, tant de la complexion somatique que de l'équilibre biologique, ce qui n'est pas pour surprendre.

Ce sont plutôt des sujets maigres, longilignes, qui ont tendance aux attitudes en flexion, correspondant assez bien au type « asthénique », des constitutions de Kretschmer. Ils ont ordinairement le système pileux foncé, le teint mat, se hâlant aisément par l'exposition au soleil. Souvent frileux et supportant mieux le temps chaud, ils sont enclins aux spasmes vasculaires, au phénomène du « doigt mort » par refroidissement ; de même trouve-t-on chez beaucoup, la tendance aux accès de sialorrhée, aux états nauséeux, aux lipothymies.

Il n'est pas rare de les trouver dotés de ptoses viscérales multiples, avec de la constipation, une hypotonie des fibres musculaires lisses qui les font rentrer dans le groupe des léiasthéniques décrits par Loeper. Les signes d'une légère insuffisance hépatique sont également assez fréquents.

Leur tension artérielle est généralement basse, avec une maxima allant de 11 à 13 au Vaquez, sans signe notable d'insuffisance cardiaque, comme dans les cas d'hypotension artérielle simple, signalés par Lian et Blondel.

Il est à remarquer encore, en corrélation avec cet ensemble, que ces sujets sont à l'ordinaire plutôt des alcalosiques (diathèse alcaline de Goiffon), ce qui pourrait mériter une étude particulière des variations concordantes du degré d'émotivité et du pH sanguin.

Dans le même ordre de recherches, on peut noter une diminution fréquente du magnésium sanguin, ou tout au moins une augmentation du rapport ionique $\frac{K + Na}{Mg + Ca}$ comme nous l'avions constaté avec M. Montassut (1) chez des déprimés constitutionnels, qui comprennent beaucoup de ces cas d'impressionnables ; mais, en plus, avec une fatigabilité particulière qui n'est pas obligatoire chez eux.

Enfin, ce qui est caractéristique et généralement facile à constater cliniquement, c'est l'accentuation du *Réflexe oculo-cardiaque*. En le provoquant chez ces sujets, dans de bonnes conditions, à jeun, on le trouve fort ou nettement exagéré, avec un ralentissement de 10 à 16 et même plus à la minute, ce qui est d'autant plus important qu'ils qu'ils ont d'ordinaire un rythme peu rapide, aux environs de 60 pulsations par minute. Le réflexe solaire, par contre, se montre peu appréciable.

En somme, il apparaît que l'on est en droit d'individualiser deux syndromes émotionnels distincts, correspondant à une hypertonie soit de l'ortho, soit du parasympathique. Chez l'émotif sympathicotonique, tout se passe comme si la réaction émotive était liée à une brusque décharge d'adrénaline. Chez l'impressionnable vagotonique, on a au contraire le tableau d'une carence adrénalinique.

Bien entendu, il faut toujours avoir dans l'esprit la notion que ces formes pures, typiques ne sont pas les seules observées, loin de là. Sans être exceptionnelles, il s'en faut, elles présentent entre elles toute une gamme de cas intriqués, tant dans l'ordre psychique que dans le domaine biologique, où les faits d'amphotonie sont si fréquents.

Mais cette distinction en deux séries de faits ne correspond pas seulement à une satisfaction de l'esprit descriptif. Chaque catégorie comporte une thérapeutique assez particulière, qui peut jouer isolément dans les cas purs. Cette discrimination est, par exemple, conseillée par Delaville et R. Dupouy, à propos du sevrage des toxicomanes, où ils signalent les indications respectives des sédatifs adjuvants dans les deux catégories (*Encéphale*, mars 1934).

(1) H. Codet et M. Montassut. — Le magnésium chez les déprimés émotifs. (*Progrès Médical*, 17 janvier 1931.)

De plus, si l'on se trouve en présence d'une forme intriquée, où deux ordres de médications auront à intervenir, il ne paraît, par expérience, aucunement négligeable de pouvoir apprécier dans quelle mesure prédomine l'un des deux systèmes organo-végétatifs qui, on le sait, ne sont pas rigoureusement antagonistes.

Pratiquement, il pourrait sembler naturel, devant le tableau clinique envisagé ici, de préconiser l'adrénaline, comme agent compensateur. En fait, elle ne me paraît pas, ordinairement, y donner des résultats très satisfaisants.

Dans un autre but thérapeutique, pour apaiser l'émotivité, on prescrit parfois des bromures. Mais autant à petites doses, ils peuvent être utiles dans l'émotivité sympathicotonique, autant ici ils paraissent ne manifester que leur action déprimante, sans bénéfice réel. De même il faut être très prudent dans l'emploi de la strychnine, chez ces sujets qui sont souvent en même temps des asthéniés : beaucoup d'entre eux y réagissent par de la surémotivité et de l'anxiété. Certains, néanmoins, peuvent en bénéficier mais non pas d'emblée ; il convient d'attendre que leur vague soit modéré avant de la donner à doses d'abord légères.

Chez certains, la médication acidifiante, surtout à base d'acide phosphorique, si leur estomac le tolère, procure de bons résultats, mais elle doit être généralement associée à un traitement modérateur du pneumogastrique.

Parmi les médicaments inhibiteurs de la vagotonie, un des plus précieux et des plus répandus est le gardénal ; on le donnera à doses assez faibles, pour éviter l'effet hypnotique, spécialement chez des sujets que leur impressionnabilité nempêche pas de continuer une vie de travail actif. On prescrira ainsi de 5 à 10 centigrammes au plus par jour, répartis en plusieurs prises, de préférence avant les repas.

La belladone en préparation galénique ou par ses alcaloïdes est également fort utile ; dans bien des cas, il y a tout avantage à l'associer au gardénal. La jusquiame peut être également utilisée.

Enfin, par une action différente, on observe chez beaucoup d'impressionnables de bons effets avec le magnésium ; il a, en outre, l'avantage important chez certains, de produire un effet tonique et légèrement euphoristique. Chez des malades, souvent légers insuffisants hépatiques et constipés, son action laxatine et cholérétique, qu'il soit employé seul ou en association avec des peptones, peut être fort appréciable. Comme hygiène générale, une vie musculairement active, la culture physique et les sports, les frictions alcoolisées, l'hydrothérapie tiède sont d'utiles adjuvants dans l'ordre organique comme pour leur action psychothérapeutique.

Qu'il s'agisse de pédagogie, prophylactique, ou de pratique médicale, thérapeutique, à l'égard des impressionnables, peu ou hautement émotifs, diverses précautions psychothérapiques sont à observer.

Ces sujets souffrent de malaises que leur esprit perçoit distinctement, même s'il n'en reconnaît pas la composante organique. Et sur ces malaises, leur volonté est à peu près inopérante ; souvent même la tension volontaire pour les prévenir, pour les réfréner ne fait que leur donner un caractère plus angoissant. D'où l'inutilité et même l'inconvénient de leur prodiguer des conseils intempestifs d'énergie : « vous n'avez qu'à vouloir, tout cela dépend de vous, etc. »

Chez des sujets qui souffrent déjà de se sentir le siège de troubles socialement gênants et qui constatent l'inefficacité de leurs efforts, il y a, avant une intervention de ce genre à contre-sens, un sentiment de honte de leur état. Mais, après, cette même notion de leur infériorité se trouvera démesurément accrue par la semonce intempestive. Et chacun réagira, selon son caractère, par la dépression, le repli sur soi-même, l'anxiété et l'inhibition, le doute de soi ou la colère. En tout cas, il aura la certitude qu'on ne l'a pas compris.

Lui, qui, auparavant, n'osait guère exprimer ses troubles, ses émotions, deviendra de plus en plus refermé et méfiant à l'égard d'autrui. Chez les enfants ainsi malmenés, une telle erreur paraît être très fréquemment à l'origine de troubles profonds et durables du caractère, qui les font juger à tort égoïstes, hypocrites, butés, révoltés, etc... Ceci paraît même expliquer le développement d'états névrosiques bien caractérisés.

A l'opposé, il y a lieu, avant tout, de mettre ces impressionnables, enfants ou adultes, en confiance. S'ils n'aiment pas beaucoup se raconter, se dévoiler, il faut leur faire voir que l'on comprend leur état, qu'il n'a rien de mystérieux ni de coupable.

On doit leur montrer que les particularités qui les gênent ont une double origine, biologique et psychique et qu'ils n'en sont pas responsables. Quelle que soit la part de l'élément organique, neuro-végétatif et celle du facteur psychologique avec ses habitudes d'esprit, on peut faire quelque chose pour les aider.

Il est certain que la constatation de réactions physiques moindres, grâce à un traitement sédatif du vague, leur procure une première reprise de confiance en eux-mêmes. Mais, d'autre part, le fait d'être écoutés et guidés par quelqu'un qui les comprend, qui s'intéresse à eux, les réconforte et leur facilite la suppression progressive de mauvaises habitudes mentales.

A ce point de vue, je crois qu'il est nécessaire de les traiter à la fois matériellement et moralement pour un état où les causes organiques et psychiques interviennent, bien souvent susceptibles, à ce qu'il semble, d'intervenir de façon réversible.

Histoire de la Médecine en Touraine

Par **Raoul MERCIER**
Professeur à l'Ecole de Médecine de Tours.

Une exposition de « La Médecine en Touraine à travers les âges », organisée par M. Hennion, conservateur des Musées, vient de s'ouvrir a Tours : elle constitue une innovation heureuse, digne d'être imitée par les villes de France qui, s'enorgueillissent d'un aussi riche passé médical. Au milieu de reconstitutions destinées à frapper le gros public, telle la scène où Origet donne ses soins à Mme de Mortsauf, l'héroïne du *Lys dans la Vallée*, les lettrés se réjouiront d'y trouver une série d'œuvres d'art, d'estampes, d'autographes consacrés à l'histoire locale de la médecine : ils y feront une ample moisson de documents sur l'art de guérir.

Cette exposition fournit l'occasion d'equisser l'histoire de la médecine tourangelle. Cette histoire, en dehors d'événements généraux, tels que cataclysmes ou épidémies, est conditionnée par des particularités au nombre desquelles il faut classer la venue de Saint-Martin en Touraine, les villégiatures des rois de France dans les châteaux des bords de la Loire, l'organisation à Tours, en 1591, d'une compagnie d'imprimeurs et libraires parisiens réfugiés, et enfin la guerre de Vendée.

I. La Médecine monastique commence avec Saint-Martin qui est consacré évêque de Tours le 4 juillet 371. Sulpice

Sévère nous apprend, en effet, qu'il guérit Saint-Paulin de la cataracte, sans parler des nombreux miracles, accomplis par le thaumaturge. Sur l'emplacement de la cellule de l'évêque ermite s'élève le *Mafus Monasterium*, l'abbaye de Marmoutier, dont la pleine prospérité est atteinte vers l'an 1000. C'est là que se développe une école médicale renommée dans tout l'ouest de la France.

Raoul, dit le Clerc (1), de naissance seigneuriale, va faire ses études à l'Ecole de Salerne, vers 1030, puis se retire à Marmoutier vers 1050, après avoir essayé du métier des armes. Jusqu'à sa mort, en 1090, il instruit de nombreux élèves et acquiert une grande réputation médicale. Déjà le monastère comptait comme médecins : Guarinus ; Inisien, appelé en 1047 à Angers auprès de l'évêque Hubert de Vendôme pour l'assister dans sa dernière maladie ; Jean, Ier du nom, attaché à la personne de Geoffroy, comte d'Anjou en 1059 et neuf ans plus tard, archiâtre du roi de France Henri Ier ; et enfin Tetbert dont on connaît les cures merveilleuses.

De l'école médicale de Marmoutier sortent : Garnier qui devient médecin de l'abbaye de Preuilly ; Rainier, de la Trinité de Vendôme ; Guillaume, le premier appelé docteur, installé à l'abbaye de Noyers ; Gislebert Maminot, futur évêque de Lisieux. Jean, deuxième du nom, abbé de Saint-Nicolas d'Angers depuis 1118 jusqu'à sa mort survenue en 1140, guérit Odo, le doyen de la collégiale de Saint-Martin de Tours.

Saint-Guillaume Firmat (1026-1094) exerce la médecine tout en étant chanoine de l'église Saint-Venant : il distribue alors son bien aux pauvres et se retire avec sa mère, dans le voisinage de Tours, en une solitude appelée Sept-Frères : au cours d'un pèlerinage en Palestine il tombe aux mains des Turcs, mais il parvient à s'échapper. Il reprend sa vie d'ermite dans le Maine et en Normandie, tout en continuant de soigner ses contemporains.

Le concile de Latran, qui, en 1139, interdit aux réguliers l'exercice de la médecine, arrête ce magnifique essor. Mais la tradition médicale se conserve néanmoins dans le monastère, puisque André Binet, dit frère André (1715-1774), laisse en mourant la réputation d'un habile oculiste.

Avec le Moyen-Age commence la grande nuit médicale, éclairée seulement par la fondation de nombreuses maladreries destinées aux lépreux et aux pèlerins malades se rendant à Saint-Jacques de Compostelle, en passant par Saint-Martin de Tours. Aujourd'hui, on relève encore, dans le département, la trace d'une quinzaine de ces maladreries dont la mieux conservée est celle de Saint-Maurice de Crouzilles.

II. L'histoire de la médecine AU TEMPS DE LOUIS XI évoque le souvenir d'Adam Fumée (1430-1494) seigneur de Genillé et des Roches de Saint-Quentin. Celui-ci, après ses études à Montpellier, devient premier médecin de Charles VII qui, craignant d'être empoisonné par lui, le fait enfermer à la Tour du Louvre. Revenu en faveur auprès de Louis XI, Adam Fumée ne tarde pas à s'évader de la médecine, pour devenir garde des sceaux en 1492. Jacques Coytier remplace le précédent dans les bonnes grâces de Louis XI et devient à son tour président de la Chambre des Comptes : il meurt en 1506.

Rappelons en passant que Louis XI lui-même s'est passionné pour la médecine En 1471, lorsqu'il veut consulter le manuscrit « *Totum Continens Razis* », vieux de quatre siècles, il n'obtient les deux volumes du célèbre médecin de Bagdad, qu'en versant à la Faculté de médecine de Paris une caution de « douze marcs de vaisselle d'argent, qui seraient déposés à la Faculté et un billet de cent écus d'or ». En 1478, il s'intéresse à la médecine pratique, en faisant délivrer à la veuve de l'apothicaire André Petit-Pas la somme de 79 sols 2 deniers tournois « pour médecines et apothicaireries, baillées par le commandement de maistre Robert de Lyon, médecin, au seigneur de Quingé, prisonnier du roy, étant alors dans une caige de fer en l'ostel du d. maire de Tours ». La médecine expérimentale ne le laisse pas indifférent non plus, puisque, le 19 février 1480, il fait faire par l'apothicaire Simon Moreau à l'Hôtel de Ville de Tours, en présence des échevins, « l'essay de certains poysons qui furent faiz mangez au chien de Macé Blanchet en une fressure de mouton frite et une omelette d'œufs ». Le lendemain, d'ordre du roi, sept chirurgiens et barbiers, dont les noms sont connus, se réunissent « pour ouvrir le dict chien ». Ils ne le font qu'après un maigre déjeuner pris en commun et payé par l'Administration, comprenant « deux platz de harens, pain, vin et noez vieilles ». Il est regrettable de ne pas connaître quel mobile guidait Louis XI dans ses recherches de toxicologie. Louis XI s'intéressait aux médecins : il a parmi ses prisonniers au Plessis « Jehan Lantervious, médecin ».

Il a en outre ses astrologiens, tel Jacques Costes auquel Oudinet, chevaucheur, va « d'Amboise à Paris, porter Lettres closes de la part du Roy ». La fonction est d'ailleurs profitable puisque Louis XI donne à ce dernier une maison en 1477.

Pour rendre à cette époque sa vraie physionomie, il faut rappeler les nombreuses guérisons miraculeuses relatées dans *Les Beaux miracles de Monseigneur Saint-Martin* (Ms. du XVe siècle), *Les Miracles de Madame Sainte-Katherine de Fierboys en Touraine* (1375-1446), et dans le procès de canonisation de Saint-François-de-Paule à Tours, en 1513, ou cinquante-trois témoins oculaires viennent affirmer la réalité des guérisons surnaturelles.

Un nouveau livre de Pierre Champion, *Louis XI et ses physiciens* (1) jette un jour bien curieux sur cette période. On doit enfin signaler qu'alors fonctionne déjà à Tours une assurance-maladie : chez les merciers-gantiers, le valet malade reçoit une indemnité de secours de 20 deniers 2 sols 6 décimes par semaine.

III. Avec LA RENAISSANCE, c'est l'antiquité renouvelée : « Croyant penser par les anciens, les hommes pensèrent par eux-mêmes. » Telle est la vraie Renaissance.

Le monde médical de Touraine profite largement des éléments nouveaux d'étude qui lui sont offerts.

Parmi ces médecins tourangeaux du XVIe siècle, faut-il conserver Nicolas Prévost, dont divers biographes relatent l'existence ? Je ne le crois pas. Il existe bien un *Dispensarium magistri Nicolaï Praepositi ad aromaticos* dont les deux premières éditions sont antérieures à 1.500, mais Salvatore de Renzi (2) cite Nicolaus comme prévôt (praepositus) de cette école, dans la première moitié du XIIe siècle. Ce serait l'auteur de l'*Antidotarium Nicolaï* dont il existe de nombreux manuscrits. Le *Dispensarium* ne devient plus qu'une compilation faite trois cents ans plus tard.

L'apparition de l'imprimerie en Touraine exerce une influence remarquable sur la Renaissance médicale. Si la date de 1491 est celle du premier livre imprimé à Tours par Mathieu Latheron, il faut attendre 1514 pour voir apparaître la première publication médicale : *Les troys premiers livres de Claude Galien de la composition des Médicamens* (Tours, Jehan Rousset, 1514).

Bien que ce livre soit sans nom d'auteur, il est facile de l'attribuer à Martin Grégoire (et non à Jean Bresche), car l'auteur annonce « les sept livres entiers qui de brief te seront mys en lumière traduictz du Grec en langage Françoys par maistre Martin Grégoire médecin ».

Martin Grégoire (+1552) habite à Tours, rue Traversaine, paroisse de Saint-Saturnin : il est apparenté par sa femme aux Falaiseau, médecins notables suspects d'être favorables à la Réforme. Il est connu surtout par ses cinq traductions latines et par sa traduction française qui recueillent le plus franc succès :

1° *Claudii Galeni de usu partium corporis humani* (Paris, Ch. Wechelus, 1537) dont on connaît quatre éditions.

2° *Claudii Galeni Pergameni Introductio in pulsus* (Paris, Ch. Wechelus, 1537) qui a quatre éditions.

(1) L. DUBREUIL-CHAMBARDEL. — *Les médecins dans l'ouest de la France aux XIe et XIIe siècles.* (Paris, Soc. Fr. d'Histoire de la médecine, 1914.)

(1) Editions Ciba, Lyon, 1935.

(2) *Storia Documentata della Scuola medica di Salerno* (Napoli, 1857, 2a editione).

3° *Claudii Galeni de Alimentorum facultatibus* (Paris, Ch. Wechelus, 1538) avec sept réimpressions dont trois à Lyon et une à Leyde.

4° *De attenuante victus... Claudii Galeni Pergamenti* qui continue la pagination de la traduction précédente.

5° *Claudii Galeni methodi medendi, in est, de morbis curandis* (Paris, Vve Chevallonius, 1538) avec trois réimpressions dont deux à Lyon.

Enfin *Les quatre premiers livres de la composition des médicaments par genres, jadis composé par Claude Galien* (Paris, Michel Vascosan, 1549). L'auteur présente ainsi son livre « Voyant lecteur que des trois parties de médecine curative, chirurgie est la plus difficile et que les médecins du temps passé par paresse, mespris, ou pour mieux dire ignorance, l'ont totalement abandonné... »

Un apothicaire tourangeau, Thibault Leipleigney (1496-1567) est le premier qui ait écrit en français des traités didactiques à l'usage de ses confrères. Son premier ouvrage est le *Promptuaire des médecines simples en Rithme ioieuse* (Tours, Mathieu, Chercelé, 1537) ; à propos de l'ellébore il écrit :

« Qui de bon sens n'a équité
D'hellebore a nécessité.
Aucun est blanc et l'autre est noir.
Le noir profite pour folie
Aussi purge mellanchollie ».

L'année suivante il fait paraître le *Dispensarium medicinarum* (Tours, Mathieu Chercelé, 1538) où sont réunis 217 formules : ce livre précède de cent ans le *Codex medicamentarius*. Apparaissent ensuite : *La décoration du pays et Duché de Touraine* (Tours, 1541) et le *Petit traité du Bois de L'esquine* (Tours, Jehan Rousset, 1545), où il nous apprend que la squine était employée primitivement contre le rhumatisme, la goutte, puis contre la syphilis.

Thibault Lespleigney marie, vers 1565, sa fille avec le médecin René Bretonnayau, natif de Vernantes en Anjou, que son protestantisme a fait venir à Beaulieu-les-Loches, vers 1563. Celui-ci, qui est l'ancêtre de Pierre-Fidèle Bretonneau, publie *La Génération de l'homme et le Temple de l'Ame* (Paris. Abel l'Angelier, 1583) :

« Or, sans dissimuler à chanter je m'appreste
Ce qui ne fera point rougir la femme honneste.
Ny le teint virginal, la génération
De l'homme et les moyens de la conception ».

Son fils, Théodore Bretonneau, moins célèbre, publie un *Traicté de la maladie pestilencieuse qui sévit à Loches*. Son petit-fils, Théodore Bretonneau, maître-chirurgien apothicaire, fait paraître *Le Jardin de la Santé*, et un *Traité de la confection et de l'employ de l'huile d'euphorbe*.

Les humanistes non médecins se préoccupent aussi de la traduction des ouvrages médicaux. Tandis que Joachim Perion, bénédictin de Cormery, discute dans son ouvrage *Dialogorum de linguæ Gallicæ origine* (Paris, Sébastien Niuvelle, 1551) sur l'étymologie du mot guarir, l'avocat Jehan Bresche traduit en français les *Aphorismes d'Hippocrates* (Paris, Jacques Keruer, 1550) ouvrage qui ne connaît pas moins de dix-sept rééditions, tant à Paris qu'à Lyon et à Rouen.

Gabriel Chapuis, Tourangeau, traduit de l'espagnol *L'examen et parfait jugement des esprits propres et nais aux sciences* (Paris, Claude Micard, 1558), dans lequel il établit le parallélisme génital de l'homme et de la femme : « Car si nous faisons anatomie d'une femme nous trouverons qu'elle a au-dedans deux couillons, deux vases spermatiques et le ventre de la mesme composition que le membre de l'hôme sans qu'aucun linéament lui défaille ».

Du Laurens, le quatrième premier médecin de Henri IV, édite *Apologia pro Galeno et impugnatio falsæ demonstrationis de communicatione vasorum cordis in fœtu* (Tours, 1593). Il cite ensuite Simon Piètre, son adversaire devant le tribunal de la Vérité, dans un ouvrage intitulé : *Admonitio ad Simonem Petræum, nec non Simonis Petræi censura in admonitionem Andreæ Laurentii* (Tours, 1593).

L'ouvrage de Pierre Martin, docteur en médecine, né à Chinon et établi à Saumur, sur l'*Osteologie historicale* (Saumur, 1619) et celui de Claude Quillet de Chinon (1602-1661), sur : *Callipædia seu de pulchræ prolis habendæ ratione pœma didacticon* (Lyon, Jolly, 1655), terminent la série des ouvrages médicaux publiés à Tours ou par des médecins tourangeaux au temps de la Renaissance.

L'influence de la Réforme sur le monde médical de Touraine paraît avoir été faible, bien que Tours soit resté trois mois aux mains des protestants, en 1562. En dehors de René Bretonnayau établi, en 1563, à Beaulieu-les-Loches (dont il a été déjà parlé), ne figurent parmi les médecins huguenots que Toutin et Pierre Chaillé. Mademoiselle de Lussay, en 1681, accuse Toutin de lui avoir fait violence et demande « qu'il fut condamné à estre pendu et étranglé, à 3.000 livres de réparation civile et aux dépens du procès ». Ce qui jette une lueur inquiétante sur cette dénonciation, c'est qu'en dépit des protestations du médecin, celle-ci se déclarerait satisfaite si Toutin voulait l'épouser. Quant à Pierre Chaillé, il est interné au donjon de Loches, en vertu d'une lettre de cachet (mars 1693), pour avoir affecté de ne pas assister à une mission prêchée en Saintonge par l'abbé Cordenoy, auxiliaire de Fénelon.

La réaction germanique de Paracelse a eu moins d'action médicale sur la Touraine que celle de Luther qui a été « l'expression germanique de la Renaissance ».

Le chinonais François Rabelais (1494-1553) est la figure la plus marquante des médecins d'origine tourangelle au temps de la Renaissance. Sans retracer sa vie médicale, exposée magistralement par Abel Lefranc et ses collaborateurs, je me contenterai de rappeler ses œuvres médicales, deux traductions : 1° *Giovanni Manardi Epistolarium medicinalium* (Lyon, S. Gryphe, 1532), dans laquelle le médecin de Ferrare manifeste son hostilité contre la médecine arabe ; 2° *Aphorismorum Hippocratis* (Lyon, S. Gryphe, 1543).

La bibliographie des sciences médicales dans Rabelais figurant dans l'*Œuvre de Rabelais* par Jean Plattard (Paris, Champion, 1910), je n'y ajouterai que la leçon toute récente du Professeur Laignel-Lavastine sur Fracastor et Rabelais.

Deux médecins tourangeaux ont consacré à Rabelais des ouvrages forts intéressants : l'un, le Professeur Ledouble a présenté *Rabelais anatomiste et physiologiste* qu'Anatole France commente ainsi : « Tout récemment le Docteur Ledouble a trouvé un sens à ses comparaisons : il paraît que Maistre François y montre une grande connaissance de l'anatomie. Je le croirai volontiers. Ce sont jeux de savants. Mais, ils sont fastidieux » ; l'autre, sous le pseudonyme de Gilles Robertet, a mis *Gargantua* à la portée des enfants. J'avoue m'être délecté dans la lecture de ce livre.

J'invite les médecins humanistes à venir sur place suivre les péripéties de la guerre picrocholine : à l'aide de la carte dressée par H. Clouzot, ils revivront les luttes menées par Grandgousier, roi de la Devinière, contre Pichrocole, qui n'est autre que le réel Gaucher de Sainte-Marthe, docteur en médecine et seigneur de Lerné, médecin de l'abbesse de Fontevrault et l'auteur d'un poème latin sur la *Manière de nourrir les enfants à la mamelle*. Rabelais est l'enthousiaste correspondant de Didier Erasme, celui que notre éminent confrère Georges Duhamel appelle le Spectateur Pur. La manière dont celui-ci, dans son *Eloge de la Folie*, juge la médecine de son temps, mérite d'être citée : « Cependant parmi toutes les sciences, les plus utiles sont celles qui ont le plus de rapport avec le sens commun, c'est-à-dire avec la Folie. Les Théologiens meurent de faim, les physiciens se morfondent, on se moque des Astrologues ; on méprise les Logiciens. Le Médecin seul vaut mieux que tous ces gens-là. Malgré la difficulté de son art, plus il est ignorant, étourdi, effronté, plus il lui est facile de gagner la confiance du public et même celle des Princes les plus huppés. D'ailleurs la médecine, comme la plupart des médecins la pratiquent aujourd'hui, n'est qu'une espèce de flatterie ; et à cet égard, on peut dire qu'elle ressemble pas mal à la rhétorique ». Voilà une appréciation qui n'a point vieilli.

Il est surprenant de constater que dans une région où l'imprimerie était aussi florissante, l'œuvre de Rabelais n'ait

guère tenté les imprimeurs de l'époque. On ne trouve en effet, comme éditions régionales que :

1° *Pantagruel* (Poitiers, J. et E. de Marnef, 1553) ;

2° *Le voyage et navigation que fit Panurge* (Orléans, E. Gibier, 1751) ;

3° *Le Rabelai réformé par les ministres* (Doué, 1620).

Mais on croit que pour cette dernière édition, il s'agit là d'un lieu d'impression supposé.

L'œuvre de Rabelais au cours de quatre siècles, a subi une fortune très diverse. Alors qu'elle est condamnée autrefois par la Faculté de Théologie et par les protestants, l'édition française en est encore soumise à la censure aux Etats-Unis.

Par contre, Gilson, dans la *Revue d'Histoire Franciscaine*, montre sa truculence « imprégnée de sel franciscain », et le Chanoine Morçay fournit, dans son cours à l'Institut catholique, une nouvelle interprétation de l'abbaye de Thélème : « Tandis que le programme d'études de Gargantua et la lettre à Pantagruel avaient été un hymne à l'Humanisme, l'abbaye de Thélème est le poème de la Renaissance ».

Le noyonnois Nicolas de Nancel (1539-1610), médecin à Tours, a laissé une œuvre capitale : son *Discours très ample de la Peste* (à Paris chez Nicolas Chesneau, 1581), dans lequel il déclare que les deux Facultés comparses, la médecine et la philosophie, purgent et nettoyent la première, le corps et la seconde, les esprits». A côté de recettes curieuses destinées à la « curation médicale de la peste », il conseille la précaution « de tost partir et loing fuir, tard revenir ». Il propose encore d'allumer de grands feux sur les places publiques à fin de purifier l'air. Plus connu comme l'auteur des « *Triumphes et magnificences faites à l'entrée de Monseigneur, fils de France* », le 28 août 1576, Nancel est le type du médecin humaniste. Parmi la quinzaine d'opuscules qu'il tient prêts à imprimer quand se présentera « quelque homme bien affectionné et capable pour les mettre sous presse », citons les ouvrages médicaux suivants :

1° *Nancelij Commentarius amplessimus in strabum de re medica et herbaria, necnô theologica et varia multplicis doctrina tractus;*

2° *Nancelij tractatus de Febri, ex Arabum, præcipue Avicennæ et Herculani doctrina* ;

3° *Nancelij dissertatio pro Galeno adversus novam Pereine Medimnensis Medici Hispani de Febrib. doctrinam.*

A l'histoire médicale du XVI[e] siècle se rattache encore l'histoire du Prieuré de Saint-Cosme-lès-Tours et celle de la mort de son illustre prieur Ronsard.

Edifié au XV[e] siècle sur l'emplacement d'une petite chapelle qui existait au début du X[e], le Prieuré de Saint-Cosme, sans posséder une histoire picturale de son saint protecteur, comparable à celle qu'en a tracé Fra Angelico, était orné des statues des deux médecins anargyres, Saint-Cosme et Saint-Damien, placées dans l'absidiole d'axe : ces statues figurent aujourd'hui au musée de la Société archéologique. Nous regrettons la disparition du don, fait le 7 mai 1637, par André Genest, chirurgien du Roy et maréchal des logis de l'artillerie, demeurant à Saint-Paterne : il s'agissait « d'un reliquaire d'une pierre précieuse dont le dessin est d'une plaque argentée ovale, au dos duquel on voit que le reliquaire est de Saint-Cosme et Saint-Damien. » Ce reliquaire, volé par un soldat, lors du pillage de Bourgmené dans le Milanois, avait pu être acquis par André Genest.

Déjà miné quinze mois par une fièvre quarte en 1569, Ronsard, prieur de Saint-Cosme, est tenaillé par un rhumatisme chronique. Alité de février à juin 1585, chez son ami Galand à Paris, il va changer d'air à son prieuré de Croix-Val. Toujours à la recherche d'un mieux-être, il se fait transporter, en juillet, à Saint-Cosme, où il ne reste que huit jours. Il accomplit en décembre son dernier voyage de Croix-Val à Saint-Cosme, qui représente trois jours de tortures. Ses restes, inhumés dans le chœur de l'église du Prieuré « à côté senestre de l'autel, » ont été identifiés par le Docteur R. Ranjard, lors des fouilles exécutées en 1933 : ils portent l'empreinte indélébile de la maladie qui l'a fait mourir à 61 ans.

A cette époque, la bienveillance royale s'est manifestée à diverses reprises en faveur de ceux qui pratiquent l'art de guérir en Touraine. Dès 1408, le roi octroie aux maîtres barbiers de la ville de Tours des statuts leur prescrivant entre autres choses : « Que iiz ne doivent faire aux jours deffendus aucune chose de leur dit mestier fors saigner et de pigner en paine de cinq solz parisis, c'est assavoir deux solz parisis à Nous deux solz au dit maistre et douze deniers parisis à la garde du dit mestier, c'est assavoir au lieutenant.

« Que aucun barbier ne fera office de barbiers aux cinq festes de Nostre-Dame, Saint-Cosme, Saint-Damien, la Tiphanie, aux quatre festes solennelles, ni au dimanche, et ne doivent prendre bacins aux soiriez de Noël, de Pâques, de Pentecôte, sur la dicte peine d'amende de cinq sols parisis à estre distribuez comme dit est. »

En janvier 1594, le bon roi Henri accorde même à Tours une Université : « Une université, précise-t-il, de tous artz et Faculté de sciences telle et semblable que celles de Paris, Tholoze, Angers, Orléans, et autres bonnes villes du royaume. » Mais, cette Université reste à l'état de projet du fait que la ville de Tours ne peut réunir les fonds nécessaires à son établissement.

En juillet 1556, une ordonnance de Henri II organise l'élection, tous les trois ans d'un « docteur-médecin de la dicte ville qui sera superintendant sur le dict fait et exercice de l'art de médecine ».

IV. Au temps du grand Roi, on trouve en Touraine des médecins fort cossus tels que Philibert Tibot, sieur de la Carte, qui achète la terre et seigneurie de la Roche, près de Monts ; Jean Foucquet, sieur des Vallées (✝ 1642) et son fils Georges (1632-1663) ; les Jacques Rousseau père et fils. Pierre de Toulieu (✝ 1662), médecin ordinaire de Louis XIV, laisse un manuscrit : « *Ce que moi, Pierre de Toulieu, j'ai vu, entendu et recueilli pendans 22 ans à la cour de Louis XIV.* » Mais, quand son héritier, Nicolas Bouilly, veut, en 1821, en tirer une comédie « *Une matinée sous Louis XIV* », celle-ci, bien qu'acceptée par la Comédie-Française est interdite par la censure.

On cite encore les Féau : Laurent (✝ 1654) et Alexandre (1634-1694). Celui-ci épouse en secondes noces (1663) la fille de défunt Jean-René Rapin, maître apothicaire et devient ainsi le beau-frère du fameux jésuite René Rapin, le délicat auteur des *Eglogues sacrées*, dédiées au premier président Guillaume de Lamoignon.

La Communauté des médecins de Tours, alors en pleine prospérité a les armoiries suivantes : d'or à un Saint-Cosme et un Saint-Damien de carnation, vêtus de robes de docteurs, de gueules, fourrées d'hermines, l'un tenant un livre d'argent, l'autre une boîte couverte d'or.

C'est l'époque où Abraham Bosse, né et mort à Tours, représente des sujets médicaux tels que la saignée et le lit de misère.

Le philosophe René Descartes (1596-1650) s'intéresse luimême aux études anatomiques (1) et se vante d'avoir fait autant d'expériences qu'il y a de lignes dans ses écrits. Si ses descriptions anatomiques sentent encore trop la scolastique, Boerhave écrit : « On ne trouve plus Descartes dans Descartes quand il traite de physiologie. » Nous préférons son *Discours de la Méthode*, paru en 1637, fragment de son *Traité du monde* qu'il n'a pas osé sortir en raison de la condamnation de Galilée. Retenons de son dernier ouvrage publié de son vivant, le *Traité des Passions*, cette jolie définition de l'amour : « Un consentement par lequel on se considère dès à présent comme joint avec ce qu'on aime, en sorte qu'on imagine un tout duquel on pense être seulement une partie, et que la chose aimée en est une autre ».

Le tourangeau Victor Pallu (1604-1650), médecin des solitaires de Port-Royal, a une fin édifiante, après une vie fort mouvementée. D'abord chanoine prébendé de l'église Saint-Martin de Tours, il se fait recevoir docteur en médecine à Paris en 1630. Accusé d'être l'auteur d'un libelle diffama-

(1) *L'homme de René Descartes et la formation du fœtus*, avec les remarques de Louis de La Forge (Paris, Girard, 1677).

toire contre Guy Patin, il vient s'installer à Tours, se brouille avec plusieurs médecins et s'en va à Sedan pour y être médecin de Louis de Bourbon, comte de Soissons, cousin du grand Condé. Après avoir vu tuer ce dernier à ses côtés à la bataille de la Marfée (1641), il revient à Tours, où, nous dit Patin, il se trouva « contre-carré par des gens qui avaient la tête mieux faite que lui. De dépit, il s'en revint à Paris, *ubi nascenti jansenisma nomen dedit* ». « Il se fait bâtir à Port-Royal, rapporte Fontaine, un petit logis, mais bien troussé qui a été depuis appelé le Petit Pallu et à cause de la petitesse bien juste et bien ramassée de ses appartements et à cause de la taille de son maître qui avait tout petit, excepté l'esprit, petit corps, petit logis, petit cheval mais tout bien pris, bien proportionné ». Après sept années de séjour à Port-Royal, le jovial Pallu meurt, remplacé par l'austère Hamon. Guy Patin, qui n'a rien oublié des sarcasmes d'autrefois, écrit à son sujet : « Nos docteurs disaient qu'il y était allé faire pénitence, enfin il est mort sans que le public y ait rien perdu. »

Pallu laisse deux ouvrages médicaux : 1° *Studium medicum ad lauream scholæ parisiensis* (Paris, Camuzat, 1630) ; 2° *Questiones medicæ tres* (Tours, Poinsot, 1642). C'est dans ce dernier qu'il traite la question *An risus vitam producat* ? De ceci, il ne faut point s'étonner car un de ces ascendants était allié à la famille de Rabelais. Dans un petit poème *Vale Mundo*, il dit adieu au public au moment où, après Pascal, il découvre que « tout le malheur des hommes vient d'une seule chose, qui est de ne pas savoir demeurer en repos dans une chambre. »

V. Sous la Révolution (1), le Collège royal des médecins de Tours disparaît après avoir rédigé ses *Instructions* pour les Etats Généraux. Des dix médecins qui le composent, trois jouent un rôle actif pendant cette période : J.-B. Duchenne-Duperron (1749-1825) remplit les fonctions de médecin-chef de l'hôpital ambulant de Marmoutier dans la guerre de Vendée ; F. Bouriat (1759-1816) élève une protestation contre la suppression de la liberté et défend les prêtres déportés à Bordeaux contre la foule qui les menace : son amour de l'indépendance le fait enfermer comme suspect dans la maison de l'Oratoire. J. Origet (1749-1828), en est la grande figure charitable : c'est à lui que Balzac dans le *Lys dans la Vallée* confie les soins de son héroïne, la comtesse de Mortsauf, de son vrai nom Mme de Landrière.

Le Collège de chirurgie disparaît aussi après vingt-six années d'existence. Parmi ses membres: P. Bobierre et J.-B. Marcoux-Dufour connaissent l'emprisonnement, tandis que Barbier fils et Daligny se dévouent pour les prisonniers.

A.-C. Gerboin (1758-1827), d'abord interné à Amboise pour avoir essayé de canaliser le mouvement révolutionnaire, se retire à Paris où il se fait inscrire au Museum d'histoire naturelle. Il finit sa vie comme professeur de matière médicale et de thérapeutique à Strasbourg. Le chirurgien Pierre Bodin (1748-1809) devenu député à la Convention, dans sa brochure *Mon opinion sur l'affaire de Louis Capet*, explique pourquoi il a voté le sursis à l'exécution. Commissaire à l'armée de l'Ouest, il continue son rôle modérateur dans la guerre de Vendée et contribue à la mise en liberté d'Augereau, réservant ainsi à la France un de ses plus brillants généraux. Il termine sa carrière comme commandant de gendarmerie à Blois.

Parmi les nombreux médecins aux armées de la République, figure F.-P. Chaumeton (1775-1819) qui écœuré des scènes sanglantes de la guerre de Vendée, renonce à la chirurgie, pour devenir pharmacien militaire «passant ainsi des autels d'Esculape aux bosquets de Flore ». Répudiant la zoologie dont l'étude ne peut se poursuivre « sans toucher et disséquer des cadavres, respirer des miasmes putrides et dangereux », il choisit la botanique, « science aimable offrant à celui qui la cultive, une carrière semée de fleurs ». Fervent républicain il reste six mois d'une colère épouvantable contre Broussais, parce que celui-ci a déposé chez lui une carte où il y avait le chevalier Broussais. Il laisse comme ouvrage principal une *Flore médicale* (Paris, Panckoucke, 1814-1818), dont il a écrit personnellement deux des six volumes.

Au cours de la guerre de Vendée, le centre hospitalier de Tours, placé à la jonction de la ligne d'évacuation de la Loire, et de celle de la route Paris-Bordeaux, joue un rôle de premier plan. Ses deux hôpitaux ambulants de Marmoutier-lès-Tours et de Beaumont-lès-Tours, sont renforcés par l'hôpital sédentaire de Chinon et l'hôpital ambulant de Bourgueil. Les fiévreux et blessés sont hospitalisés à Marmoutier et les galeux à Beaumont.

L'hôpital de Marmoutier qui constitue la formation hospitalière principale de Touraine, est ouvert de juin 1793 à octobre 1796 : pendant la phase la plus intense de son fonctionnement il reçoit, en cinq mois, plus de 3.000 fiévreux, mélange de typhiques, de dysentériques et de paludéens.

On voit à cette époque des convois de mille à quinze cents galeux traverser le département, en couchant à l'étape chez l'habitant. La municipalité de Chateaurenault justement émue du danger de contagion arrête que « les citoyens de cette commune seront prévenus à son de tambour du passage des dits galleux, que sur leurs billets il sera fait mention de ce mal et qu'il sera enjoint aux concitoyens qui auront logé des galleux de laver les draps où ils auront couché avant de les donner à d'autres défenseurs de la patrie passant en cette commune ». Cette mesure d'hygiène contraste avec le dénuement des hôpitaux où les draps restent six mois sans être lavés et la paille des paillasses, deux ans sans être changée.

VI. La période impériale n'est marquée que par le développement hospitalier de Tours à l'occasion de la guerre d'Espagne et de la campagne de France. Au cours de cette dernière, Tours devient le Dépôt général des blessés de la Grande Armée (1814). Le typhus décime les troupes et envahit la ville, en causant 1672 décès (1). Varin, médecin en chef de l'hôpital meurt d'épuisement. Félix Herpin, médecin de l'annexe du Plessis-lèz-Tours est atteint par l'épidémie ; le personnel médical et infirmier compte dix-huit décès.

De cette période émerge, parmi les figures tourangelles du Service de Santé, la puissante personnalité de Nicolas Heurteloup (1750-1812). Elève du collège de chirurgie de Tours, Heurteloup débute, dans la médecine militaire, comme chirurgien sous-aide à Bastia. Chirurgien consultant de l'armée des Alpes en 1792, il devient bientôt membre du Conseil de Santé. Après l'inspection de l'armée du Rhin, il rédige avec ses collègues l'*Avis sur les moyens de conserver ou de rétablir la santé des troupes de l'armée d'Italie* (1796). Premier chirurgien de la Grande Armée, il donne ses soins à l'Empereur, blessé à Ratisbonne, et il a l'honneur, après le triomphe de Wagram, d'une citation dans le deuxième *Bulletin des Armées*. Frappé de paralysie, il échappe ainsi au désastre de la campagne de Russie et meurt le 27 mars 1812.

VII. La période moderne de la médecine scientifique commence en 1815, avec la nomination de Pierre-Fidèle Bretonneau (1778-1862) comme médecin en chef de l'hôpital de Tours. La spécificité et la contagion de la diphtérie et de la dothiénentérie résument en une phrase les découvertes du génial médecin, sur lequel j'aurai l'occasion de revenir bientôt. L'éclat de son enseignement clinique qui a formé des élèves tels que Velpeau et Trousseau, contribue à la création de l'École de Médecine de Tours (1841).

Celle-ci a pour directeurs successifs Tonnellé, Herpin, Danner, D. Barnsby et Thierry.

Sa transformation en École de plein exercice, due à la ténacité de son directeur actuel, Guillaume-Louis, lui assure une expansion nouvelle.

Le monument aux morts, œuvre du sculpteur François Sicard, rappellera aux générations futures que les médecins tourangeaux de tous les temps ont toujours su faire le sacrifice de leur vie.

(1) R. Mercier. — *Le Monde médical de Touraine sous la Révolution* (Tours, Arrault, 1936).

(1) R. Mercier. — *Tours, dépôt général des blessés de la Grande Armée.* (Tours, Mame, 1934.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

L'électro-coagulation dans le traitement des cancers externes

Par M. le Docteur **MOULONGUET** (1)

Le traitement des cancers externes par l'électro coagulation ne résulte pas d'une découverte récente, mais il a été rendu possible et pratique par une amélioration des appareils médicaux de haute fréquence.

Il faut entrer dans quelques détails sur les différents types de ces courants. On sait qu'ils ont été découverts par d'Arsonval et que leur action sur l'organisme diffère profondément de celles des autres courants électriques : les courants de haute fréquence ne produisent ni électrolyse, ni secousses musculaires, ni excitation nerveuse. Ils ont seulement des effets caloriques et destructeurs sur les tissus. On distingue deux grands types de courants de haute fréquence à application médicale : les courants à ondes entretenues, produits par des lampes analogues à celles de la T. S. F. et les courants à ondes amorties, produits par des éclateurs. Ce sont ces courants à ondes amorties qui produisent les phénomènes d'électro-coagulation, mais employés seuls, comme on les employait autrefois, ils entraînent des phénomènes de carbonisation qui très rapidement isolent l'électrode et coupent le courant.

Le grand progrès récent a été de les associer à un courant à ondes entretenues, qui justement empêche la formation d'une zone de carbonisation, permet de progresser au sein des tissus et de détruire ceux-ci de proche en proche. L'emploi des courants à ondes entretenues isolées constitue ce qu'on a appelé le bistouri électrique ; je n'en parlerai pas ici. Il ne semble pas d'ailleurs qu'il ait tenu toutes les promesses qui avaient accompagné sa naissance. Au contraire, j'espère vous montrer que l'électro-coagulation (ou diathermo-coagulation) constitue un traitement très intéressant des cancers.

Pour produire l'électro-coagulation on met le patient dans un circuit constitué par une électrode large et par une électrode étroite (pointe ou boule de petit diamètre) qui est l'électrode active. Les courants employés sont de fréquence supérieure à 100.000, leur intensité varie de 5 à 20 ampères.

Les précurseurs ont fait, soit de l'étincellage, en tenant l'électrode à distance des tissus (fulguration de Keating Hart), soit de la destruction au contact de tumeurs pédiculées de petit volume (Doyen) : par exemple destruction des papillomes vésicaux, des tumeurs de la peau (Stéfani). Maintenant, grâce à l'association des ondes amorties avec des ondes entretenues, comme je l'ai dit plus haut, on peut s'attaquer à des tumeurs énormes ; la méthode est extrêmement puissante (Cushing et Bovie, Heitz-Boyer, De Martel, Gondet, Kaysser, Berven, Gernez).

(1) Conférence faite à l'Hôpital Foch le 15 mars 1936, et résumée par Mme le Docteur Rodzevitch.

Au pourtour de l'électrode active, les tissus blanchissent d'abord, puis noircissent ; l'action s'étend à plusieurs millimètres de l'électrode, elle cesse progressivement pour respecter au pourtour de façon complète les tissus ; dans cette zone intermédiaire les vaisseaux sont thrombosés, les nerfs détruits, ce qui assure à la méthode, comme nous le verrons, ses avantages principaux : hémostase, calfatage lymphatique et veineux, indolence.

Nous allons étudier d'abord les avantages du traitement des cancers externes par l'électro-coagulation.

1) Il est essentiel de signaler que les cancers externes sont le plus souvent ulcérés et infectés. Ces faits sont d'une importance primordiale pour le chirurgien qui, forcément, coupe des vaisseaux et des lymphatiques infectés au cours de l'opération, et à cause de cela assiste après son opération à des complications septiques ; je pense, par exemple, aux cancers de la vulve, de l'anus, de la langue.

L'électro-coagulation progresse dans les tissus par zones successives : à côté des parties détruites par le courant il y a des parties seulement altérées, puis des parties peu modifiées, puis des parties saines ; ces zones successives jouent un rôle très utile, pour ainsi dire providentiel, contre la propagation de l'infection. D'autre part, les vaisseaux sanguins et lymphatiques sont obturés à distance par l'électro-coagulation. Heitz-Boyer et Champy ont démontré ce fait par des études histologiques ; ils l'ont dénommé « calfatage des lymphatiques ». Il en résulte, et c'est un grand avantage en faveur de l'électro coagulation, que les réactions fébriles après l'application de ce traitement sont insignifiantes.

2) L'extension des cancers étant très variable, on sait que le chirurgien est tenu de pratiquer une intervention toujours très large ; il s'agit d'extirper le cancer en bloc.

Il n'en va pas de même avec l'électro-coagulation qui détruit le cancer en progressant dans le sens *centrifuge*, du centre de la tumeur à la périphérie, c'est-à-dire inversement à la méthode chirurgicale.

Avec le bistouri le chirurgien, s'il rencontre les tissus cancéreux, court le risque d'ouvrir les lymphatiques et de ce fait, d'avoir des récidives. Il cherche donc à éviter ce danger en passant le plus large possible.

Avec les courants coagulants, la destruction progressive des tissus et mieux encore le calfatage des lymphatiques préviennent l'ensemencement des cellules cancéreuses et évite au mieux les récidives locales et les disséminations à distance. Un exemple très net est donné par les nævo-carcinomes : l'opération chirurgicale d'un nævo-carcinome entraîne presque fatalement la dissémination des lésions ; l'électro-coagulation par contre obtient souvent la destruction radicale de cette néoplasie particulièrement dangereuse (Ravaut et Ferrand).

3) En plus de ces avantages immédiats de l'électro-coagulation il faut citer l'excellence des processus de réparation après les plus larges destructions. Comme ces photographies le montrent, on obtient au bout de quelques semaines ou quelques mois une réparation remarquable, presque inespérée. La cicatrice a une souplesse, une absence de rétractilité qu'on observe rarement après une opération chirurgicale.

Nous pouvons donc conclure que le traitement des cancers externes par l'électro-coagulation présente des avantages qui peuvent, dans certains cas, le faire préférer à la chirurgie.

***

Voyons maintenant la curiethérapie. L'électro-coagulation a-t-elle des avantages sur le radium ? Le radium a parfois un effet admirable, détruisant les cellules néoplasiques et n'altérant presque pas les tissus sains. Il est vrai que son emploi est dispendieux et fort pénible pour le malade condamné à porter l'appareil de radiumthérapie quinze à vingt jours. Mais ces raisons matérielles n'ont pas grand intérêt dans la discussion. Il y a plus grave : d'abord certains néoplasmes ne sont pas sensibles aux radiations, par exemple le nævo-carcinome, les cancers cylindriques ; ensuite la curiethérapie trouve une limitation de son emploi dans les cancers infectés dont la sensibilité au radium se trouve de ce fait très diminuée et pour lesquels on peut assister à des recrudescences d'infection à la suite de l'application du radium ; par exemple le cancer du col utérin dont le traitement est parfois accompagné d'une poussée fébrile, et même d'une réaction péritonéale.

D'autre part, dans certaines localisations du cancer l'application du radium est très difficile : c'est le cas du cancer de la langue par les aiguilles de radium. Le radium convient mal également pour la destruction de très grosses tumeurs dont la fonte est aléatoire et peut être dangereuse pour l'organisme. Enfin la radiumthérapie appliquée sur un cancer infecté ayant infiltré le squelette entraîne la radio-nécrose osseuse, accident redoutable, très grave par sa durée qui peut être de plusieurs mois ou davantage. Vous voyez que dans nombre de cas l'électro-coagulation vient suppléer aux défauts de la radiumthérapie. Nous verrons d'ailleurs plus loin qu'on peut les associer.

Pourtant, rien n'est parfait, et l'électro-coagulation, si elle a de grands avantages, a aussi ses inconvénients. Je veux revenir sur les uns et sur les autres.

Avantages. — L'opération au bistouri électro-coagulant n'entraîne aucun choc opératoire, contrairement à une opération chirurgicale. Le calfatage des lymphatiques évite à la fois la dissémination du cancer et la possibilité des phénomènes septiques post-opératoires. Après l'électro-coagulation souvent la température ne dépasse pas 38°, l'état général reste bon et le malade *n'éprouve aucune douleur.* Cette absence de douleur s'explique par l'action d'électro-coagulation sur les terminaisons nerveuses qui se trouvent séparées par une zone frontière des tissus détruits. Ainsi le malade peut être débarrassé de sa lésion sans souffrir, quoiqu'il présente une grande plaie.

Le foyer d'électro-coagulation présente des réactions locales spéciales ; on note l'existence d'un œdème dû à la chaleur qui est considérable et peut atteindre 300°. La chaleur entraîne des lésions analogues aux brûlures, aux coups de soleil. Après l'électro-coagulation on observe des escharres noires qui tombent au bout de huit à douze jours ; la grande plaie se rétrécit et guérit après un temps relativement très court.

Inconvénients. — Le principal est l'hémorragie. Elle peut être précoce, pendant ou après l'électro-coagulation : la pointe de l'électrode enfoncée dans les tissus peut être blessante et dans ce cas, causer des hémorragies pendant l'opération ; c'est une faute de technique, il faut y remédier en employant un courant mieux approprié, ou en utilisant l'électrode à boule au lieu de l'électrode à aiguille (Gernez).

Les hémorragies peuvent être tardives, lors de la chute des escharres, vers le douzième jour ; c'est notamment lorsque l'électro-coagulation a été faite dans un milieu très infecté, par exemple, la cavité buccale : ce sont des hémorragies infectieuses, de même origine que celle des hémorragies de plaies de guerre. On peut les éviter en associant à l'électro-coagulation la ligature d'une artère à distance, par exemple carotide externe dans le cancer de la langue. Tout en adoptant les nouveaux moyens de la science, il ne faut pas abandonner les vieilles règles de la technique chirurgicale !

Applications. — L'électro-coagulation s'emploie avec succès dans la destruction d'un nævo-carcinome, néoplasie où la chirurgie, comme les rayons X et le radium, se montrent inefficaces. Ravaut a bien réglé l'application de l'électro-coagulation à ces tumeurs, les résultats sont admirables lorsque les ganglions ne sont pas envahis. Lorsqu'ils le sont le problème devient plus complexe, néanmoins on peut encore obtenir des succès temporaires.

Le cancer cutané, baso ou spino-cellulaire, développé sur une cicatrice de brûlure ou sur une radio-dermite est traité avec succès par l'application des courants. Gernez a traité par l'électro-coagulation des cancers très étendus des membres contre lesquels la chirurgie ne pourrait être que mutilante ; vous voyez d'après des photographies que les résultats obtenus sont satisfaisants.

Dans les cancers de la vulve, de l'anus, l'électro-coagulation agit favorablement malgré la grande septicité et la mauvaise qualité des tissus de ces régions. Après l'électro-coagulation on observe un vaste cratère mais les suites sont bonnes, les escharres tombent et la réparation s'est faite en quelques semaines. Le cancer étendu de la lèvre est également traité par les courants de haute fréquence avee un résultat satisfaisant.

On peut guérir le cancer de la langue en électro-coagulant très largement cet organe, aussi loin qu'il est nécessaire ; parfois la langue entière sera détruite et le malade ne présente après l'électro-coagulation qu'un moignon noir (Gernez). Si la masse du tissu carbonisé est trop volumineuse on peut l'enlever prudemment à l'aide d'une curette, toutefois il est préférable de laisser tomber les escharres spontanément. Le malade arrive parfois à se servir du reste de sa langue.

Le cancer pelvi-lingual est un cas d'élection pour l'électro-coagulation. On sait que son traitement est très complexe, très dangereux par la chirurgie, qu'il faut craindre les complications septiques du côté du cou : l'emploi des courants de haute fréquence remédie à ces difficultés et à ces risques.

Si le cancer envahit, comme cela est fréquent, la mâchoire, on électro-coagule l'os par la pointe de l'électrode, on fait tomber les dents voisines et on obtient une séquestration de l'os qui devient sec et sonne sous l'instrument ; ces séquestres d'électro-nécrose ne s'infectent jamais et sont éliminés au bout de six semaines à deux mois ; les tissus en dessous sont déjà suffisamment réparés.

Gernez, de Fourmestraux ont employé l'électro-coagulation dans le cancer du col utérin. On peut l'utiliser aussi pour traiter certains squirrhes du sein, ou bien des cancers ulcérés, très infectés, dont l'ablation chirurgicale serait dangereuse.

En somme, on peut utiliser l'électro-coagulation dans beaucoup de cas que l'on enlève ainsi à la chirurgie. On peut affirmer, malgré que ce traitement ne date que de trois ou quatre ans, qu'il est possible d'en obtenir des résultats durables qui rivalisent avec ceux que donnent les méthodes classiques.

J'estime que dans beaucoup de cas *l'électro-coagulation doit être associée avec la curiethérapie* ; après la destruc-

tion par l'électro-coagulation le malade porte un appareil à radium. Les résultats de cette technique, comme vous pouvez juger d'après ces photographies, sont satisfaisants ; on observe une bonne réparation plastique spontanée de grosses lésions, à laquelle on peut adjoindre plus tard des opérations réparatrices. De plus l'association électro-coagulation et radium, lorsqu'il s'agit de cancer ayant envahi le squelette, prévient l'effet nocif de la curiethérapie et on n'y observe jamais de radio-nécrose.

Je conclurai en disant que, les indications en étant dûment posées par un cancérologue averti, l'électro-coagulation est indiquée dans certains cas de cancers externes, que ses avantages sont indiscutables, et qu'associée à la curiethérapie elle constitue un réel progrès dans le traitement du cancer.

LE MOUVEMENT MÉDICAL

L'ulcus gastro-duodénal

Plusieurs séances de la Société vaudoise de médecine ont été consacrées, en 1935, à la question de l'ulcère gastro-duodénal ; un certain nombre de rapports et de communications ont été groupés dans le numéro du 25 avril 1936 de la *Revue médicale de la Suisse romande* ; une étude radiologique vient de paraître dans le *Scalpel* du 14 mars 1936 ; les références se trouvent à la fin de ce mouvement. Chacun de ces travaux contient des idées personnelles et souvent nouvelles ; nous allons tâcher d'en tirer une mise au point, contenant les faits essentiels ou jugés tels, mais ne donnant qu'une idée imparfaite de la valeur d'opinions forcément résumées.

L'ulcère n'est pas une maladie autonome, c'est le premier point sur lequel il faille insister sous peine de s'exposer à manquer de l'idée générale, qui nous permettra de nous reconnaître dans une question fort compliquée. L'ulcère n'est qu'un épisode au cours d'une maladie cyclique, la maladie ulcéreuse, qui évolue pendant de longues années et présente des périodes de rémission et d'aggravation spontanées. Ces alternances, positives et négatives, sont d'ailleurs indépendantes du traitement suivi et doivent nous rappeler qu'une attitude de prudence et de modestie est particulièrement à recommander au cours de nos tentatives thérapeutiques. Ce que nous disons là concerne d'ailleurs aussi bien le médecin, qui a prescrit du bicarbonate de soude, que le chirurgien, qui a pratiqué une résection.

La pathogénie reste encore terriblement dans le vague et l'imprécision. On ne sait rien ou presque, sinon qu'il existe une relation entre l'ulcère et l'acidité. On ignore si l'ulcère relève d'un trouble circulatoire local ou s'il se développe sur un terrain inflammatoire particulièrement vulnérable. Une réponse nette à cette question aurait une influence décisive sur l'orientation de la thérapeutique ; considérons l'alternative et attendons sans jamais la perdre de vue !

La nouvelle floraison de l'esprit clinique donne à l'interrogatoire une place très importante. On n'attribue qu'une valeur médiocre à la localisation et aux irradiations douloureuses dont se plaint le malade. Par contre on s'attachera à dégager nettement le rythme duodénal à trois temps (alimentation, bien-être, douleurs), le rythme gastrique à quatre temps (alimentation, bien-être, douleurs, bien-être), l'horaire journalier et surtout l'horaire annuel.

L'épreuve du tubage est en recul et le chimisme gastrique a causé beaucoup de désillusions. La gastroscopie permet de reconnaître le terrain et donne une bonne idée des phénomènes inflammatoires, mais elle crée des conditions artificielles et de l'antipéristaltisme en dehors de la digestion.

La radiologie a transformé le problème du diagnostic. Il faut de bons radiographes, qui aient à la fois l'esprit clinique et des appareils puissants. La radioscopie fixe sur le transit et la radiographie sur les lésions ; il faut souvent des séries d'épreuves pour se faire une opinion motivée.

La thérapeutique a donné lieu à des controverses médico-chirurgicales, dont l'intérêt paraît aujourd'hui périmé. Un accord tacite s'est établi pour tenter un premier traitement médical et ne passer à l'intervention que sur un échec.

Les régimes sévères ne semblent pas avoir une efficacité supérieure à celle des prescriptions plus simples. Les traitements locaux ont des guérisons à leur actif et l'on s'adressera suivant les cas au bismuth, à l'huile d'olive, aux antispasmodiques, aux alcalins, etc...

Les modernes ont proposé diverses thérapeutiques, dont la variété n'est pas une preuve formelle d'efficacité. Ce sont la radiothérapie, la protéinothérapie, l'insulinothérapie, la parathyroïdothérapie, l'hypophysothérapie, la pepsinothérapie, l'amino-acidothérapie. Le temps seul montrera ce qu'il faut en attendre ; aucun n'a jusqu'à présent remporté la majorité des suffrages.

Si le traitement médical doit être tenté dans tous les cas non-compliqués, l'intervention doit de son côté être réservée à des cas bien déterminés : complications (perforation, sténose), récidives, incurabilité. Dans la réalité tout n'est pas aussi simple ; on n'est pas toujours en mesure d'affirmer que la médecine a échoué ou que la chirurgie réussira ; il existe une frontière médico-chirurgicale assez mal délimitée ; c'est la zone des hémorragies à répétition, des douleurs excessives, des possibilités de dégénérescence, de l'impécuniosité, etc... Alors prédominent les désirs du malade ou le tempérament du praticien beaucoup plus que les arguments cliniques.

L'intervention est décidée ; c'est très bien, mais quelle sera cette intervention ? La gastro-entérostomie est en recul ; on lui reproche de ne mettre le patient à l'abri ni d'une hémorragie, ni d'une perforation ultérieure, ni de la cancérisation de l'ulcère, ni de la formation d'un nouvel ulcère, ni surtout du développement de l'ulcère jéjunal peptique ; on en vient à se demander pourquoi on en fait encore. Quoi qu'il en soit la résection a gagné ce que la gastro-entérostomie a perdu ; comme on a observé consécutivement des hémorragies et des perforations, on en est venu à des résections de plus en plus larges, comprenant les deux tiers et même les trois quarts de l'estomac ; les guérisons seraient deux fois plus nombreuses, ce qui est relativement facile à constater, et de plus de *qualité supérieure*, ce qui nous semble un peu plus sujet à caution. Ces avantages sont du reste compensés par une mortalité opératoire plus élevée ; les 5 % de décédés supplémentaires auront la consolation de penser que leurs autres camarades d'infortune guériront mieux.

Peut-on parler de qualité de guérison ou plus simplement de guérison ? L'ulcéreux « ne peut être déclaré guéri qu'après sa mort ou mieux encore après son autopsie » (Cuendet), puisque la maladie ulcéreuse dure des dizaines d'années. Le mieux est donc de parler de résultats bons, médiocres ou mauvais. Les bons résultats comprendront les malades guéris cliniquement, c'est-à-dire ceux qui n'ont plus subi de traitement médical depuis l'opération.

D'une statistique personnelle de 81 cas Cuendet a tiré les conclusions suivantes, qui sont empreintes d'une grande modération ; en principe il faut toujours se méfier des statistiques trop brillantes, qui révèlent chez leurs auteurs plus d'illusions que de sens critique.

« 1. Dans une statistique modeste mais comprenant la totalité de nos opérés de 1924 à 1935, nous constatons que la gastro-entérostomie postérieure nous a donné 90 % de résultats éloignés excellents ; ces résultats sont aussi bons pour les ulcères florides que pour les cicatrices d'ulcères et les sténoses pyloriques.

« 2. Pour les ulcères perforés par contre, nos résultats lointains sont défavorables dans 34 % des cas.

« 3. A l'avenir, nous resterons fidèle à la gastro-entérostomie postérieure dans la majorité des opérations pour ulcère non-perforé. Nous resterons fidèle à la gastro-entérostomie à cause de son danger moindre et à cause des résultats excellents qu'elle est capable de donner, dans notre pays du moins.

« 4. La résection restera pour nous l'opération d'exception que nous réserverons de préférence aux jeunes, aux hyperacides et aux « récidivistes ».

« 5. Pour les ulcères perforés nous renoncerons à l'avenir à la gastro-entérostomie ; nous nous contenterons le plus souvent de la simple suture de l'ulcère, quitte à pratiquer la résection dans un second temps si elle s'impose. »

Nous avons vu les indications opératoires générales ; il y a d'autres indications, qui dépendent de la lcoalisation. Les ulcères de la région pyloro-duodénale, aux fortes rétentions, représentent les brillants succès de la gastro-entérostomie. Les ulcères de la petite courbure et de la face postérieure bénéficient de la résection, non pas tant à cause du risque de cancérisation que parce que leur résistance au traitement médical est connue.

Parmi les dangers à éviter à l'opéré il y a l'ulcère peptique ; la proportion d'ulcères post-opératoires varie suivant les chirurgiens. De tels résultats sont évitables grâce à une collaboration précoce du chirurgien et du médecin. Après l'intervention, vers le cinquième ou sixième jour, le médecin prend l'opéré en main et le soigne avec une entière liberté de manœuvre, sans restriction quelconque. Le malade sera soumis à une alcalinisation de six mois. Cette thérapeutique est logique puisque tout ulcère se développe en milieu acide ; elle semble du reste avoir une activité réelle.

Mais il serait encore mieux de prévenir la maladie ulcéreuse chez les bien portants. Voici ce que dit Paschoud avec un bon sens que nous avons rarement l'occasion de constater de nos jours :

« La nicotine, l'alcool, les excitants, les multiples petites choses que nous avalons, le pus, c'est ce que les Allemands appellent *Scheinfutterung*, l'alimentation fictive qui provoque une réponse secrétoire inutile. La notion essentielle du repos interdigestif est sacrifiée de nos jours. Nous nous mettons à table, que nous ayons faim ou pas, nous buvons sans avoir soif, la notion des apports et des *déports* est aussi déréglée que le monde dans lequel nous vivons. A vous donc, médecins, de nous enlever cette chirurgie magnifique, à laquelle les circonstances m'ont poussé plus qu'à une autre ».

J. Lafont.

BIBLIOGRAPHIE

R. Feissly. — L'ulcus gastro-duodénal. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 avril 1936.

S. Cuendet. — Traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal. *id. ibid.*

H. Paschoud. — Aspect chirurgical du problème thérapeutique posé par l'ulcère gastro-duodénal. *Id. ibid.*

M. Chester. — L'ulcère gastro-duodénal. *Id. ibid.*

G. Brohee et P. Everarts. — Quelques aspects radiographiques de l'ulcus duodénal. *Scalpel*, 14 mars 1936.



DIAGNOSTIC

Les maux de Pott silencieux ou à symptomatologie atypique

Si, en présence d'un syndrome douloureux rachidien, on pense toujours à la possibilité d'une affection rachidienne et, en particulier, au mal de Pott (diagnostic que viennent confirmer ou infirmer des épreuves radiographiques faites de face et de profil), il faut savoir qu'il est des maux de Pott difficiles à diagnostiquer, soit parce qu'ils restent muets pendant toute une première période de leur évolution, soit parce qu'ils se présentent avec une symptomatologie tout à fait atypique.

1° Ceux qui rentrent dans la première catégorie ne sont souvent diagnostiqués qu'au cours d'un examen radiologique fortuit. A. Sicard et R. Acquaviva (1) viennent d'en rapporter deux nouveaux cas.

Il s'agit, dans la règle, d'adultes ou de grands adolescents, chez lesquels le mal de Pott est si souvent mono-symptomatique. Chez le premier des malades de Sicard, le mal de Pott fut découvert sur une radiographie faite dans le but de préciser une tuberculose pulmonaire, vers laquelle les signes fonctionnels et généraux avaient orienté. Chez le second, il s'agissait de vérifier le diagnostic de fracture costale après un violent traumatisme thoracique. Dans les deux cas, on vit, sur le cliché, un volumineux abcès périfocal au niveau de la colonne dorsale avec pincement de disques correspondant aux vertèbres atteintes.

2° D'autres maux de Pott se traduisent par un syndrome du douloureux atypique qui fait errer le diagnostic avant de penser au mal de Pott. Delchef en a rapporté, entre autres auteurs, deux observations. Dans un cas, il s'agissait d'une femme de 35 ans qui fut soignée pendant un certain temps pour un syndrome douloureux de l'hypochondre droit faisant penser à une *cholécystite*. Devant l'insuccès de cette thérapeutique, Delchef, examinant la région dorsale, constate à son niveau de la raideur, de la douleur et des signes radiculaires. La radiographie confirme le diagnostic clinique de mal de Pott en révélant un pincement du disque séparant D_{11} de D_{12}. L'autre observation est celle d'une malade de 38 ans se plaignant de douleurs iliaques droites ; on pratique, chez elle, une *appendicectomie* et une *néphropexie* qui n'amenèrent aucune sédation des douleurs. Puis, après quelques mois, les douleurs s'aggravèrent et irradièrent à la région lombaire. Radiographiée, la malade présentait un Pott lombaire évident.

On conçoit combien, dans ces cas, le diagnostic de mal de Pott puisse être difficile. Une radiographie pratiquée, il faudra la lire avec beaucoup d'attention et, là encore, il faudra éviter des erreurs de diagnostic radiologique. En particulier, il faut savoir qu'une malformation congénitale qui pouvait expliquer un syndrome douloureux rachidien n'exclut pas la possibilité d'un mal de Pott. On a publié de nombreuses observations de ce genre : association d'un Pott et d'une sacralisation, association de spina bifida d'une vertèbre dorsale et d'un Pott de deux vertèbres sous-jacentes (Galland).

Toutes ces observations montrent la complexité du diagnostic des maux de Pott atypiques.

Jean Chatain.

(1) A. Sicard et R. Acquaviva. La découverte des maux de Pott silencieux au cours d'un examen radiographique fortuit. *Provence médicale*, 15 janvier 1936, p. 9.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Syphilis

La sédimentation des hématies dans la syphilis paraît traduire assez fidèlement le degré d'infection de l'organisme, d'une façon plus sensible même que le Wassermann et, si on ne peut lui attribuer aucune importance au point de vue du diagnostic et même du pronostic éloigné, elle peut toutefois fournir d'utiles renseignements en ce qui concerne l'évolutivité immédiate de l'infection ainsi que l'efficacité de la thérapeutique.

La vitesse de sédimentation des globules rouges, précédant dans ses modifications les autres réactions sérologiques, s'élève dès que surviennent les accidents primaires. De 8 à 20 pour 100 pendant la période primaire pré-sérologique, elle atteint 20 à 50 pour 100 pendant la période primaire avec sérologie positive et monte jusqu'à 55 pour 100 pendant les accidents secondaires

Sous l'institution du traitement la vitesse de sédimentation se ralentit considérablement et dès la fin de la première série thérapeutique elle est redescendue à des taux très bas (15 pour 100 en moyenne). La chute, que dessine la courbe, est assez variable. Si, dans certains cas, la chute de la sédimentation suit immédiatement l'institution du traitement et se fait soit rapidement, soit progressivement, il est d'autres cas où cette chute est précédée d'une ascension passagère qui traduit une activation momentanée de la réaction par un phénomène que l'on peut rapprocher de ce que l'on observe au cours de la réaction d'Herxheimer.

Une fois arrêtée aux environs de 15 pour 100, la sédimentation reste à ce taux pendant toute la première année de traitement, alors que le Bordet-Wassermann s'est négativé depuis longtemps. A la fin de cette première année elle est toujours revenue à la normale. Elle y restera dans toutes les syphilis anciennes bien soignées. Elle se montrera également normale dans les syphilis bien soignées avec Wassermann irréductiblement positif.

Au contraire, dans les syphilis anciennes mal soignées, elle ne suit plus aucune règle et toutes les variations peuvent se voir.

Dans la syphilis tertiaire évolutive la sédimentation suit la marche des phénomènes cliniques.

La surinfection ne semble pas imprimer à la réaction une modalité particulière.

En présence d'une résistance médicamenteuse, la sédimentation semble elle aussi résister au traitement et se maintient invariablement malgré celui ci à un taux élevé.

Dans les syphilis héréditaires, elle s'améliore très rapidement, semble-t-il, si le malade est traité précocement. Elle paraît au contraire insensible au traitement, si celui-ci est institué trop tardivement.

(J. Gaté et H. Chevat. Contribution à l'étude de la sédimentation des hématies dans la syphilis. *La Presse Médicale*, 11 janvier 1936.)

La syphilis acquise est rare chez l'enfant, mais moins peut-être qu'on ne le croit souvent. — En moins d'un an, M. Grenet a pu en observer quatre cas dans son service de l'hôpital Bretonneau.

La syphilis acquise peut chez l'enfant, être vénérienne ou non-vénérienne.

La syphilis non vénérienne est la plus fréquente. Elle peut être inoculée au moment de la vaccination, du percement du lobule de l'oreille, par les instruments d'un dentiste, par des objets de toilette, des ustensiles de ménage, mais surtout au cours de l'allaitement par une nourrice et un baiser.

Il faut encore tenir compte des pansements malpropres. Une histoire que raconte Fournier est bien suggestive. Un enfant qui joue au jardin des Tuileries tombe et se fait une petite plaie du genou ; une dame tire de son sac à main du taffetas d'Angleterre et l'applique sur la plaie après l'avoir imbibé de salive. Quatre semaines après, chancre syphilitique.

La syphilis vénérienne s'observe le plus souvent chez les prostituées mineures. Elle est quelquefois le résultat d'attentats criminels commis sur de jeunes fillettes ou de jeunes garçons. Des nourrissons même peuvent être victimes de la pédérastie. Un chancre anal a été observé chez un nourrisson de 23 mois.

La syphilis acquise de l'enfant est caractérisée par la fréquence des chancres extra génitaux et spécialement des chancres céphaliques. Sur 19 cas observés par M. Grenet, on relève un seul chancre vulvaire ; dans une statistique de Fournier portant sur 26 cas, on note 14 chancres céphaliques. L'existence de lésions eczémateuses ou impétigineuses rend facile la transmission, en particulier par le baiser.

Le chancre passe souvent inaperçu et peut être masqué par des lésions cutanées banales.

L'âge auquel l'enfant contracte la syphilis peut imprimer à celle-ci quelques caractères particuliers. Plus le malade est jeune, et plus son développement peut se trouver modifié. Si c'est un nourrisson qui est atteint, la ressemblance avec la syphilis congénitale peut être très grande.

Le traitement de la syphilis acquise ne présente rien de particulier ; il est le même que celui de la syphilis héréditaire, de toute syphilis en activité.

Quant au pronostic, il est d'autant meilleur que le diagnostic est fait plus tôt ; chez l'enfant, terrain vierge encore d'infections successives, les traitements spécifiques ont, en général, leur maximum d'action. Ce qui est grave, c'est le risque que l'on court de méconnaître la syphilis.

Aux parents d'un jeune enfant que l'on soigne, on doit indiquer la nature de la maladie, la syphilis en l'espèce. Mais le médecin traitant n'a pas à désigner l'agent de contamination : il pourra seulement établir un certificat mentionnant la date du début des accidents et les signes constatés, sans indiquer leur origine. La famille pourra, ensuite, provoquer une expertise qui fixera les responsabilités ; le certificat remis permettra d'établir la filiation des accidents.

Les choses se présentent à peu près de la même manière pour le médecin d'une nourrice contaminée par un hérédo-syphilitique.

(H. Grenet. La syphilis acquise chez l'enfant. *Paris Médical*, 2 novembre 1935.)

Tranfusion sanguine

La transfusion de sang de cadavre aux êtres humains, fondée sur des travaux expérimentaux, a été pleinement justifiée par les nombreux résultats cliniques existant déjà.

Le sang de cadavre recueilli pendant les premières heures (six à huit) après le décès reste stérile et conserve entièrement ses propriétés vitales.

Les réactions sérologiques, les épreuves bactériologiques et les données de l'autopsie scrupuleuse donnent des garanties suffisantes au receveur.

Grâce à la fibrinolyse, le sang des sujets morts subitement reste liquide pendant un temps prolongé et peut être conservé stérile plus de trois semaines.

L'effet clinique de la transfusion du sang de cadavre ne diffère absolument en rien de la transfusion de sang de donneurs vivants, effectuée directement ou avec addition de citrate. Par rapport au pourcentage de légères réactions, le sang de cadavre présente même des avantages.

La technique de la récolte du sang du corps est très simple et n'exige aucun appareil spécial.

L'organisation de stations pour la récolte, le contrôle et la conservation du sang frais de cadavre, est parfaitement réalisable dans les grandes ville, surtout dans les grands hôpitaux de secours urgent. Dans ces circonstances, les matériaux seront fournis par les cadavres des personnes ayant subi des traumatismes dans la rue et présentant des lésions fermées, ainsi que par les services de médecine où les cas de décès par angine de poitrine ne peuvent être rares.

(Prof. S.-S. Judine. La transfusion du sang de cadavre aux êtres humains. *La Presse Médicale*, 11 janvier 1935.)

La connaissance et la recherche des groupes sanguins ne suffit pas à établir sûrement la compatibilité sanguine et à écarter les accidents de la transfusion, car le sang de chaque sujet est individuel ; en outre, il peut acquérir des propriétés d'intolérance sous certaines influences pathothologiques.

Nous ne possédons pas actuellement de test ou d'épreuve infaillible qui permettrait, dans tous les cas, d'éviter avec certitude les accidents d'incompatibilité.

Par conséquent, toute transfusion représente encore un risque qui est d'ailleurs rarement mortel (3 sur 10.000 d'après

Tzanck) ; risque qu'on retrouve aussi bien à l'occasion de l'anesthésie, de l'arsénothérapie, etc.

Même à ce prix, la transfusion sanguine reste une méthode thérapeutique de première valeur.

Certes, il faut être prudent, mais non pas timoré, car il ne s'agit pas de faire perdre aux malades le bénéfice d'une thérapeutique dont les bienfaits dépassent de beaucoup les dangers.

(Camille Simonin. Réactions sanguines paradoxales observées à l'occasion des transfusions. *Paris Médical*, 28 décembre 1935.)

Chirurgie

Le non-drainage après intervention pour appendicite suppurée est considéré comme une pratique dangereuse, par M. Bourde. Cette méthode, si elle est susceptible de donner un pourcentage important de guérisons rapides, est aussi responsable de graves échecs. Le fait de fermer plus ou moins complètement la paroi expose, en effet, à deux dangers également redoutables : du côté de la paroi, danger de phlegmon qui prendra souvent l'allure disséquante et gangréneuse ; du côté du péritoine, danger de péritonite souvent mortelle.

Après une série heureuse, deux graves échecs ont été enregistrés.

Un petit malade de 10 ans, opéré le 29 août 1927 au troisième jour de sa crise, présenta, après la fermeture totale, une péritonite généralisée qui, malgré l'ablation des sutures, fut suivie de mort.

Un autre fit un phlegmon disséquant de la paroi avec suppuration gangréneuse étendue qui l'emporta également.

Deux cas, observés récemment dans le service de Clinique chirurgicale infantile de la Faculté de Marseille, montrent que des chirurgiens expérimentés continuent à jouer la chance et que la fermeture quasi totale dans des cas douteux est encore hasardée souvent.

Dans les deux cas, la décision s'est imposée. Bien que pratiquée précocement, les suites opératoires ont été graves et longuement troublées.

Dans d'autres cas, les quelques heures perdues pour le drainage ont été funestes pour l'opéré.

Et par drainage, il faut entendre, non pas une caricature de drainage par un drain filiforme et inopérant, mais un drainage effectif par mèches et par drains volumineux conjugés, plongeant dans tous les culs-de-sac infectés et assurant en même temps et peut-être encore mieux que l'évacuation des produits septiques au dehors une tranquilité d'esprit que ne donne pas la fermeture hermétique de l'abdomen.

(Docteur Yves Bourde. Danger du non-drainage après intervention pour appendicite suppurée. *Le Bulletin Médical*, 14 décembre 1935.)

Varia

Contrairement à un usage très répandu, on prendra avant et non après le repas les préparations de Boldo, l'absorption post-prandiale pouvant provoquer des phénomènes gastralgiques, du météorisme, des spasmes vésiculaires, des nausées.

(Henri Leclerc. La pharmacologie du Boldo. *La Presse Médicale*, 14 décembre 1935.)

***

La kinésiethérapie ne s'improvise pas, elle s'apprend, elle a ses méthodes, elle a ses indications, elle est agissante, il est inadmissible de la confier ou premier venu. Alors que tant de confrères cherchent péniblement à exercer leur art, il est curieux de voir qu'une branche aussi importante de la médecine est laissée de côté et que le docteur en médecine connaissant le massage devient une exception.

Je crois qu'il serait assuré d'une bien belle clientèle, le praticien instruit auquel on pourrait confier, sans arrière-pensée, une fracture consolidée dont les articulations voisines sont enraidies, un pied dont l'astragale a été enlevé, une arthroplastie dont les mouvements doivent être entretenus, un genou dont l'ablation du ménisque a laissé les mouvements limités.

A notre époque de spécialisation excessive, cette branche inexploitée a bien autant d'intérêt que l'anesthésie.

(Docteur Raphaël Massart. — Les paramédicaux. *Le Concours Médical*, 15 décembre 1935.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 mai 1936

Enquête sur la mortalité infantile (0 à 365 jours) et l'allaitement au sein à la campagne. — ***MM. Lesage*** et ***Cruveilhier*** ont pu obtenir sur ce point limité mais précis l'opinion de plus de huit cents médecins.

Le résultat de cette enquête est navrant ; la conclusion générale est que l'allaitement au sein disparaît progressivement des campagnes et que les quelques femmes qui nourrissent encore, n'allaitent leurs enfants que pendant deux ou trois mois.

La cause initiale de cet état de choses remonterait à la dernière guerre pendant laquelle, par suite du départ des hommes aux armées, les femmes ont dû travailler la terre. Après la guerre, les femmes gardèrent l'habitude de ces travaux, du fait de la cherté de la main-d'œuvre, puis de la crise. Aussi l'enfant est-il confié à une vieille maman, qui l'élèvera au biberon.

Devant l'importance de cette enquête, l'Académie de Médecine se doit à elle-même d'attirer sur ce point l'attention des pouvoirs publics.

Un exemple de synergie dans la chimiothérapie de la streptococcie expérimentale. — ***M. R. L. Mayer.*** — Il s'agit de l'action conjuguée d'un sel d'or, l'aurothiomalate de sodium, avec celle de dérivés de la benzène sulfonamide, vis-à-vis de souris infectées par le streptocoque hémolytique. Des doses séparées de chacune de ces substances qui font survivre les souris plusieurs jours au-delà du terme où meurent ces souris témoins infectées, les font survivre bien au-delà du sixième jour si on les administre toutes deux à la fois. Il y a en quelque sorte potentialisation des effets.

Natrémie et réserve alcaline du sérum au cours de l'héliothérapie. — ***MM. A. Aimes*** et ***J. Cayla*** (de Montpellier). — L'héliothérapie ne provoque pas des modifications appréciables de la natrémie sérique.

Elle semble provoquer un très faible abaissement de la réserve alcaline.

Nouveaux documents sur l'action de la strychnine sur le réveil des animaux narcotisés par l'étho-butyl-éthyl-malonylurée. — ***M. L. Launoy.*** — « En définitive, nos nouvelles observations confirment nos conclusions antérieures sur l'inutilité habituelle, pour provoquer le réveil, de l'injection de sulfate de strychnine aux lapins placés en narcose barbiturique sans surdosage. Dans la mesure où l'affinité de l'alcaloïde pour la moelle rachidienne favorise la récupération fonctionnelle, elles s'opposent, comme nos expériences précédentes, à l'emploi de doses de sulfate de strychnine supérieures à 20 centièmes de milligramme par kilogramme injectés en une fois et par voie veineuse. Dans nos conditions expérimentales, l'action stimulante de la strychnine sur la réflectivité médullaire et le retour des mouvements spontanés du train postérieur, était déjà favorisée par une dose de 10 centièmes de milligramme par kilogramme, à l'exclusion de tout phénomène convulsif. La dose de 5 centièmes de milligramme s'est montrée inefficace. »

Election de deux correspondants nationaux dans la sixième division (pharmacie.)

Classement des candidats : En première ligne : M. Volmar (de Strasbourg), M. Chelle (de Bordeaux). En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Maurin (de Toulouse), Pastureau (de Nancy), Raquet (de Lille).

M. Volmar est élu par 50 voix, M. Chelle par 56.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du mercredi 29 avril 1936

Avantages de la voie sous scapulaire pour la thoracoplastie paravertébrale. — ***M. Fruchaud*** (Angers). — L'auteur facilite la traction de l'omoplate en donnant un coup de ciseau sur le trapèze. Il emploie également un écarteur autostatique spécial.

Invagination intestinale. — *M. Fruchaud* apporte huit cas dont deux guérirent entièrement par lavement et six par lavement et intervention chirurgicale. Il insiste à nouveau sur le fait que l'on ne doit pas attendre l'hémorragie intestinale pour intervenir.

Tumeur bénigne du poumon. — *M. Roux-Berger* a enlevé une tumeur volumineuse du poumon droit, révélée uniquement par la radiographie et qui siégeait au niveau du lobe inférieur, adhérant à la plèvre diaphragmatique et au péricarde. Les suites opératoires furent compliquées d'un petit hémithorax et d'une fistule broncho-pleurale, mais la guérison totale fut rapidement obtenue. Histologiquement on reconnut la présence de tissu collagène et de tissu épithélial. Il s'agissait certainement d'une tumeur bénigne, mais la classification de ce cas est difficile.

Résection abdominale du cancer recto-sigmoïdien par le procédé de Hartmann. — *M. Picot* fait un rapport sur un travail de *M. Hedjuk* (Brno). L'auteur passe en revue les divers procédés actuellement employés et en rappelle les indications et les limites. Il préfère l'opération d'Hartmann. Pour le rétablissement de la fonction, il attend une intervention ultérieure. Il a remarqué en effet qu'après la mise à la paroi du bout supérieur, il se produisait souvent un allongement colique, dû au poids de l'anse et à ses contractions. Il pratique alors une colorectostomie latéro-latérale.

A propos des greffes ovariennes. — *MM. Moure* et *Barraya* ont traité 46 malades par greffe ovarienne après hystérectomie. Quatre malades ont vu leurs greffes s'atrophier précocement. Ce sont les malades les plus âgées. Dans 39 cas le greffon a présenté les poussés habituelles de congestion, avec augmentation de volume et phénomènes douloureux. Le rythme de ces poussées fut mensuel, bimensuel, ou irrégulier. Dans dix cas malgré une activité apparente du greffon il existait des troubles ménopausiques. La durée moyenne du fonctionnement de la greffe varia de douze à vingt mois. Les plus mauvais résultats furent relevés après les hystérectomies pour fibromes. Il résulte de leur travail que la greffe ovarienne, même temporaire, atténue heureusement les effets endocriniens et psychiques de la castration chirurgicale.

M. Baumgartner et *M. Fredet* pratiquent systématiquement la conservation de l'ovaire et de son pédicule vasculaire au cours des hystérectomies pour fibrome.

M. Daniel Férey (Saint-Malo) a pratiqué quatre cents opérations avec conservation des ovaires. Une seule fois il fut nécessaire de réintervenir pour une lésion ovarienne. Il estime aussi nécessaire de conserver le pédicule de l'ovaire si on veut obtenir un résultat favorable.

Spina-bifida cervical chez l'adulte. — *M. Funck-Brentano* a observé chez une jeune fille une tumeur siégeant au niveau de la sixième cervicale, et dont le pédicule se dirigeait vers la colonne vertébrale. Au moment d'un effort, la tumeur durcissait. Le diagnostic de spina-bifida kystique qui s'imposait cliniquement ne fut pas confirmé par la radiographie qui ne montrait aucun rachis-chisis. Il n'existait aucune symptomatologie nerveuse. A l'intervention, faite à l'anesthésie locale, le pédicule passait entre deux lames. L'examen histologique montra une poche kystique revêtue d'épithélium ependymaire : myélocystocèle. (Rapport de *M. Petit-Dutaillis.*)

M. Leveuf regrette qu'on n'ait pas fait un examen lipiodolé de la poche. Il estime que malgré la présence de tissu ependymare il s'agit d'une méningocèle.

Tératome exogastrique. — *M. Polony* (Belfort) intervenant chez un enfant de 6 ans pour une volumineuse tumeur fluctuante de l'hypocondre gauche avec accidents infectieux récents, découvrit une énorme masse occupant la plus grande partie de l'abdomen et réunie à l'estomac par un mince pédicule. La tumeur put être enlevée ainsi que la collerette gastrique qui entourait le pédicule. Il s'agissait d'un tératome avec des portions kystiques. (Rapport de *M. Basset.*)

Séance du 6 mai 1936

A propos des greffes ovariennes. — *M. Fredet* apporte à la Compagnie des pièces injectées où l'on voit nettement que l'ovaire reçoit sa vascularisation de deux systèmes artériels (utéro-ovarien et utérin), faiblement anastomosés. Il est nécessaire de les conserver tous les deux si on veut garder à la malade un ovaire actif et utile.

La lobectomie en deux temps. — *M. Robert Monod* rappelle les procédés qui permettent d'éviter certains accidents de la lobectomie : usage de la baronarcose, du drainage irréversible, de la broncho-aspiration. Les malades atteints de suppurations broncho-pulmonaires sont profondément infectés, à myocarde défaillant. Ils sont mal préparés à supporter le choc pneumo-cardiaque de l'opération. D'autre part le lobe pulmonaire atteint est surinfecté, ses bronches sont remplies de rétention hyperseptique. La plèvre sera donc toujours menacée par l'infection : lors de l'opération par une déchirure du tissu pulmonaire ; après l'opération par la nécrose du moignon et le lâchage des sutures. C'est une des causes de mort les plus fréquentes après lobectomie.

La lobectomie en deux temps a l'avantage de pouvoir limiter l'étendue de l'atteinte pleurale. Le premier temps permet de préparer la plèvre à la possibilité d'une infection : on cherche à en provoquer l'adhérence par des scarifications, un badigeonnage à l'iode, de la poudre de talc stérilisée. La division de l'acte opératoire diminue le travail du cœur. La libération simple du lobe à enlever, diminue la rétention purulente dans ce lobe et améliore l'état général. Cependant le second temps peut être entravé par les adhérences volontairement créées ou inflammatoires nées du premier temps. D'autre part il n'est pas anodin de soumettre le malade à deux reprises à l'anesthésie spéciale nécessaire.

La méthode de choix consiste à pratiquer les deux temps en plèvre libre : le premier temps libérera le lobe, le deuxième permettra de l'enlever.

On choisira la lobectomie en un seul temps pour les bronchectasies chez les jeunes sujets, résistants, peu infectés, sans rétention, avec seulement des hémoptysies.

La lobectomie en deux temps conviendra aux autres cas.

L'auteur en présente un très beau résultat.

M. Maurer appuie les conclusions de M. Monod.

Arthrodèses pour coxalgies chez l'enfant. — *M. A. Richard* et *Graffin* ont revu soixante-deux enfants opérés depuis dix-huit mois à trois ans environ. L'opération faite fut : soit l'arthrodèse pont-levis, soit l'arthrodèse par greffon tibial, soit le procédé mixte. Quarante-sept fois l'ankylose fut obtenue directement. En période d'évolution chez l'enfant il est préférable de ne pas opérer, sauf s'il est nécessaire d'empêcher la luxation progressive. L'opération pratiquée plus tardivement permet de lutter contre les mobilités insuffisantes et dangereuses, d'éviter la récidive, de garder au membre une position correcte. L'adduction qui se produit secondairement pourra être évitée en sectionnant le nerf obturateur. Dans les cas où il persiste une fistule ancienne entretenue par un séquestre, on peut associer l'arthrodèse mixte à l'ablation de ce séquestre.

L'auteur montre des radiographies très démonstratives, et des enfants opérés.

Répondant à une question de M. Roux-Berger, *M. Richard* précise qu'il ne faut opérer que les coxalgiques à lésions osseuses évidentes, dont on peut prévoir que l'évolution se fera vers une luxation pathologique avec gros raccourcissement et attitude vicieuse. Dans ce cas d'ailleurs il y a intérêt à opérer précocement.

Asystolie basedowienne traitée par thyroïdectomie en deux temps. — *MM. Mallet Guy, Croisat et Weil* (Lyon) ont obtenu en opérant en deux temps, une amélioration nette (rapport de M. Petit-Dutaillis).

J. CALVET

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er mai 1936

Un cas de splenomégalie myéloïde mégacaryocytaire diagnostiquée cliniquement par la ponction splénique.

MM. P. Emile-Weill, P. Isch-Wall S. Perlès et *Scemama* rapportent l'histoire d'un malade, atteint d'une splénomégalie chronique depuis trois ans. Le sang montrait une anémie moyenne orthochrome avec une leucocytose de 18.000 G. B., 30 % de formes myélocytaires et une normo-mégaloblastose de 24 %. Le diagnostic aurait dû être d'après le sang de subleucémie myéloïde ; mais la ponction splénique permit de constater essentiellement une érythroblastose intense avec présence de nombreux mégacaryocytes.

Le traitement par les rayons X ne changea pour ainsi dire pas l'énorme splénomégalie mais fit cesser la réaction myéloïde et non l'érythroblastose, si bien qu'on se décide au bout d'un an à splénectomiser la malade.

La splénectomie fut bien supportée. La rate enlevée pesait

deux kilogs, elle avait perdu son architecture normale, et était formée de plages érytroblastiques et de zones mégacaryocytaires, dont les éléments dérivaient des histiocytes spléniques. Des nodules amorphes semblaient être dus à la tuberculose qu'on ne put mettre en évidence. Une biopsie hépatique montra un foie normal en réaction érythroblastique et mégacaryocytaire.

Après comme avant l'opération, les ponctions sternales mettaient en évidence l'absence de toute participation médullaire au processus. Cette constatation sépare donc ce cas de la leucémie myélogène. Actuellement, en l'absence de la rate, le foie qui a grossi et qui est toujours et seul mégacaryocytaire et érythroblastique assure la vicariance splénique.

La splénomégalie myéloïde mégacaryocytaire, dont une dizaine de cas ont déjà été publiés, est pour la première fois diagnostiquée en clinique. C'est un type clinique d'une fréquence assez grande. C'est une maladie de la rate et non une maladie de système comme la leucémie, tout au moins au début de l'évolution. Elle paraît constituer un syndrome de causes diverses dont la plus habituelle est la tuberculose, qu'on a pu constater dans près de la moitié des cas.

Remarques sur quelques cas d'artériographie pulmonaire chez l'homme vivant. — ***MM. Ameuille, Ronneaux, Hinault, Desgrez*** et ***Lemoine*** exposent les résultats obtenus par l'emploi de l'artériographie pulmonaire d'une part dans les maladies du poumon, dans l'exploration du médiastin et de la circulation pulmonaire d'autre part.

Ils ont adopté la technique préconisée par ***MM. Egas Moniz, Lopo de Carvalho*** et ***Almeida Lima*** qui consiste à introduire une sonde uretérale opaque sous contrôle radioscopique par une veine du pli du coude jusqu'à l'oreillette droite, à injecter brusquement de 8 à 10 c. c. d'une solution d'iodure de sodium à 120 % et à prendre instantanément une radiographie. Ils obtiennent ainsi un dessin de tout le tracé artériel pulmonaire qui permet d'analyser avec minutie les régions hilaires en particulier et d'éviter beaucoup d'erreurs d'interprétation dans la lecture des radiographies.

Dans les régions pulmonaires atteintes par la tuberculose, les vaisseaux sont très peu visibles, souvent même la circulation paraît complètement nulle dans les cas graves. Il en est ainsi lorsqu'il s'agit d'abcès pulmonaires. Dans les nombreux cas de bronchiectasies examinés, pas une seule fois ils n'ont pu obtenir un réseau artériel bien tracé, mais des images toujours floues. Dans un cas de cancer du poumon droit ils ont pu mettre en évidence qu'il n'y avait pas de vaisseaux perméables dans le lobe moyen tout comme la bronchiographie a montré ensuite que le lipiodol ne pénétrait pas dans les bronches du lobe moyen. Enfin, ils ont mis en évidence avec beaucoup de netteté que dans le poumon comprimé par le pneumothorax la circulation pulmonaire était considérablement diminuée et ralentie.

Modifiant la technique précédemment décrite, ils ont pu obtenir non seulement l'injection des branches de l'artère pulmonaire et de ses ramifications, mais aussi l'injection tout à fait nette du ventricule droit, de l'infundibulum et du tronc de l'artère pulmonaire, ce qui facilite singulièrement l'étude du médiastin sur les clichés en positions obliques.

La prise instantanée de plusieurs clichés pendant l'injection auriculaire leur a permis d'envisager l'étude de la circulation pulmonaire en suivant la progression de la substance de contraste injectée.

L'angio-pneumographie n'a jamais occasionné le moindre accident ni immédiat, ni tardif ; les seuls inconvénients ont consisté en une céphalée souvent vive mais fugace et les tuberculeux n'ont jamais parus incommodés par les grandes quantités d'iodure (10 à 20 gr.) injectées par ce procédé.

M. Laubry, qui n'a jamais essayé cette méthode d'investigation, croit cependant qu'elle peut être dangereuse et qu'elle ne paraît pas donner des résultats plus intéressants que ceux recueillis par lui chez le cadavre par l'injection du cœur et des vaisseaux pulmonaires.

M. Justin-Bezançon, s'appuyant sur sa longue pratique des injections des cavités droites du cœur et des vaisseaux pulmonaires chez l'animal vivant, croit pouvoir affirmer qu'elles ne présentent aucun danger. Elles sont d'une extrême facilité et il est aisé d'introduire la sonde jusque dans la veine sus-hépatique,

On peut attendre de cette méthode des résultats très intéressants en ce qui concerne le mécanisme des accidents provoqués par les embolies pulmonaires.

M. Et. Bernard pense que cette nouvelle méthode d'exploration des hiles pulmonaires est des plus remarquables.

Elle permet d'en dissocier les éléments constitutifs et de ne pas attribuer de valeur pathologique à un hile même volumineux, contrairement aux notions très couramment répandues.

M. Ameuille souligne l'inocuité de la méthode qui n'a donné lieu jusqu'à présent à aucun accident grave. Il fait remarquer l'extraordinaire tolérance des malades et des tuberculeux en particulier à l'iodure introduit par la voie veineuse.

M. Ravina rappelle ses expériences sur le chien. L'injection des régions hilaires montre de façon indiscutable que la sclérose du hile n'existe pas. L'auteur a observé quelques accidents syncopaux qui peuvent peut être s'expliquer par ce fait que les animaux étaient profondément anesthésiés.

M. Debré croit qu'il est dangereux de pratiquer des explorations à but physiologique chez l'homme quand il existe le moindre risque d'accident grave.

Hépato-néphrite aiguë post-abortum terminée par la guérison. — ***MM. Jean Paraf*** et ***M. Chartronet-Duperrat*** rapportent l'observation d'une jeune femme qui se provoqua une fausse-couche à l'aide de manœuvres abortives et présenta par la suite un ictère vite disparu, puis une néphrite aiguë hyperazotémique avec anémie intense, hypochlorémie et baisse de la réserve alcaline. Malgré la gravité de l'état, la guérison survint à la suite d'injections et d'ingestion de chlorure de sodium, de bicarbonate de soude et transfusions sanguines.

Les auteurs insistent sur la difficulté du diagnostic de ces hépato-néphrites *post-abortum*. L'étiologie de ce cas demeure incertaine, l'hémoculutre étant restée négative, l'examen urinaire montrant seul du B. coli à l'état pur à plusieurs reprises.

Modifications électro-cardiographiques chez un enfant atteint de maladie de Friedreich et chez son père. — ***MM. Robert Debré, Julien Marie, P. Soulié*** et ***de Font-Réaulx*** présentent les électrocardiogrammes d'un enfant atteint de maladie de Friedreich et du père de cet enfant. Les deux tracés sont remarquables, celui de l'enfant parce qu'il réalise l'aspect typique du tracé dit coronarien, celui du père parce qu'il se rapproche également par son aspect de ce même type de tracé. Or le père est atteint de forme fruste de maladie de Friedreich (pied creux et cyphose). L'examen clinique et radiologique du cœur des deux sujets est normal. Les auteurs insistent — malgré la non-identité absolue des aspects des tracés — sur le caractère familial du trouble électrique, traduisant vraisemblablement une modification congénitale du cœur, comme il en existe une au niveau des centres nerveux.

M. Laubry a montré, par l'injection des artères coronaires, l'intégrité du système coronarien chez des malades présentant des tracés semblables. Il est d'avis que les troubles électrocardiographiques doivent, dans le cas rapporté plus haut, s'expliquer par des altérations des centres nerveux.

M. Lian se rallie à l'opinion de M. Laubry ; les altérations des électrocardiogrammes qui ont été donnes comme caractéristique des coronarites ne sont en réalité nullement pathognomoniques.

M. Mollart pense qu'il faut distinguer dans la maladie de Friedreich deux ordres de faits : 1° ceux dans lesquels les modifications électro-cardiographiques sont associées à d'autres manifestations devant être rapportées à un syndrome bulbaire ; dans ce cas le pronostic est des plus graves et la mort survient en moins d'un an ; 2° ceux dans lesquels les modifications des tracés électro-cardiographiques sont isolés et ne donnent lieu à aucun signe clinique physique ou fonctionnel ; il semble qu'un mécanisme nerveux doive être également retenu dans ces cas.

Michelle Zagdoun-Valentin.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Vitamine C, précarence et neuro-psychiatrie

Chez les aliénés présentant des signes d'hypovitaminose, la vitamine C a une action favorable à la fois sur l'état physique et sur l'état mental (H. Bersot. *S. Med. Psych.*, 9 janvier 1936).

Chancre syphilitique de l'oreille

Au cours d'une rixe, un homme est mordu profondément à l'oreille gauche. La plaie produite ne se cicatrise pas, prend même un aspect phagédénique, puis des accidents secondaires surviennent et font porter le diagnostic de chancre syphilitique — la sérosité fourmille de tréponèmes à l'ultra-microscope — (Petges et Sourreil. *S. de Méd. de Bordeaux*, février 1936).

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifllant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, où à vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Le racisme est une doctrine antiscientifique. — Voici la conclusion du livre de MM. P. Lester et J. Millot : LES RACES HUMAINES, que nous signalons plus loin à la rubrique *Bibliographie* :

« Pour résumer les pages précédentes, disons que, d'une part, les races pures ont disparu depuis longtemps et que, dès avant la période historique, il n'existait plus que des races plus ou moins mélangées ; que, d'autre part, il n'est pas défendable de parler de la supériorité absolue de l'une, fût-elle blonde et dolichocéphale, sur les autres, chacune ayant ses qualités propres. Ce sont des peuples d'origine fort composite qui ont le plus contribué au progrès de la civilisation. Loin, en effet, d'être désavantageuse, comme on l'a trop longtemps cru, loin d'être, comme le voulait Gobineau, une « flétrissure » pour la race qui la subit et la cause de toutes les dégénérescences, l'hybridation, dans la majorité des cas, donne plus de vigueur et une plus grande fécondité aux produits : elle constitue un véritable stimulant physique et intellectuel.

« Le Racisme, tel qu'il s'est épanoui à notre époque dans certains pays, peut donc être condamné comme une doctrine antiscientifique, et nous pouvons nous féliciter d'être restés, en France, plus qu'aucun autre peuple peut-être, exempts de préjugés ethniques.

« Mais si elles ne sont jamais pures, si elles sont en incessante transformation, si aucune ne peut être dite véritablement supérieure à toutes les autres, s'il n'y en a pas de prédestinées à former des maîtres ou des esclaves, les races humaines n'en sont pas moins différentes, ayant chacune, pour un temps, des caractères physiques et moraux, une personnalité déterminée, et, par là, elles exercent sur le cours de l'histoire une influence momentanée, mais certaine. Parmi les combinaisons héréditaires qui contribuent à les former, il est incontestable qu'il y en a de plus favorables que d'autres. Il n'est pas niable que certaines races ne soient particulièrement douées pour les arts plastiques, d'autres pour la musique, d'autres pour les spéculations philosophiques, d'autres encore pour le négoce ; — que les unes soient de goûts sédentaires et les autres d'humeur nomade, — qu'il y en ait de tendances pacifiques et d'autres portant dans leur sang le sauvage instinct de la guerre. L'existence de ces dernières, le fait qu'aucun progrès de la civilisation ne semble pouvoir amender leur orgueil démesuré ni leur nature belliqueuse, pose certains des problèmes les plus angoissants de l'heure actuelle... Consolons-nous en pensant, avec Pittard, que si ce tempérament guerrier peut être parfois suivi assez loin dans le temps, il ne constitue sans doute pas une « étiquette indélébile » et que d'autres nations comme la Scandinavie, la Suisse, la France même, après avoir passé par des étapes nettement belliqueuses, n'en sont pas moins devenues des Etats foncièrement pacifiques.

Quoi qu'il en soit, tous ceux qui, pour des fins politiques et se servant d'arguments anthropologiques erronés ou mensongers, cherchent à exciter les passions nationalistes et à dresser les races les unes contre les autres se rendent coupables de véritables crimes contre l'humanité. Comme le remarque encore Pittard, « le pangermanisme, le panslavisme peuvent être des formules linguistiques enveloppant des désirs politiques, elles ne sont pas des expressions raciales ». L'étude de l'anthropologie et celle de l'ethnographie, au contraire, apportent des faits et conduisent à des réflexions qui vont directement à l'encontre des impérialismes et des prétextes de guerre. Et cela nous est un motif de plus pour regretter que ces disciplines n'aient pas encore dans les Universités, la place de première importance qu'elles méritent. »

Un transfuge de l'ophtalmologie : Antommarchi. — Les historiens se sont montrés sévères pour cet Italien que le cardinal Fesch désigna à la fin de 1818 pour être le médecin de Napoléon à Sainte-Hélène.

Rosebery ne voit en lui qu'un « bon prosecteur » ; Masson le traite « d'anatomiste florentin » qu'on eût dit « avoir été envoyé exprès pour l'autopsie ». Lenotre le qualifie de « petit frater », et Octave Aubry, tout en reconnaissant « qu'il disséquait habilement » parle du « carabin qui pérore en découpant comme à l'étal, les viscères de Napoléon ».

A ces jugements souvent hasardés, le Docteur A. de Mets, dans une revue qu'il rédige lui-même et qu'on lit toujours avec profit (*L'art médical d'Anvers*, 15 avril 1936) oppose une biographie basée sur des pièces d'archives. En voici l'essentiel :

« Francesco Antommarchi est né à Morsiglia (Cap Corse), le 5 juillet 1789. Son père était notaire à Morsiglia et appartenait à une très ancienne souche alliée aux meilleures familles du pays. Etait-il noble ? Il existait en Corse diverses espèces de noblesses au sujet desquelles il y eut de nombreux conflits avec Gênes, la chef-ville de la Corse.

« On compte plusieurs Podestats parmi les Antommarchi, dans les diverses communes du Cap. L'oncle de François, le Père Etienne Antommarchi, était Vicaire général apostolique de l'ordre des Servites et jouissait d'une grande considération à la Cour pontificale. Il fit ses études à Livourne, puis à Pise et les succès remarquables qu'il obtint appelèrent plus tard sur lui l'attention du Chevalier Colonna di Leca, intendant de Madame Mère. En 1808, il passa sa thèse de philosophie en médecine à l'Université de Pise le 13 mars, Il avait consigné la veille la somme de 309 livres et deux sous, montant des droits de son doctorat en médecine et philosophie. Il avait pris le bonnet le lendemain. « Aujourd'hui, 13 mars 1808, Francesco, fils de Jean M. Antommarchi, de Morsiglia en Corse, a été reçu docteur en philosophie et médecine ; le Docteur Andréa Vacceret l'a couronné : le député M. l'archidiacre Mosali a pris le décret qu'a demandé M. le Chancelier Mearzoli pour le Chancelier épiscopal empêché ». (Ce document est emprunté à la belle étude de M. Albert Espitalier dans la revue historique de la révolution française et de l'Empire, Juillet-septembre 1915.) Deux mois après la réception du jeune docteur, le décret impérial du 12 mai 1808 bouleversait la Toscane.

« Napoléon, après avoir chassé la reine d'Etrurie, décida d'annexer à l'Empire les populations florentines. L'exercice de la médecine nécessitait désormais un titre scientifique français. Sans s'attarder à obtenir l'équivalence de son diplôme, Francesco se remet à l'étude et reprenait la « gabanella » de l'étudiant ; il s'inscrit à Florence à l'Ecole de maîtres éminents du Collège de chirurgie.

« Le 9 juillet 1808, il est admis à l'hôpital de Santa-Maria Nuova avec la caution du Docteur Nicodemo Bettega. Il devait fournir pour sa nourriture et son entretien 4 écus par mois (l'écu toscan valait 5 fr. 88 en monnaie française). Ainsi il est admis parmi les « convittori » de l'hôpital. Il est dès lors astreint aux obligations des nouveaux : aux gardes, à l'assistance à tous les cours et aux leçons de l'hôpital. Sans compter les grands cours complets d'anatomie qui durent pendant toutes les études, il suit les cours complets de psychologie, de pathologie chirurgicale, de thérapeutique, d'obstétrique, de chimie médicale, de botanique, de médecine opératoire, formant un cycle complet de quatre ans. Il passe par une filière longue et difficile pour devenir sous-caporal, caporal, et enfin « giovane de medicheria ». Non seulement il n'a plus rien à débourser, il est honoré pour ses nouvelles fonctions.

Elève favori du Professeur Mascagni, une illustration de l'anatomie italienne qui brillait alors au premier plan, il présente en juin 1812 une thèse de doctorat en chirurgie sur la cataracte :

***

« ..... Parmi les cinq propositions de la thèse, la dernière nous intéresse spécialement, c'est la médecine opératoire. Elle conclut : « Nell'operazione della cateratta il metodo della depressione e preferibile all'estrazione ».

« A ce moment Antommarchi se consacrait-il à « l'oculisterie » (selon l'expression péjorative d'un de ses historiens), comme il le fit vingt ans plus tard ? On l'ignore. Il fut certes influencé dans l'exposé de sa thèse par l'opinion régnant en Italie, imposée par Scarpa, en ce moment le lion de la chirurgie à l'Université de Pavie.

« Scarpa était adversaire de l'extraction, à cause sans doute de nombreux insuccès éprouvés par lui ou d'autres autour de lui. En France, l'influence de Daviel, le génial inventeur de l'extraction, avait été décisive et avait entraîné de nombreux disciples à l'imiter. Sur 206 extractions il avait obtenu 182 guérisons.

« Les frères Grandjean, deux Liégeois, ses disciples et l'un après l'autre oculistes des rois Louis XV et Louis XVI, le suivent avec succès. Il est permis de douter que tous leurs imitateurs aient eu le même bonheur.

« Dans sa thèse pour le professorat à la Faculté de médecine de Paris en 1812, A. Tartra reproduit une statistique fort suggestive, recueillie à l'Hôtel-Dieu de Paris, entre 1806 et 1810 : 70 extractions : 19 succès, 43 déplacements, 24 succès.

« On préfère, conclut Tartra, l'abaissement à l'extraction : Tous les grands chirurgiens pensent et agissent de même : Patte et Beer, en Angleterre, Calisen en Suède, Schmith et Beer à Vienne, Langenbeck à Goettinge. Scarpa, nous l'avons dit, est l'apôtre de l'abaissement en Italie.

« Wenzel fait exception, il est toujours extractionniste ; il ne publie pas de statistiques mais relate de nombreux cas avec candeur. Les pertes de vitré sont la règle. Nombreux succès et aussi des revers irréparables. La position assise y était certes pour beaucoup.

« James Ware, le traducteur et l'imitateur fidèle de Wenzel, le constate dans l'édition de Ware en 1812. Il en sera longtemps ainsi jusqu'au moment où la position couchée étant admise et la méthode opératoire simplifiée. Tout ceci pendant la période ingrate avant la découverte de l'anesthésie locale, qui a multiplié les interventions et fait fermer les opérateurs.

***

« Une fois la thèse de chirurgie passée, ce qui lui faisait deux doctorats à quatre ans de distance, Antommarchi entre au service du Professeur Mascagni qui est séduit par son extrême habilité et son zèle. La place de prosecteur étant devenue vacante par le départ du titulaire Ucelli, Antommarchi est désigné pour le remplacer, malgré les hautes influences dont dispose un concurrent. »

Sa nomination ne fait aucun doute ; une pièce d'archives que publie le Docteur de Mets en fait foi. Et on peut y voir que Fontanes, avant d'apposer son paragraphe, avait pris l'avis de Cuvier.

« De tout ceci, dit M. de Mets, résulte qu'Antommarchi fut quelque chose de plus qu'un petit frater corse — qu'il fut deux fois proclamé en quatre ans docteur en médecine et en chirurgie — qu'il eut une longue préparation hospitalière, plus de huit ans, un record à cette époque et encore aujourd'hui.

« Comme prosecteur Antommarchi collabora activement aux travaux de Mascagni qui mourut le 10 octobre 1815, trois ans après ; il avait légué à son assistant le soin d'éditer ses superbes planches, pour la plupart signée Antommarchi.

« A la chute de l'Empire, le personnel de l'Université fut modifié. Plus question pour un Français, pour un napoléonien de rien briguer soit à Florence soit à Padoue où une chaire était ouverte.

***

« Un peu plus tard Antommarchi fut proposé par le chevalier Colonna, intendant de Madame Mère, comme médecin de Napoléon à Sainte-Hélène. Après cinq mois, le cardinal Fesch l'agrée et lentement la procession des Saint-Héléniens se met en marche en évitant la France où la police de Fouché veillait. Elle s'embarqua à Anvers.

« Nous sautons les incidents du séjour d'Antommarchi auprès de l'Empereur. Nous les avons rapportés longuement ailleurs. Après la mort de l'Empereur, Antommarchi est à Paris, rue de Rivoli et pratique la médecine. Il entretient des relations d'amitié avec les anciens de Sainte-Hélène. Le maréchal Bertrand lui veut du bien et le reçoit en son château de Chateauroux. Tout le monde se tient coi. La terreur blanche règne. Il n'est pas question du masque de Napoléon. Après la révolution de juillet, la situation est détendue. Le comité où le maréchal Bertrand préside et où figurent de nombreux Bonapartistes, lance l'édition du masque de bronze de Napoléon. Antommarchi le signe. C'était son droit.

« On n'a pas attendu la mort du Docteur Burton mais la fin du régime de la Restauration. Cela et le retour des cendres, la translation au dôme des Invalides signifient l'évolution des esprits.

« Le voyage d'Antommarchi à Varsovie pendant l'insurrection polonaise contre l'autocratie russe en 1830 n'en a été qu'un mince épisode. L'insurrection fut noyée dans le sang.

***

« Désorienté à Paris, il s'embarqua pour l'Amérique en 1834 et visite la Nouvelle Orléans, Mexico, La Havane. Il est partout bien accueilli. A Santiago-de-Cuba il retrouve un de ses germains.

« Il traverse à cheval dans toute sa longueur, l'île de Cuba : de la Havane à Santiago il y a 860 kilomètres. A Peurte-Prince, (Camalquay de nos jours) il séjourne quelques jours chez don Ignacio Escato. Il se reprend à faire de l'oculistique. Ses opérations de cataracte, notamment chez Bernadi Manicebo, parent de son hôte, ont beaucoup de succès.

« Il y retrouve son frère cadet, José Maria, établi à Caracas au Venezuela (décidément les Corses sont partout). Il va visiter les colons français venus de Saint-Domingue et établis planteurs de café aux alentours. Finalement il se fixe à Santiago (1) (Cuba Contemporanea, mars 1934).

« Le général de brigade don Juan de Moya, gouverneur de Santiago, héberge Antommarchi dans son palais, preuve indéniable de l'estime dont celui-ci était entouré. Ses succès d'oculistique furent très remarqués. Aussi était-il tenu en grande estime et respecté de toute la population.

« Il semble bien qu'ici les historiens sont devenus indulgents pour Antommarchi. Ils reconnaissent son zèle, son dévouement pour les populations éprouvées par les épidémies.

(1) Don Emilio Eaccardi y Moreau, ancien sénateur et historien, donne ces renseignements.

« Ici Antommarchi est bien dans son milieu, il est médecin tout court, il n'est plus en butte aux intrigues d'une cour hostile. C'est le bon médecin dont les pauvres baisent la main avec respect.

« La fièvre jaune épidémique dans l'île était en violente recrudescence au début de 1838. En mars, Antommarchi fut attaqué à son tour et enlevé en quelques jours.

« Sa mort fut un deuil national. Le général de Moya et le marquis Tenyne conduisaient le deuil. Les régiments de la garnison rendirent les honneurs aux restes mortels d'un des derniers serviteurs de l'Empereur des Français.

« Le marquis de Tempu auquel il avait rendu la vue, ainsi qu'à sa mère, volut que son médecin fut inhumé dans la crypte de sa famille.

« Bref, ce fut une apothéose pour Antommarchi le petit frater Corse.

« Puisse ce simple exposé biographique laver la mémoire d'Antommarchi des injustes imputations dont il a été l'objet, et faire table rase des erreurs manifestes.

« Et concluons qu'il fut un digne représentant de la science médicale française et que les ophtalmologistes doivent lui donner une place honorable dans leurs rangs.

Le « Faust » de Klinger.— La légende de Faust a servi de thème à quantité d'ouvrages. Elle a inspiré le théâtre anglais. Marlowe écrivit en 1592 un drame qui est resté classique. On retrouve son affabulation dans de nombreuses pièces représentées au XVIIe et au XVIIIe siècle en Angleterre et en Allemagne. C'est en assistant à la représentation de l'une d'elles que Gœthe eut l'idée de son chef-d'œuvre.

En 1791, elle fournit la substance d'un roman philosophique dû à la plume de Klinger et qui ne ressemblait en rien ni aux œuvres qui l'avaient précédé, ni à celles qui l'avaient suivi. C'est la traduction de ce roman trop peu connu en France, que vient de nous donner le Professeur Roger.

Le Faust de Klinger parcourt les pays d'Europe. Il nous peint la cruauté et la tyrannie des princes allemands, il assiste en France à l'empoisonnement du duc de Berry, à l'exécution du duc de Nemours, aux atrocités de Louis XI. Il est en Angleterre au moment où le duc de Glocester fait assassiner les enfants d'Edouard. En Espagne, il assiste à des autodafés organisés par Torquemada. A Rome, il est témoin des crimes des Borgias, des débauches de Lucrèce, des vices de la cour romaine.

Le Faust de Klinger ne ressemble pas à celui de Gœthe. C'est une tout autre forme de la légende. Elle est extrêmement intéressante et il est curieux d'y constater que le diable y apparaît souvent comme l'apôtre de la morale.

Faust est sans cesse poussé par le désir d'étendre ses connaissances au delà des frontières qui semblent limiter l'essor de l'esprit humain. Il veut apprendre le pourquoi de toute chose. Il s'insurge constamment contre l'organisation du monde moral.

Il faut savoir gré à l'ancien doyen de la Faculté de médecine de Paris de nous avoir donné cette traduction qui est comme la suite logique de son livre sur les « Miracles. » (*L'Œuvre.*)

Nous sommes plus sensibles à la douleur que nos ancêtres. — Dans une de ses leçons du Collège de France : RÈGLES GÉNÉRALES DE LA CHIRURGIE DE LA DOULEUR, que vient de publier la revue : *Anesthésie et Analgésie* (avril 1936), M. le Professeur Leriche en fait la remarque :

L'histoire de la douleur humaine nous montre, sans conteste, que les hommes d'aujourd'hui sont plus sensibles à la douleur que leurs ancêtres, même ceux d'hier.

Nous sommes plus aptes à souffrir qu'eux ! L'acquisition est médiocre. Elle est la conséquence de notre affinement sensitif, qui a marché si vite depuis un demi-siècle.

Sans doute, de tous temps, les hommes ont souffert et beaucoup souffert. De tous temps, ils ont cherché à se protéger contre la douleur. Mais, jusqu'à une époque proche de nous, ils y réussissaient mal. Aussi cherchaient-ils moins que nous. Et, plus aguerris, ils percevaient moins.

Je n'entends pas, en parlant ainsi, me placer au point de vue de la résistance morale à la sensation. Je songe ici seulement au point de vue physiologique.

Depuis bientôt un siècle, nous avons cultivé, aiguisé notre sensibilité sur tous ses modes. Il est incontestable que nous apprécions mieux que nos devanciers, les plus subtiles différences de toutes choses. Nous avons adapté notre œil, notre oreille, notre goût, notre odorat, à des valeurs, à des tonalités qui, au début, nous heurtaient, et auxquelles même certains d'entre nous se refusaient.

Dans l'ordre de la douleur, cela veut dire que nous souffrons plus facilement. Nous attachons plus d'importance aux moindres excitations de la sensibilité. Nous cherchons bien plus que nos anciens à éviter la plus minime douleur, même celle d'un instant, parce que nous savons que cela nous est possible. Et, par le fait même, nous nous entraînons à souffrir plus facilement — et davantage.

Toutes les fois que l'on concentre son attention sur un objet on le saisit mieux.

Ainsi en est-il de la douleur.

Quel est donc l'homme d'Etat d'aujourd'hui qui pourrait mener la vie de Richelieu, avec les douleurs sans cesse renaissantes de ses abcès fistuleux ? Qui donc mènerait la vie pompeuse et active de tous ces hommes du grand Siècle, de Louis XIV lui-même, perdant peu à peu leurs dents avec des caries non soignées, et paraissant n'y faire nulle attention ? Si vous avez un jour eu un peu de pulpite, vous comprendrez ce que je veux dire. Oseriez-vous dire qu'alors la pulpe dentaire n'était pas douloureuse ? Elle l'était, certes. Elle avait déjà des corpuscules sensitifs. Etait-elle moins sensible, parce que l'attention portée à la douleur était alors moins grande ?

En fait, l'antipyrine et son héritière, l'aspirine (ces chefs-d'œuvre humains auxquels nous ne rendons pas l'hommage qui leur est dû), en nous donnant le moyen de nous soulager très facilement, nous ont rendus plus sensibles à la douleur.

Ne croyez pas à une boutade. Nous sommes là en pleine physiologie, car la physiologie, c'est tout uniment l'observation de ce qui est en nous.

Comme l'aspirine, l'anesthésie chirurgicale a rendu les hommes plus aptes à souffrir, parce qu'elle a supprimé pour eux la douleur des opérations, et les a déshabitués des moindres souffrances.

Larrey, désarticulait de l'épaule certains blessés de la Grande Armée, sans même les faire étendre, et assis sur un tambour, ceux-ci ne disaient rien, nous dit-on. C'est tout juste s'ils grimaçaient un instant.

Un tableau du Musée du Val-de-Grâce, nous représente la scène, lors de la bataille de Hanau, en 1813. Le blessé est assis. De la main droite, il tient encore son épée. Son épaule gauche est découverte, ainsi que le thorax du même côté. Le dos s'appuie à un grenadier en bonnet à poil et un autre grenadier regarde d'un air attristé. Un officier est là aussi, navré, semble-t-il. Larrey, botté, mais sans chapeau, trace sur l'épaule sa fameuse raquette. L'histoire nous dit que l'opéré, un certain capitaine dont le nom est connu, fut, aussitôt le pansement terminé, remis en selle, traversa l'Europe, ne faisant que les étapes habituelles aux cavaliers, et arriva quelques semaines après à Paris, complètement guéri.

Un héros ? Sans doute !

Mais, nous avons tous vu de près nombre de semblables héros. Ils étaient braves, courageux, et cependant Larrey, lui-même, n'aurait pas pu chez eux répéter en 1914 ses exploits chirurgicaux, parce que, après tant d'années d'attention extrême apportée à éviter la douleur, la sensibilité douloureuse des hommes de notre temps est bien plus affinée, bien plus subtile, que celle des gens d'autrefois.

L'aspirine et l'anesthésie ont plus fait pour nous faire craindre la douleur, qu'une hypothétique diminution de l'énergie morale. J'ai vu, il y a quelques années, un jeune homme que son père m'amenait pour une ankylose du coude. Je lui proposai une résection. Le père accepta de suite. Il savait de quoi il s'agissait : son propre père était un cuirassier de 1870, blessé à l'épaule et au coude près de Sedan, et auquel Mac Cormac avait réséqué l'épaule et le coude. L'histoire du cuirassier était relatée tout au long dans une brochure consacrée par le chirurgien écossais au récit de l'activité de son ambulance. J'y ai lu que le

cuirassier n'avait pas voulu être endormi, ayant peur qu'on ne l'ampute quand il ne serait plus présent pour protester contre une mutilation dont il ne voulait pas. On lui réséqua donc épaule et coude sans anesthésie. Le petit-fils était un brave garçon, solide, non maniéré, plein d'énergie. Je vous assure qu'il eût été impossible de lui couper un centimètre de peau sans l'endormir.

Baisse de valeur morale ? Non, je ne le crois pas, mais système nerveux différemment éduqué, plus sensible que celui du grand-père.

Est-ce donc si extraordinaire ? Est-ce que la connaissance des réflexes conditionnels ne nous permet pas de comprendre pourquoi, en moins de 100 ans, les hommes ont ainsi changé de qualité dans l'ordre sensitif ?

BIBLIOGRAPHIE

Divers

Les Races humaines, par Paul Lester, sous-directeur du Laboratoire d'anthropologie du Muséum d'histoire naturelle, et Jacques Millot, professeur à la Faculté des sciences de Paris. Un vol. in-16, 23 figures, broché, 10 fr. 50. Collection Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris (Ve).

Jamais peut-être la notion de race ne fut si exaltée qu'aujourd'hui. On prétend voir en elle, non plus seulement l'explication du passé, mais la base scientifique d'une conception hiérarchisée de l'humanité. Avec toute l'ardeur d'une religion nouvelle, le « racisme » a suscité dans certains pays une propagande politique ou sociale forcenée et, parfois, d'atroces persécutions ; il menace d'un cataclysme l'Europe et peut-être le monde. Mais que représente en réalité la notion de race ? Quels problèmes soulève-t-elle ? Pour satisfaire notre curiosité inquiète, l'ouvrage de Lester et Millot arrive bien à son heure et comble fort heureusement une lacune dont se plaignait tout le public cultivé.

Les races y sont d'abord étudiées dans leur morphologie, classées et sommairement décrites. Mais les êtres humains ne diffèrent pas seulement entre eux par la forme de leur crâne, la couleur de leur peau ou les détails de leur anatomie ; ils peuvent aussi se distinguer les uns des autres par le fonctionnement de certains organes, par les propriétés de leur sang ou par leur résistance aux maladies : faits importants, qui trouvent pour la première fois la place qu'ils méritent. Puis, — pages entre toutes passionnantes, — l'ouvrage traite de la stabilité et de la valeur des races. Celles-ci apparaissent comme des réalisations momentanées, filles de l'hérédité et du milieu, en constante évolution : sous quelles influences ? Y-a-t-il entre les races des inégalités durables ? Que faut-il penser des métissages humains ? A toutes ces questions brûlantes, les auteurs apportent les réponses, sous une forme claire et concise.

Demeurant sur le terrain solide de l'anatomie et de la physiologie, ils ont envisagé tous les aspects du problème et les ont examinés, avec l'indépendance et la sérénité qui conviennent à la recherche scientifique.

G. G.

Voltaire. **Dictionnaire philosophique**, avec introduction, variantes et notes, par Julien Benda. Texte établi par Raymond Naves, 2 vol. Prix : 18 francs. Librairie Garnier, 6, rue des Saints-Pères, Paris.

On trouvera dans cette édition, imprimé dans le corps de l'ouvrage, tout ce qui a été publié par Voltaire sous le titre de *Dictionnaire philosophique*, et, dans les notes, à la fin de chaque volume, tous ces remaniements, sections nouvelles, additions et variantes que pouvaient offrir les *Questions sur l'Encyclopédie* et qui intéressaient le texte de base.

Ainsi, partant du *Dictionnaire* primitif et accompagnant celui-ci à travers ses diverses éditions, le lecteur pourra grâce au texte donné dans les notes, suivre le sort des 118 articles jusqu'à dans les *Questions* et assister ainsi à leur développement complet. C'est donc une édition toute nouvelle du *Dictionnaire philosophique* que publie la Librairie Garnier, édition à laquelle la magistrale préface de Julien Benda donne un intérêt sans égal.

Robespierre. *Le premier des dictateurs modernes*, par Ralph Korngold. Traduction de Jacques Marty. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'auteur de cet ouvrage, M. Ralph Korngold, est l'ancien secrétaire général du Parti socialiste américain ; il vit maintenant en France.

M. R. Korngold, remarquablement familiarisé avec l'immense documentation du sujet et dominant le minutieux détail d'une information sûre, a estimé le moment venu pour dresser un portrait en pied de Robespierre.

Si la personnalité et le caractère du conventionnel, dit l'auteur dans sa préface, retiennent notre intérêt, il en est de même et plus spécialement encore quand nous considérons la position particulière que Robespierre occupa en tant que chef du quatrième Etat. Au fond, la lutte entre aristocrates, patriotes, feuillants, constitutionnels, Girondins, Montagnards, Jacobins, Cordeliers, Dantonistes, Robespierristes, enragés, Hébertistes, etc., ne s'est pas livrée simplement entre des ambitieux et ceux qui leur emboîtaient le pas ; elle représente l'effort de la société qui laborieusement s'évertue à trouver l'équilibre politique à la suite d'une transformation des grandes forces économiques.

« Aucun individu ne possède un pouvoir créateur en matière de révolution, aucun ne la dirige. Mais il advient parfois que le courant révolutionnaire prend une physionomie telle que le sort d'un seul personnage se confond avec celui de la révolution elle-même. « Nous ne supposons pas, a dit Cambon, qu'en tuant Robespierre nous tuerions la République. » La majorité des historiens ne s'abusent pas, qui placent la fin de la Révolution lors de la chute de Robespierre. A cette date, la société avait pour un temps trouvé, ou peu s'en faut, son équilibre politique. Sous l'habile direction de cet homme, les classes laborieuses auraient pris une importance politique de beaucoup supérieure à ce qu'eût justifié leur position économique. Lui-même en avait conscience : par les lois de ventôse il essaya d'assurer au quatrième Etat une base économique plus solide. La tentative ayant échoué, la chute de Robespierre devenait inévitable. »

Chacun sait combien, au XXe siècle, les travaux de l'école historique française ont rénové et approfondi l'étude de cette Révolution qui ne cessa de fasciner nos regards, après comme avant la crise également redoutable qui ébranle le monde depuis vingt ans. Les noms d'Aulard et de Mathiez, pour ne pas citer les vivants, suffisent à évoquer la féconde richesse de ces recherches puisées aux sources.

L'exposé de M. Korngold, dépourvu de longueurs et de banalités, condensé autant que complet, vient mettre à la portée du public cultivé qui n'a pas le loisir de se spécialiser, le dernier état de la science historique. Il n'enrichira pas seulement notre connaissance de « l'incorruptible », mais il stimulera mainte réflexion susceptible d'appliquer aux problèmes du temps présent quelques-unes des plus suggestives parmi les « leçons de l'histoire ».

Les Livres de la semaine

Freud : **Cinq psychanalyses** ; in-4o, 492 p., 50 fr. (Denoel et Steele).

Fiolle (J.) : **Scientisme et science** ; in-16, 12 fr. (*Mercure de France*).

Lhotte (C.) et Dupeyrat (E.) : **Révélations sur la santé des jeunes travailleurs** ; in-12, 7 fr. (Ed. Spes).

Planet-Renard : **Nourrissons et enfants.** L'hygiène et le soin de la première et de la seconde enfance ; in-12, 5 fr. (Ed. Spes).

AGOCHOLINE DU Dr. ZIZINE



GRANULÉ SOLUBLE

(avec ou sans menthe)

Peptone sèche purifiée + Sulfate de magnésie anhydre

Cholécystites chroniques, Congestion du Foie

Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit } hépato-biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude

LABORATOIRES du Dr ZIZINE, 24, rue de Fécamp, Paris (12e)

En Argentine, en Uruguay, aux États-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

NÉMET-JEP-CARRÉ PARIS

Le Gérant : A. ROUZAUD CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 21 LE NUMÉRO : 50 Centimes 23 MAI 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Travaux originaux
René LERICHE : L'avenir de la chirurgie osseuse 849

Clinique chirurgicale
J. GUYOT : Sur un cas de péritonite à pneumocoques de l'adulte 857

Faits cliniques
J. PICARD et G. MARQUET : Septicémie entérococcique maligne. Endocardite, pleurésie séro-fibrineuse... 862

Pédiatrie
Le pronostic dans les paralysies diphtériques généralisées de l'enfant..... 871
L'insuffisance hépatique de l'enfance et son traitement par la cure thermale de Pougues-les-Eaux, par C. Berton.......... 872

Obstétrique
Les péritonites puerpérales diffusantes, par J. Chatain.......... 873

Revue de Presse départementale et coloniale, par J. Lafont.......... 874

Sociétés savantes
Académie de Chirurgie.......... 878
Société Médicale des Hôpitaux...... 878
Société de Thérapeutique 879
Société de Médecine de Paris....... 880

Nouvelles 843
Échos et Glanures.......... 883
Bibliographie.......... 864 886

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.— 12 mai. — Mlle BARRET. Glutationémie et troubles respiratoires. — M. GRUNBERG. Les extraits de l'avoine en thérapeutique.

13 mai. — M. GUTMAN. Etude du cancer du sein chez l'homme — M. HORODMICEANU. Prophylaxie du typhus exanthématique. — M. LANDOWSKI. Etude de l'hypoménorrhée associée à l'adiposité et son traitement. — M. MEJIA. La psittacose à propos des récentes épidémies. — M. AGYJA RYCHTER. Angiomatose familiale hémorragique.

16 mai. — M. DEHOUVE. Etude à l'emploi simultané de quinine et de l'hypophyse en obstétrique. — M. BRAYTBORT. Etude du rhumatisme et de l'endocardite scarlatineux.

18 mai. — M. LESIEUR. Etude du traitement des staphylococcies cutanées par l'anatoxine de Ramon. — M. MEJIA CASALS. Etude statistique des affections cardiaques congénitales enregistrées comme telles à la Policlinique du Docteur Laubry. — M. DU BUIT. Traitement des méningites aiguës par le bactériophage. — M. SACHTER. Guérison de quelques cas de fistules pleuro-cutanées d'origine tuberculeuse.

19 mai. — M. ABRAMOVITCH. Réduction du trismus aigu inflammatoire par le mélange de Bouain au niveau du ganglion sphino-palatin. — M. VALÉA-ROMÉRO. Effort mental et rééducation du strabisme. — M. ANDRÉOTA. Etude des rapports du corps médical et de la spécialité pharmaceutique. — M. VALENTIN. Plomb, tétra, éthyle et hygiène industrielle. — M. TRIBALET. Histoire médicale de Chartres jusqu'au XII[e] siècle.

20 mai. — M. RIVOALLAN. Etude et traitement des péritonite généralisées d'origine appendiculaire. — M. TOP. L'immobilisation plâtrée dans le traitement des inflammations aiguës des parties molles des membres.

23 mai. — M. GORSE. Essai sur les modifications sanguines au cours des syndromes gastriques. — M. LE SEAC'H. L'image granitée post-hémoptoïque.—M. CHAVEZ. La maladie de Carrion. — M. GAÏTA. La dépopulation du banat roumain. — M. VOIGNIER. Les matériaux de construction et d'hygiène.

(Thèses vétérinaires). — 19 mai. — M. CHARINGHEM. Viseur et ses travaux.

20 mai. — M. DEYHIMI. Fracture phalangienne chez le cheval de selle.

22 mai. — M. ROUSSELOT. Vaccination antirabique en Tunisie.

Agrégation des Facultés de médecine. — *Section d'histoire naturelle médicale et parasitologie.* — Sont proposés à la nomination du ministre : MM. Coutelen et Sautet.

Section de médecine générale. — Sont déclarés admissibles après l'épreuve de titres (ordre alphabétique) :

Aix-Marseille : MM. Brahic, Olmer, Raybaud.
Bordeaux : MM. Broustet, Dervillée, Gré, Massière, Bounhoure.
Lille : MM. Breton, Huriez, Warembourg.
Lyon : MM. Barbier, Barral, Croizat, Delore, Froment, Josseran, Levrat, Martin, Thiers.
Montpellier : MM. Boucomont, Lajon, Rimbaud.
Nancy . MM. Kissel, Michon, Gadrat.
Toulouse . MM. Andrieux, Desforges-Mériel, Fabre, Planques, Stillmunkès.
Hanoï . MM. Massias, Patez.
Paris : MM. Bariéty, Benda, Bonnet, Caroli, Coste, Garcin, de Gennes, Kourilski, Lelong, Marchal, Mollaret.

Section de physiologie. — M. Morin est proposé.

Section d'obstétrique. — Sont proposés : MM. Daleas (Hanoï), Guilhem (Toulouse).

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgiens.* Sont nommés : MM. Patel, Merle d'Aubigné.

Préfecture de la Seine. — Le concours de médecin inspecteur des écoles du département de la Seine s'est terminé par les nominations suivantes :

Mmes Zagdoun, Bernard, MM. Patey, Mercklen, Rouques, Boulanger, Mme Roudinesco, M. Blaize, Mlle L'Hoir, MM. Hallez, Lestoquoy, Fauvert, Cahen, Langlois, Gilbrin, Sterne, Mme Ogliastri, MM. Pricur, Servel de Cosmi, Bohn, Mlle Delos, Mme Wesbecher, MM. Lafitte, Bolgert, Fortier, Baillet, Bréhier, Fourniat, Mme Cros, Mlles Lecocq, Ronget, MM. Klotz, Canonne, Mme Zucman, Mlle Abricossoff, MM. Saullière, Degrais, Lévy, Bonnard, Mme Arager, M. Cabaille, Mme Bayer.

Cours de technique hématologique et sérologique, par M. Edouard Peyre.— Ce cours qui comprendra seize leçons, commencera le mercredi 3 juin 1936, à 14 h. 30, pour se continuer les jours suivants ; les séances comprendront deux parties : 1° Un exposé théorique et technique ; 2° Une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

PROGRAMME DES CONFÉRENCES. — 1. Généralités et instrumentation nécessaire. Numération des globules du sang, dosage de l'hémoglobine. — 2. Le sang sec : techniques d'examen, les globules rouges à l'état normal et pathologique, les états anémiques simples. — 3. Le sang sec ; globules blancs et formule leucocytaire. — 4. Les leucocytoses, l'éosinophilie, l'hématopoïèse. — 5. Les polyglobulies, les leucémies (symptômes et lésions). — 6. Les anémies pernicieuses. Les syndromes pseudo-leucémiques. — 7. Les plaquettes sanguines. La coagulation du sang. — 8. Résistance globulaire, propriétés hémolytiques des sérums. — 9. Hémo-agglutinations (groupes sanguins). Les méthodes de transfusion. Les états hémorragiques, par M. BENDA, médecin des hôpitaux. — 10. Réactions de fixation (B. W.). Le principe. — 11. Réactions de fixation (B. W.). Les dosages. — 12 et 13. Réactions de fixation (B. W.). Les méthodes. — 14. Les méthodes de floculation, par M. le Docteur TARGOWLA, ancien chef de clinique. — 15. Cytologie des épanchements des séreuses du liquide céphalo-rachidien (Réactions biologiques), par M. le Docteur TARGOWLA. — 16. Les propriétés physiques appliquées au sang (p-H, Cryoscopie, viscosité, etc.), par M. SANNIE, agrégé.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits. Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série de ces conférences, Le droit à verser est de 250 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance de versement du droit.

MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures et salle Béclard, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

Hygiène urbaine et protection contre les gaz. — Un cours de perfectionnement sur l'hygiène urbaine et les gaz de guerre sera fait à la Faculté de médecine du 15 juin au 3 juillet 1936. Il s'adresse à l'ensemble du personnel sanitaire destiné à protéger la population civile en cas d'attaque aérienne : fonctionnaires hygiénistes, médecins, pharmaciens, infirmières Z de la Croix Rouge, assistantes Z du Devoir national. Il est organisé sous la direction de M. le Professeur Tanon.

Le cours aura lieu au Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique de 18 à 19 heures. Il comprendra des leçons théoriques et filmées avec des visites et exercices pratiques au poste de secours sous abri de la Faculté de médecine.

S'inscrire au laboratoire d'hygiène, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Le cours est gratuit.

Programme du cours. — Lundi 15, juin, M. Tanon : Plan général du cours. — M. Sieur : Protection des populations civiles en cas d'attaque aérienne. Historique et état actuel de la question.

Mardi 16, M. Carville : Mesures dites de défense passive ; repliement, dispersion, guet, abris, police, incendie, transport. Le personnel volontaire et les divers services de défense.

Mercredi 17, M. Navarre : Gaz de combat : définition et classification. Action physiologique et lésions des gaz irritants et vésicants.

Jeudi 18, M. Navarre : Action physiologique et lésions des gaz suffocants et toxiques généraux.

Vendredi 19, M. Cot : Traitement. Exposé des grands moyens thérapeutiques utilisés en matière d'asphyxie par le sauveteur ou le médecin ; respiration artificielle. Inhalation d'O et de carbogène. Saignée. Injections intraveineuses.

Samedi 20, M. Cot : Application de ces moyens aux cas d'espèce posés par les diverses variétés de gaz. Traitement des gaz vésicants.

Lundi 22, M. Cot : Organisation sanitaire d'un secteur urbain. Rôle du médecin inspecteur départemental d'hygiène et du directeur municipal de bureau d'hygiène. Le plan de secours urbain.

Mardi 23, M. Cot : Appareils de protection individuelle, masques.

Mercredi 24, M. Brurèe : Organisation. Principes à appliquer en ce qui touche la protection contre les explosifs et l'étanchéité.

Jeudi 25, M. Cot : Fonctionnement du poste de secours sous abri (conférence avec film).

Vendredi 26, M. Anglade : Protection contre les gaz dans l'habitation familiale.

Samedi 27, M. Bruère : La détection. Prélèvements sur place. Détection d'urgence. Détection au laboratoire (physiologique, physique, chimique).

Lundi 29, M. Clerc : La désinfection. Organisation des équipes. Personnel et matériel. Désinfection du sol et de l'atmosphère, des appartements, des literies et des vêtements. Vêtements de protection spéciaux.

Mardi 30, M. Sée : Rôle du personnel sanitaire aux divers échelons. Equipes de premier secours. Médecins infirmières Z des postes de secours, assistantes Z du devoir national, infirmières des hôpitaux Z.

Mercredi 1er juillet, M. François : Brancardiers. Matériel de transport et voitures.

Jeudi 2. — M. Galtier : Fournitures de matériel et aménagements.

Vendredi 3, M. Neveu : Le péril microbien.

Les visites du poste de secours sous abri de la Faculté de médecine avec démonstrations pratiques auront lieu à des dates et heures indiquées pendant le cours.

Muséum national d'Histoire naturelle. — *Cours de zoologie (reptiles et poissons)* (M. Louis Roule, professeur.) — M. le Docteur Jacques Pellegrin, docteur ès sciences, sous-directeur du laboratoire commencera le mercredi 27 mai 1936, à 14 heures, une série de leçons sur les poissons d'ornement (espèces indigènes, espèces acclimatées ou acclimatables) (4e partie, Acanthoptérygiens).

Ces leçons auront lieu les mercredis et vendredis, à 14 heures, dans la salle de cours des Galeries de zoologie (premier étage).

— *Cours de chimie appliquée aux corps organiques.* — M. R. Fosse, membre de l'Institut, professeur, ouvrira ce cours le mardi 26 mai 1936, à 9 heures, dans la salle de cours de chimie du Muséum national d'histoire naturelle, rue de Buffon, n° 63, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Le professeur exposera les travaux de son laboratoire établissant : de nouvelles méthodes d'analyse ; leur application à l'étude de divers principes organiques azotés ; les synthèses réalisées en oxydant les principes carbonés ; le rôle des combustions cellulaires, créatrices des constituants de la matière vivante ; la découverte de l'acide urique chez les végétaux ; l'origine purique d'une partie de l'urée formée par les plantes et, finalement, la série des fermentations qui permettent à la graine de transformer l'acide urique non assimilable en ammoniaque, l'aliment azoté fondamental du règne végétal.

La pratique journalière de l'assurance-maladie. — *Conseils aux médecins.* — En vue de l'application du décret-loi du 28 octobre 1935, ainsi que des décisions qui ont été prises en commun ou le seront par la Fédération et les Caisses, la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine a l'intention de donner une nouvelle édition de ses Conseils aux médecins auxquels elle apportera quelques modifications.

Dès maintenant, la F. S. M. S. porte à la connaissance des médecins, les innovations les plus importantes qui déjà sont entrées en pratique dans la Seine.

Durée de validité des feuilles de maladie. — Les deux pre-

mières feuilles ne sont valables que pour huit jours chacune; les suivantes restent valables pour quinze jours.

Colonne unique pour les signatures du médecin. — L'ancienne feuille de maladie comportait, pour chaque acte médical, deux signatures du médecin : l'une attestant l'accomplissement de l'acte, l'autre le payement par l'assuré.

La nouvelle feuille ne comporte qu'une seule colonne de signature, celle-ci attestant le payement de l'acte médical et servant d'acquit. Le médecin ne doit donc apposer cette unique signature que si ses honoraires lui ont été versés.

Avis de traitement. — Chaque fois qu'une circonstance particulière vient à se produire au cours du traitement (consultations ou visites répétées, ordonnances coûteuses, série d'actes de pratique médicale courante ou de petite chirurgie, intervention chirurgicale ou soins spéciaux, envoi à l'hôpital, en maison de santé, en convalescence), le médecin note cette circonstance d'une simple croix sur la ligne correspondante de l'avis de traitement. Celui-ci est alors envoyé par l'assuré à sa Caisse dans les mêmes conditions que la carte-lettre.

Cet avis de traitement a pour but d'informer la Caisse des circonstances qui peuvent entraîner pour elle le remboursement de frais élevés.

Ordonnances. — Le médecin doit savoir que, désormais, les médicaments ne sont plus remboursés qu'à 80 %, au lieu de 85, du prix payé au pharmacien par l'assuré.

En outre, le remboursement à 80 % ne joue que pour une ordonnance de 25 francs, ou pour les premiers 25 francs d'une ordonnance dépassant ce chiffre. La partie excédant 25 francs n'est remboursée qu'à 60 %.

Cependant, les sérums et les produits injectables, autorisés en vertu de la loi du 14 juin 1934, sont remboursés à 80 %, quel que soit le montant de l'ordonnance. Le médecin doit signaler, à part sur son ordonnance les produits appartenant à cette catégorie, afin que la Caisse puisse opérer leur remboursement à 80 %.

En outre, dans les cas spéciaux nécessitant des frais pharmaceutiques élevés, tous produits pharmaceutiques peuvent être remboursés à 80 %, quel que soit leur prix, sur proposition du médecin traitant acceptée par le médecin contrôleur de la Caisse.

S'il a été rédigé plusieurs ordonnances à l'occasion d'un même acte médical, ces ordonnances se trouvent bloquées en une seule en ce qui concerne le calcul du remboursement à faire à l'assuré.

Toutefois cette disposition ne s'applique pas aux ordonnances qui prescrivent des examens de laboratoire, ni à celles qui comportent des appareils (bandages, ceintures, etc.).

(Communiqué par la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine).

Ligue française contre le cancer. — L'Assemblée générale annuelle se tiendra le mardi 26 mai 1936, à 17 heures, à la Faculté de médecine (salle du Conseil), 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, sous la présidence de M. le Ministre de la Santé publique. — Rapport de M. Le Bret, secrétaire général ; Rapport de M. Max Hermant, trésorier. — Gesta cancerologie per Francos (La part de la science française dans l'avance actuelle de la question du cancer), par M. le Professeur Forgue.

Les Voix Latines. — Mercredi 27 mai 1936, à 21 heures précises, Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, conférence du Professeur Jean Fiolle sur l'Ordre latin dans les sciences, la biologie et la médecine, sous la présidence du Docteur Georges Duhamel.

Service de Saint-Lazare. — Par arrêté préfectoral en date du 11 mai 1936, M. le Docteur Lucien Périn, médecin du Dispensaire de salubrité, assistant de l'hôpital Saint-Louis, a été nommé médecin chef de service à la Maison de Saint-Lazare.

Médecine et travail. — La prochaine Assemblée générale de médecine et travail, se tiendra le jeudi 28 mai, à 21 heures précises, 6, rue de l'Antrepôt (Clinique « le Travail ») 10e arr. Métro Lancry.

Sont cordialement invités ceux qui s'intéressent à l'hygiène sociale et en particulier à la question des hôpitaux.

Asile de Bron. — Le Conseil général du Rhône a décidé que l'Asile départemental d'aliénés de Bron prendrait à l'avenir le nom d'hôpital départemental du Vinatier.

Championnat médical de tennis. — En raison du succès remporté l'année dernière, le Tennis Club médical de Paris, organise à nouveau, cette année, une championnat de tennis ouvert à tous les confrères français.

Ce championnat de tennis se déroulera, pour les confrères de Paris et de la région parisienne sur un des deux courts de tennis du T. C. M. P. Pour les confrères de province ne pouvant disputer leurs matches à Paris, des éliminatoires régionales sont prévues.

La date extrême des engagements est fixée au 10 juin, le premier tour commencera le 15 juin, la finale aura lieu à Paris le jeudi 9 juillet. Le titre de Champion médical 1936 sera décerné au vainqueur; de nombreux prix offerts par les principaux laboratoires seront distribués aux demi-finalistes et aux finalistes. Les convocations seront envoyées individuellement.

Prière d'envoyer avant le 10 juin, accompagnés d'une somme de 25 francs, les engagements au siège social du T. C. M. P., 77, boulevard Suchet, Paris, ou au président, le Docteur Galand, 177, boulevard Saint-Germain, Paris, ou au trésorier, le Docteur Mazer, 5, rue de Stockholm, Paris.

Physiopathologie du système nerveux du mécanisme au diagnostic, par Paul Cossa. Un volume de 690 pages avec 193 figures. Cartonné toile, 75 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre, dont l'auteur a été l'élève de Babinski, de Claude, et de Clovis-Vincent qui a en signé la préface, doit devenir rapidement classique, aussi bien pour l'étudiant que pour le clinicien. Il expose ce qui doit être retenu de la physiologie pour la compréhension de la pathologie nerveuse et pour l'établissement du diagnostic neurologique.

Nos conceptions actuelles sur le mécanisme du système nerveux y sont exposées au point de vue physiologique et pathologique par un esprit convaincu de leur nécessité pour la réalisation de tout progrès dans cette branche de la médecine.

Après un aperçu de physiologie générale normale et pathologique, l'auteur envisage les fonctions de la vie de la relation, puis celles de la vie végétative, importantes soit en elles-mêmes, soit par les possibilités sémiologiques qu'elles offrent en neurologie.

Il expose enfin les rapports du système nerveux avec la vie psychique.

« Je pense, écrit le Docteur Clovis-Vincent dans sa préface, que ceux qui liront ce livre auront l'essentiel et qu'ils l'auront bien... »

« Sans doute, l'étude de l'anatomie a donné à la France des chirurgiens d'une dextérité opératoire inégalée ; sans doute l'éducation mutuelle au lit du malade a donné à la France la pléiade de ses grands cliniciens ; mais la connaissance de la physiologie édifiée par de grands physiologistes éviterait aux médecins de dire tant de bêtises et elle serait la source de tant de progrès ».

« Car si l'anatomie et la clinique sont à la base de la pratique, la physiologie est à la base du progrès. »


GÉLOGASTRINE
LICARDY
PANSEMENT GASTRIQUE
GÉLOSE-GÉLATINE-KAOLIN
GRANULÉ
1 cuillerée à bouche
avant chaque repas
ou au moment des crises
TABLETTES
2 tablettes avant
chaque repas
ou au moment des crises
LABORATOIRES LICARDY - 38, Brd Bourdon. NEUILLY-PARIS

TRAVAUX ORIGINAUX

L'avenir de la chirurgie osseuse [1]

Par M. René LERICHE
Professeur de Clinique chirurgicale à Strasbourg

Messieurs,

Je ne sais pas si M. Lambotte, modeste et réservé, a jamais estimé à son prix l'influence en profondeur qu'il a exercée sur les chirurgiens qui étaient jeunes autour de l'année 1910.

Il est toujours difficile pour un homme de caractère de percevoir la réalité de l'empreinte dont il marque ceux qui montent. Obligé de devenir celui qu'il est, astreint à une rude bataille avec lui-même pour mener ses idées à maturité, avec ses pairs pour les leur imposer, il n'a guère le loisir de chercher les reflets de sa propre pensée dans l'esprit de ceux qui n'ont pas encore subi la tyrannie d'une expérience personnelle.

Et cependant, c'est sur eux surtout qu'il agit. Il faut qu'une saison s'achève pour que lève le blé. Et ce n'est pas d'habitude le semeur qui s'arrête, en Messidor, pour contempler la splendeur magnifique de la moisson.

Il en a été sans doute ainsi pour celui que nous fêtons aujourd'hui.

Aussi voudrais-je, cher M. Lambotte, devant tous, à Anvers, chez vous, dire la leçon très haute que vous avez enseignée, très simplement, par vos gestes quotidiens si mesurés, aux chirurgiens de tous pays qui débutaient à l'heure où s'affirmait ici votre croissante et glorieuse maitrise.

Ils ont appris de vous l'amour d'une certaine perfection, le souci du travail exact, ordonné, achevé, d'un travail de luthier qui ne souffre pas qu'un détail soit négligé pour réaliser l'harmonie complète des sons.

A l'époque dont je parle, la chirurgie, ivre de sa prestigieuse réussite, n'avait pas encore pris pleine conscience des difficultés qui se sont imposées à elle par la suite. La maladie était tenue pour une dérogation à l'équilibre de la vie. L'opération était un acte brutal d'autorité sur le destin. La nature devait s'y plier, et pour peu que le geste essentiel eût été conduit suivant les règles, on ne s'inquiétait guère de la minutie et du fini dans le détail.

Avec quelques hommes semblables à vous, indépendamment les uns des autres, vous avez montré qu'il fallait être difficile, très exigeant pour soi-même, soucieux de précision. En vous regardant, nous avons compris que, dans la chirurgie, la fougue du conquistador n'était plus de saison et que mieux valait être apollinien, à la façon de ces artistes des Flandres, dont le réalisme mesuré et l'art nuancé ont, pour toujours, ravi le monde.

Je me souviens comme si c'était d'hier, des circonstances où je vous ai vu pour la première fois. C'était à Lyon. On vous avait réservé une difficile fracture de jambe, à sept ou huit fragments. Vous étiez sur un terrain qui n'était pas le vôtre, entouré de chirurgiens éprouvés, plus portés, ainsi qu'il est d'usage, à la critique qu'à l'admiration. Sans effort apparent, avec calme, et sans que vos gants blancs aient eu la moindre souillure, vous avez magnifiquement remonté le puzzle diaphysaire. Et quand ce fut fini, chacun vous regarda, avec un murmure d'admiration.

De modestes fonctions m'obligeaient à quitter la salle d'opération pour un amphithéâtre voisin où mon Maître Poncet allait donner son enseignement. Avant qu'il n'eût commencé, je ne pus me retenir de lui conter ce que vous aviez fait et lui dire la révélation soudaine d'une méthode supérieure que m'avait donnée la précision de vos gestes de bon ouvrier.

« Et que fait-il maintenant ? » me répondit Poncet. esprit direct et droit, curieux de toute supériorité. « J'aimerais le voir. »

« Il va opérer à nouveau. »

« Oh ! répartit Poncet avec un sourire, quel imprudent que ce Lambotte ! Quand on vient de réussir un saut périlleux en public, il est sage de ne pas recommencer ! »

Et, sur ce mot, il aborda ses étudiants.

Dès son exode, je m'esquivai discrètement et revins vous voir opérer. C'était une seconde fracture, plus complexe encore que la première.

Dès que vous eûtes terminé, je repris ma place derrière Poncet qui finissait.

Aussitôt, il se retourna vers moi. « Et Lambotte ? » Je n'y pus tenir. « Eh bien, Monsieur, il vient de faire un second saut périlleux. C'était un doublé. Il l'a encore mieux réussi que le premier. »

« Alors, me dit Poncet, ce Lambotte est plus qu'un habile homme. C'est un veinard ! »

Et pour ce philosophe, qui estimait que l'on est toujours le forgeron de sa chance, c'était le plus bel éloge que l'on put faire d'un chirurgien.

Le même jour, j'avais l'honneur de dîner avec vous, auprès de notre ami Bérard, actif propagandiste de vos idées. Avant que l'on se mette à table, vous m'avez pris dans un coin. J'étais le plus jeune de ceux qui étaient là. Et comme je vous exprimais mes impressions et mes remerciements, comme nous causions de vos idées et des objections qu'elles soulevaient : « Je pense, m'avez-vous confié, que c'est seulement votre génération qui fera triompher tout ce qui m'est cher et ce que je défends. »

Mon cher Maître, je n'ai rien oublié du message que j'ai reçu ce soir-là.

Et c'est parce qne je n'en ai rien oublié que j'ai accepté avec joie l'honneur, très grand, d'être aujourd'hui devant vous.

En fait, je suis venu pour vous remercier, au nom d'une génération de chirurgiens que vous ne connaissez pas, de les avoir gagnés au culte de la chirurgie difficile, de celle qui, en vue d'un résultat fonctionnel meilleur, sait s'imposer une méthode rigoureuse, une austère discipline, une exacte précision.

En élevant le niveau de nos soucis, vous nous avez permis de nous réaliser nous-mêmes mieux que nous ne l'aurions fait sans vous.

Merci !

Messieurs,

Pour honorer comme il convient le grand homme de la chirurgie que nous fêtons aujourd'hui, notre ami Jean

(1) Discours fait à Anvers pour le jubilé de M. Albin Lambotte, le 1er juin 1935.

Verbrugge a voulu que vous fut présentée l'histoire de la chirurgie osseuse, et qu'un regard fut jeté sur l'avenir qui lui est réservé.

Mon éminent collègue, le Professeur Sauerbruch, un des plus robustes constructeurs de la chirurgie contemporaine, vient de nous faire un tableau saisissant de ce qu'est devenue la chirurgie osseuse.

Il fut un magnifique historien.

Après lui, j'ai quelques hésitations à venir faire le prophète. En tout domaine, c'est une tâche ingrate que de prophétiser. Les meilleurs y ont succombé et beaucoup d'entre eux ont été lapidés.

Je m'efforcerai à ne pas m'exposer à pareille aventure. Vous ne m'en voudrez pas, je l'espère, d'être discret.

***

La chirurgie osseuse a réalisé un si grand destin qu'au premier abord, on ne voit guère ce qu'elle pourrait faire de mieux dans l'avenir : quelques retouches de détail, quelques perfectionnements parcellaires.

Ne lui suffit-il pas de faire souder ce qui a été brisé, de redresser ce qui est tordu, d'exciser ce qui détruit la charpente squelettique ou menace la vie, d'ouvrir un abcès diaphysaire, de consolider et de renouveler ce qui s'effondre, d'enlever des tumeurs, de rendre les mouvements au membre qui les a perdus, de reconstruire enfin ce qui a été supprimé ?

Eternels Prométhés, pouvons-nous donc rêver d'autre chose ?

Je crois que oui, et voici pourquoi :

Jusqu'ici, nous n'avons vu dans les os que de rigides bras de levier ou de solides moyens de protection pour des organes fragiles. Nous pensions, tous, que le squelette n'avait été donné à l'homme que pour lui permettre d'aller et de venir, de se tenir debout face au ciel. *Os sublime dedit...* En un mot, pour qu'il puisse mener une vie d'homme.

Or, voici que depuis quelques années, s'affirme une toute autre conception. Ce système de soutien, ce bâti de mécanique, si utile, si nécessaire, dans l'ordre statique et dynamique, n'est-il pas, en même temps, une immense réserve de sels de chaux ? 90 % du calcium total de l'organisme y est enfermé. Chez la plupart des êtres vivants existent de pareils dépôts calcaires : coquille des mollusques, carapace des crustacés. Le squelette des vertébrés en est l'homologue. Mais son dispositif est mieux compris. Pour grandir et pour grossir, nous n'avons pas besoin de briser le moule calcique et de faire mue.

Par ailleurs, le calcium est un des éléments indispensables de la vie cellulaire. A tout moment, nous en consommons sans bien savoir comment. Le sang qui le porte aux tissus, en a un taux fixe, soigneusement entretenu. Tout départ est aussitôt compensé.

Comment ne pas penser que la fantastique accumulation calcique que représente le squelette, est une réserve où constamment puise l'organisme pour maintenir la calcémie au taux nécessaire ?

Une série de faits semble montrer qu'il en est ainsi.

Tout d'abord, il est certain que l'on voit dans la nature des transferts calciques s'opérer, à travers des milieux humoraux, d'un dépôt organique en un point où le calcium est nécessaire.

L'exemple le plus frappant est celui du poussin qui doit fabriquer son squelette. Enfermé dans ses membranes, isolé dans sa coquille avec des réserves non calciques, sans relation avec le monde extérieur, il fait ses os cependant, il y accumule des sels minéraux, et, plus malin que les petits d'hommes si maladroits et si gauches à la naissance, il sort bientôt sur ses deux pattes, fier et solide.

Où a-t-il pris les éléments de sa construction squelettique ?

Ce curieux problème a reçu, en 1916, sa solution de deux pastoriens, de Delezenne et de Fourneau. Ils ont montré que si l'on dosait chaque jour sur une série d'œufs de même couvée, le calcium qu'il y a dans la coquille et le calcium qu'il y a dans le poussin, de jour en jour, on voit la coquille perdre du calcium et le poussin en gagner. Si bien qu'au moment où le petit brise les murs de sa prison, si l'on veut retrouver, le poids primitif du calcium de la coquille au premier jour de l'incubation, il faut incinérer ensemble et le poussin et ce qui reste de la coquille.

Ceci veut dire que par un mécanisme inconnu, par un des mystères de la génétique qui n'en est pas avare, le poussin puise dans la coquille le calcium qui lui est nécessaire ; et que ceci se fait à travers les milieux humoraux de l'œuf.

Voici donc une preuve étonnante de l'utilisation d'un dépôt de calcium organique pour les exigences de la vie.

Les petits d'homme n'ont pas de coquille. D'où vient le calcium dont, *in utero*, l'enfant construit son squelette ?

Les chimistes nous ont appris que le fœtus en fixe de grandes quantités, et qu'au moment de la naissance, la calcémie est toujours plus élevée chez l'enfant que chez la mère. Dans les derniers mois de la grossesse, le sérum de la mère s'appauvrit en calcium. Le taux calcique de la ration alimentaire normale est inférieur à ce qu'elle abandonne. On en peut conclure que les mères donnent encore à leurs enfants bien plus qu'on ne le pense. Elles donnent leur propre substance, et en fait de calcium, ce qu'elles donnent, c'est dans leur squelette qu'elles la puisent.

Aussi beaucoup de femmes enceintes souffrent-elles de leurs os, de leurs côtes, de leurs mâchoires, de leurs dents dont les alvéoles se raréfient. Elles prennent parfois dans leur crâne, et l'audition s'en ressent. Elles prennent partout où elles peuvent, non sans dommage parfois, et ainsi se font, de temps en temps, des ostéomalacies gravidiques.

La lactation est aussi pour la mère une rude épreuve calcique. Le lait d'un jour renferme plus de calcium que n'en apporte l'alimentation quotidienne. Il est prouvé par l'expérience vétérinaire que l'excédent vient du squelette.

On a calculé qu'à la fin d'une période de lactation chez une vache donnant 16 litres de lait, avec une ration pauvre en sels minéraux, le squelette s'appauvrit de 2 kgr. 500 de chaux, c'est-à-dire du quart de la quantité totale qu'en renferment ses os.

Et l'on trouve dans les fastes vétérinaires l'histoire très philosophique d'une superbe vache du Wisconsin qui, après avoir donné des quantités fabuleuses de lait, après avoir été proclamée solennellement *la plus grande laitière dans le monde*, dut être abattue pour ostéomalacie.

Grandeur et misère du service calcique !

Il faut donc désormais intégrer le système des os dans le cycle du calcium dont il est l'élément essentiel.

Biologiquement, le squelette est une réserve comme l'est la graisse, comme l'est le glycogène, une réserve extra-cellulaire, où l'organisme puise sans cesse, au fur et à mesure de ses besoins.

Comment le fait-il ?

Cette question, qui fera peut-être sourire les chirurgiens dont le souci ne dépasse pas la vitesse de confection d'un nœud, est d'un intérêt capital pour ceux qui ont la passion de guérir.

Nombre de maladies ne sont, en effet, initialement que de minimes déviations des processus physiologiques. Si nous connaissions bien les mécanismes normaux de nos diverses fonctions, il serait sans doute facile de les corriger quand celles-ci sont déréglées.

A ce titre, la chirurgie a beaucoup à regarder du côté des modes de constitution de nos réserves, et des manières dont nous les utilisons.

La vie tout entière est construite sur le schéma bourgeois de la prévoyance, j'allais dire *du bas de laine*. La nature, de bonne heure, nous fait constituer d'importantes réserves. Grâce à sa sagesse nous avons de tout, beaucoup plus qu'il ne nous en faut pour chaque jour, dans les périodes de prospérité. Mais que viennent les époques de crise, on est heureux d'avoir les greniers pleins. Les crises viennent du gaspillage ou d'une mauvaise répartition. Si nous connaissions le jeu des distributions, on pourrait sans doute opératoirement freiner ou accélérer la dépense.

D'une façon générale, pour chaque type de réserve, il y a une hormone de consommation, peut-être une de fixation, et un intermédiaire actif, le sympathique.

Un jour viendra, je crois, où, plus instruits, nous pourrons, par des opérations endocriniennes et nerveuses, créer une chirurgie du métabolisme, une thérapeutique des maladies de l'utilisation des réserves. Et comme la chirurgie est une extraordinaire méthode d'analyse, la plus puissante, la plus décisive des méthodes expérimentales, nous éclaircirons sans doute très vite bien des problèmes obscurs.

C'est pour cela que la question de la réserve calcique est de si grande importance pour l'avenir de la chirurgie osseuse.

***

Jusqu'aujourd'hui, on ne connaît que deux mécanismes de prise du calcium sur le squelette, l'hyperémie active, et l'hormone parathyroïdienne.

Quand la circulation s'active dans une zone osseuse, la raréfaction y apparaît. L'os se défait. Or, nombreuses sont les circonstances, dans lesquelles il y a vaso-dilatation active. Il en est ainsi après les traumatismes, dans les infections, et sans doute dans bien d'autres conditions encore mal connues. Aussi, l'ostéolyse est-elle chose banale. Malheureusement nous ne savons pas la voir. Voici pourquoi. Quand elle se produit le mécanisme régulateur général de l'emploi de la réserve minérale n'est pas changé. La calcémie demeure constante. Les éléments libérés restent sans doute sur place, car rien n'indique qu'ils soient repris.

Et, peu à peu, à condition, semble-t-il, que les tissus conjonctifs voisins soient, eux aussi, congestionnés, le calcium désosséinisé se fixe à nouveau sur les fibrilles. La réserve se reconstitue. Elle n'a fait que changer de place. Pour nous, qui ne regardons les choses que par le dehors, de l'os est apparu. Nous ne voyons que lui. Nous parlons d'os nouveau. Nous ne songeons pas qu'il provient de la destruction de l'os ancien, que l'ostéolyse l'a précédé, que, sans elle, il ne serait pas né. Comme, pour nous, la maladie se situe sur le plan de l'organisme, nous oublions qu'elle se réalise dans le plan des tissus.

Cependant c'est ainsi que se fait le cal, en deux temps : ostéolyse, ostéogenèse, ainsi que se font les ostéomes musculaires, les ossifications de tous genres et, en particulier, celles de nombreuses arthrites. L'homme fait comme les bâtisseurs des cités antiques. Ceux-ci construisaient leurs monuments avec les pierres des démolitions. Lui, dès que sa circulation s'accroît en un point, démolit et reconstruit aussitôt : il fait de nouveaux édifices avec de vieilles pierres.

Quand les édifications osseuses ainsi faites nous sont utiles, nous parlons d'ostéogenèse réparatrice, et nous rendons hommage à la nature qui cependant ignore notre vie d'homme. Quand elles nous gênent, et c'est fréquent, nous ne disons rien. Le processus est le même pourtant.

Or, et c'est là que je voulais en venir, quand un os se raréfie, nous pouvons le faire recalcifier, si nous nous y prenons à temps. La vaso-dilatation qui a fait naître l'ostéolyse peut la faire cesser, et la recalcification se fait. Les maladies de la vaso-dilatation peuvent être guéries par de la vaso-dilatation provoquée. Une des plus pénétrantes observations de Hahnemann est sur ce point expérimentalement vérifiée.

Il y a plus. Il semble même que, parfois, si de l'os est déjà formé, la vaso-dilatation provoquée puisse le faire disparaître aussi.

En fait, nous ne connaissons pas l'étendue de nos pouvoirs. Les opérations sympathiques, créatrices d'hyperhémie, peuvent guérir la plupart des raréfactions post-traumatiques et les ossifications récentes d'origine hyperhémique. Il y a place dans la chirurgie osseuse pour la méthode sympathique.

C'est un des aspects nouveaux de la chirurgie osseuse de l'avenir.

Mais l'hyperhémie active, si grand que soit son rôle pathologique, n'est qu'un moyen épisodique de consommation des réserves calciques.

C'est l'hormone parathyroïdienne qui, physiologiquement, règle l'emploi incessant que nous faisons de la substance osseuse. Constamment, au gré de nos besoins, sans que nous sachions rien ni de la façon exacte dont elle règle son jeu, ni du moment où ce jeu se fait, elle détruit de l'os et met du calcium en liberté. C'est peut-être ce qui fait la médullisation progressive de nos os.

En tout cas, le fait est là ; si l'on injecte quelques unités de parathormone, aussitôt la calcémie augmente, en une minute, chez le chat, au bout d'une heure chez le cobaye, et si l'on examine alors les os, on y trouve les premiers signes d'une raréfaction à limite de l'endoste et de la moelle. Si l'on répète les injections, la raréfaction augmente, les tissus se chargent de calcium, et souvent les urines en éliminent des quantités anormales. On obtient soit la maladie de Recklinghausen, maladie d'ostéolyse et d'élimination calcique, soit la sclérodermie, maladie d'ostéolyse et de surcharge calcique de la peau, dans laquelle le point de départ est parathyroïdien, l'intermédiaire squelettique, l'aboutissant cutané.

Nous ne connaissons, à l'heure actuelle, que ces deux seuls syndromes hyper-parathyroïdiens de façon précise. Rien ne nous dit qu'il n'y en a pas d'autres.

Nombreuses sont les maladies osseuses et articulaires qui débutent par une ostéolyse discrète, mais diffuse. Nous ne pouvons pas dire encore si, à ce stade initial, ce n'est pas la parathormone qui intervient. Quand, beaucoup plus tard, on se trouve en présence de désordres bien caractérisés, devant des poly arthrites déformantes ou ankylosantes, les esprits sages de la médecine, les représentants de ce gros bons sens qui est à l'origine de tant

d'erreurs grossières, parce qu'il n'est que paresse d'esprit, ne veulent pas entendre parler d'origine parathyroïdienne, à titre d'hypothèse, parce que le test n'y est pas.

Quel test ? Il serait peut-être bon de rappeler que de test endocrinien il n'y en a pas dans beaucoup d'états chroniques, et que c'est uniquement à l'analyse expérimentale qu'il appartient de résoudre le problème d'origine et de vérifier les hypothèses. Très volontiers, les médecins d'aujourd'hui jouent au petit jeu de la calcémie, sans en connaître ni les difficultés d'expertise, ni le sens réel. L'expérimentation montre que la vie est plus complexe que leurs schémas. La nature nous a construits avec une extraordinaire largesse de vues et un sens profond de nos nécessités. Dès qu'une viciation fonctionnelle survient, brusquement, après une perturbation de surprise, nos organes corrigent, s'adaptent, et les troubles disparaissent à nos yeux. Nous croyons que la maladie est guérie. Nous disons parfois l'avoir guérie, parce que nous ne la voyons plus. Elle se poursuit inaperçue. Ce qui a provoqué la première atteinte, continue d'agir, mais discrètement, sans plus troubler la fonction, apparemment. Et, lentement les tissus sont atteints, jusqu'au jour du déficit terminal. L'organe, cause de tout, assiste insoupçonné aux effets lointains de la déchéance qu'il a produite.

Injectez de la parathormone à un jeune rat. En quelques instants, il est hypercalcémique. Répétez l'injection. En trois à quatre jours, la sclérodermie apparaît, il y a surcharge calcique de la peau. Continuez les injections. Quelle surprise ! L'hypercalcémie cesse, l'infiltration du derme disparaît, la sclérodermie guérit. Mais, lentement, les tissus continuent d'être déviés de leur ligne évolutive. Un destin nouveau est créé, à coup sûr anormal. Cependant le test sanguin est négatif. Quand pareille maladie tissulaire survient spontanément chez l'homme, pourquoi en serait-il autrement ? L'hyperparathyroïdisme chronique n'est pas un hyperparathyroïdisme aigu qui dure. Il est autre chose. Il produit d'autres images que nous ne savons pas encore voir. Et c'est seulement la méthode expérimentale qui peut nous les montrer, les définir, et éclairer pour nous tout ce qui est obscur.

Et de tont ceci, on doit conclure que nous sommes encore trop ignorants pour fixer les bornes de la pathologie humorale du squelette, dont nous venons à peine de franchir le seuil.

Il vaut mieux songer à l'importance vitale de la fonction que l'on vient de découvrir et réfléchir à l'étroite liaison des glandes endocrines sous l'égide hypophysaire. Nombreux sont en effet les états de décalcification au cours de la vie hormonale pathologique. On en voit dans certaines maladies hypophysaires, dans l'adénome basophile de Cushing, après la ménopause, après la castration. Il y en a qui apparaissent au cours des maladies thyroïdiennes. La parathyroïde sert-elle d'intermédiaire ? Nous n'en savons rien. Il faut y songer, car depuis l'opération de Mandl, il y a quelque chose de nouveau dans les possibilités de la thérapeutique chirurgicale des malades des os. Et nous aurions tort de croire que ces possibilités n'iront pas plus loin.

Il y a une lueur à l'horizon, indiquant qu'un jour viendra où la chirurgie osseuse, devant toute une série de maladies, devra délaisser rugine, raspatoire, ostéotome et marteau, pour les instruments précis et délicats de la chirurgie endocrienne.

En enlevant une ou deux glandes, ou en les ischémiant, elle saura réduire précocement les activités anormales ostéolysantes, ou bien soit par énervation du sinus carotidien, soit par ablation du ganglion cervical moyen, elle ranimera des parathyroïdes déficientes, en les faisant vivre à un régime circulatoire plus riche.

Mais, Messieurs, tout l'avenir de cette chirurgie osseuse nouvelle n'est pas enclos dans des rêves parathyroïdiens. La fresque doit être brossée plus largement.

Jusqu'ici, quand nous avons parlé de pathologie osseuse, nous avons toujours considéré les os comme un seul bloc tissulaire, comme des séries d'organes plus ou moins isolés, mais faisant un tout, dont pour chacun rien ne peut être dissocié.

La réalité histologique est très différente. Elle est surtout plus nuancée.

Dans un os, on peut, par l'esprit, dissocier deux aspects des choses : la substance osseuse, le tissu osseux.

L'os en soi est fait, en toutes circonstances, d'une même matière dure, qui est comme le « matériau » de toute construction osseuse. Cette substance osseuse qui survit à la mort, qui donne à notre squelette son apparence d'éternité, existe indépendamment de tout arrangement tissulaire, de toute vascularisation, de toute innervation.

Ne devrions-nous pas l'étudier en elle-même ?

De quoi est-elle faite ?

De l'union de deux éléments : d'un élément organique qui dérive du tissu conjonctif, et d'un élément minéral phospho-calcique, qui vient d'ailleurs et se fixe sur le premier.

Ce n'est pas le lieu de rappeler les modifications, surtout fibrillaires, du tissu conjonctif qui se font préalablement à tout dépôt calcaire, et sans lesquelles aucune ossification ne saurait avoir lieu.

Mais, il importe de marquer que, dans toute substance osseuse, il y a étroite union d'un facteur protéique et d'un facteur calcique, aussi essentiels l'un que l'autre. Or cette substance, l'hyperhémie active et la parathormone les dissocient.

Qu'est-ce qui en règle l'union ? Nous n'en savons rien. On a peine à penser qu'elle est, chez l'enfant tout au moins, livré au hasard.

En tout cas, ce que nous savons, c'est qu'il y a des gens qui se font des fractures bien plus facilement que d'autres. Que certains s'en font plusieurs dans leur vie, et que d'autres ne s'en font jamais, que les cals de fracture de certains accidentés se recassent aisément, et que quelques enfants ont une fragilité osseuse constitutionnelle, à laquelle l'octroi d'un nom barbare n'apporte aucun secours.

Ne pensez-vous pas que la chirurgie osseuse de l'avenir devrait s'intéresser à tous les problèmes que ces évocations soulèvent ?

Chez les hommes de verre, est-ce l'élément protéique qui est déficitaire ? Y a-t-il insuffisance du collagène ou de l'élastique ? Serait-ce le taux de l'élément calcique qui serait anormal ?

En attendant de connaître les voies complexes de l'apport calcique et les organes qui en règlent les modalités, ne pourrions-nous pas apprendre à diriger les évolutions conjonctives en vue de la formation d'un os de bonne qualité ? C'est possible, je crois, en partant des sympathectomies.

On pourrait à ce sujet tracer tout un vaste programme de recherches, dont la réalisation, même parcellaire, apporterait de grandes sécurités à la chirurgie osseuse de l'avenir.

***

Sur l'homme vivant, la substance osseuse est prise dans un tissu conjonctif, qui la pénètre et l'ordonne en travées ou en systèmes. L'ensemble, substance dure et tissu mou, forme une unité vivante, le tissu osseux, tissu complexe, dont les constituants ont de perpétuelles interactions, les unes évidentes, les autres encore obscures.

Le tissu conjonctif qui est là, s'y trouve avec ses vaisseaux sanguins et lymphatiques, avec ses nerfs.

C'est ce qui ordonne la vie du tissu osseux. C'est par là notamment que s'exercent toutes les actions endocriniennes, et celles de la parathormone dont il était question plus haut. C'est lui en somme qui permet à la substance osseuse de fonctionner comme une réserve, d'être comme un dépôt continuellement défait et refait.

Je ne veux pas revenir sur le perpétuel mouvement humoral que cela représente. Nous en savons assez sur ce sujet.

Mais, je voudrais attirer votre attention sur trois faits qui viennent singulièrement compliquer la pathologie et la thérapeutique des maladies osseuses.

Le tissu conjonctif des os ne possède pas que les éléments fixes, dont il paraît avoir la stabilité. Il renferme également des cellules mobiles de la lignée réticulo-endothéliale, et des cellules spécialisées en vue de la fonction hématopoïétique. Enfin, il est en conjonction étroite avec cette forme métaplasique du tissu conjonctif qu'est le cartilage.

Ces trois faits doivent être rapidement examinés du point de vue de leurs conséquences pathologiques.

La présence, dans l'intérieur de nos os, d'éléments réticulo-endothéliaux, a sans doute un sens physiologique profond que nous ne connaissons pas. Dans l'ordre pathologique, elle conditionne toutes sortes de maladies singulières qui ne sont qu'en apparence des maladies du squelette. Leur siège est osseux. Leur origine est ailleurs. Un seul exemple : voici une maladie identifiée depuis peu, dans laquelle les os du crâne ou les diaphyses nous apparaissent forés de larges trous, dans lesquels on trouve une masse tumorale bénigne qui s'apparente aux xanthomes. Ce n'est qu'une réticulo-endothéliose à cholestérine. L'os n'y est pour rien. Il a été indûment colonisé à ses dépens. La maladie est ailleurs, et dans le type Schuller-Christian, si la gravité de l'évolution le justifie, c'est à une action visant le cycle de la cholestérine qu'il faudrait songer peut-être plutôt qu'à de la chirurgie osseuse à proprement parler. Foie ? Rate ? Surrénale? On ne sait pas. La chirurgie osseuse de l'avenir doit, dans ce domaine, savoir regarder plus loin que les os.

La présence dans nos os d'un tissu hématopoïétique doit, elle aussi, créer à la chirurgie osseuse des devoirs insolites.

C'est une chose bien surprenante que la présence normale d'éléments hématopoïétiques dans le tissu osseux.

De toute évidence, cette moelle osseuse n'est pas là pour des fins ostéogénétiques, et c'est s'abuser que de parler de son pouvoir ostéogène.

Elle est là pour faire des globules rouges. Mais pourquoi est-elle là et pas ailleurs ? Un hasard ? Ce Dieu des imbéciles ? Non, certes non.

Il y a un lien certain entre os et moelle hématopoïétique, puisque dans l'ostéogenèse expérimentale, presque toujours les deux sont associés, et l'on voit apparaître côte à côte os, tissu hématopoïétique, et cartilage.

Mettez un lambeau de muqueuse vésicale dans un muscle, vingt-cinq jours plus tard, vous aurez un petit os, et dans cet os, il y a des espaces médullaires avec tous les éléments de la moelle osseuse.

On n'a jamais, à ma connaissance, attiré l'attention sur cette vie siamoise. Savoir s'étonner est le premier pas de toute découverte. Or, il y a là de grandes obscurités de la vie osseuse. Que quelqu'un s'y attache. Il trouvera très vraisemblablement des liaisons imprévues, dont la chirurgie osseuse de l'avenir tirera sans doute partie, et peut-être aussi par conséquence la thérapeutique des anémies.

Troisième point enfin. L'os et le cartilage paraissent avoir partie liée, et l'ostéogenèse semble dépendre souvent du devenir du cartilage.

Un parent pauvre, ce cartilage !

Comme il n'a qu'une vie ralentie, comme il est peu actif, nous nous bornons à enregistrer de bonne heure les aspects histologiques si décoratifs des zones métaphysaires en voie d'ossification, et nous n'y pensons plus guère. Même quand c'est lui qui pousse de travers, nous parlons d'exostose ostéogénique, et nous ne le nommons pas. Quant à la chirurgie osseuse, elle n'en a cure.

Et cependant pourquoi est-il là ? A quoi sert-il ? Nous ne savons pas. C'est irritant. Il faudrait chercher.

On nous dit qu'il sert à préparer l'ossification. Mais elle se fait bien sans lui, dans un simple milieu de fibroblastes, et nous pourrions tout aussi bien grandir par croissance interstitielle et ossification directe des substances fondamentales. Ce n'est sûrement pas la raison.

On dit encore que le cartilage articulaire fait une barrière élastique aux épiphyses. Sans doute. Mais il n'y a pas du cartilage que là. Pourquoi le bout du nez est-il cartilagineux, et non pas son arête ? Pourquoi la terminaison antérieure des côtes et pas la postérieure ? Pourquoi le pavillon de l'oreille et pas le lobule ? Nous serions aussi beaux avec un lobule ossifié. Les exigences de l'esthétique humaine ne jouent certainement aucun rôle dans la chondrogenèse, Tout est mystère là-dedans.

Si nous transposons le problème dans l'ordre expérimental, nous ne comprenons pas davantage. Dans les mêmes conditions apparentes, on fait naître côte à côte de l'os et du cartilage. Nous parlons ostéogenèse. Nous ne disons jamais chondrogenèse. Les deux tissus sont très voisins.

Pourtant, le fait est là : à coup sûr, la croissance des os longs est un fait cartilagineux. Pour qu'un os long grandisse, il faut que sans cesse, devant lui, le cartilage se multiplie, puis que les cellules cartilagineuses meurent. Si elles ne se multipliaient pas indéfiniment, pour ainsi dire, pendant quelques années, nous ne pourrions pas grandir, et si elles ne mourraient pas, nous ne grandirions pas davantage. Ou du moins notre squelette resterait cartilagineux.

Si nous connaissions une substance empêchant le cartilage de se multiplier, nous pourrions presque à volonté arrêter la croissance de nos diaphyses. Si nous en connaissions une autre l'empêchant de mourir, sans l'empêcher de se multiplier, nous grandirions indéfiniment comme les poissons, mais seulement par du cartilage.

La croissance des os longs est essentiellement due à deux phénomènes successifs, et tous deux cartilagineux.

Tout ceci se fait manifestement sous des influences hormonales. Il semble que ce soit l'hypophyse qui règle le devenir du cartilage, et peut-être les glandes génitales qui freinent la croissance.

Certains adénomes de l'hypophyse produisent le gigantisme, s'ils surviennent avant la fin de la période de croissance, et chacun sait que les jeunes castrats deviennent, eux aussi, des géants.

Si les tumeurs, et la suppression complète de certaines glandes, sont seules à produire ces troubles extrêmes de la croissance, on peut penser que des insuffisances plus discrètes jouent leur rôle dans une pathologie squelettique moins bruyante.

Mais nous avons beaucoup à analyser dans ce domaine.

Y a-t-il là quelque avenir pour la chirurgie osseuse ? Je vous laisse le soin de conclure.

Je pense seulement que demain ne sera sûrement pas fait comme aujourd'hui pour tout ce qui touche aux troubles de la croissance.

***

Messieurs,

Vous voudriez peut-être des réalités chirurgicales plus substantielles. Vous m'avez demandé des anticipations. Je vous en ai apportées.

Un mirage !

Je ne le crois pas. Mais, à coup sûr, un rude labeur nous sépare encore de ce que nous pouvons entrevoir en un jour comme celui-ci.

Pourtant, comme la chirurgie n'est pas faite que pour détruire, comme elle doit de plus en plus tendre à être constructrice, à corriger les aberrations qui peuvent troubler la vie des hommes, on doit voir dans le labeur dont je parle, une des tâches prochaines de la chirurgie osseuse.

Et cela m'amène au dernier des aspects que l'on doit imaginer pour les activités de la chirurgie osseuse de l'avenir.

Le rôle du chirurgien des os, c'est de faire faire de l'os à son gré.

Ce rêve est partiellement réalisé.

Nous savons depuis Ollier en obtenir à l'aide du périoste, et la chirurgie sous-périostée a connu à ce titre des triomphes.

Nous pouvons en faire apparaître localement, en forant épiphyses ou diaphyse, mais en petite quantité.

Enfin, nous savons faire des greffes qui se fixent, qui meurent, se résorbent, se réhabitent, et finalement donnent une masse d'os nouveau égale au volume de l'os ancien, brutalement détruit ou insuffisant, bien supérieure à celle que la greffe primitive représentait, ce qui demeure inexpliqué.

C'est merveilleux, certes, et moins que quiconque j'en fait fi. Toutefois, il est probable que l'ostéogenèse chirurgicale n'a pas dit son dernier mot. Diverses expérimentations ont montré récemment que la greffe de muqueuse urinaire, pyélique, ou vésicale, était susceptible de faire apparaître dans le tissu conjonctif, en tout endroit, un os d'excellente qualité. Un de mes aides, Lucinesco, en a obtenu dans la parotide, dans le sein, dans le cerveau.

Faites la philosophie de ces recherches : avec un tissu qui n'est pas en lui-même ostéogénique, et qui ne peut pas l'être, dans des zones où il n'y a aucune prédestination osseuse, une transplantation d'épithélium est susceptible de faire ossifier le tissu conjonctif, même la névroglie qui pourtant n'y semble guère prédisposée.

Ce n'est pas de l'alchimie. Il n'est pas question de transmutation des tissus. L'ossification demeure un phénomène conjonctif. Mais c'est un fait : un tissu non mésenchymateux peut induire le mésenchyme à la métaplasie osseuse.

J'y vois pour la chirurgie osseuse de troublantes promesses.

***

Messieurs,

Excusez-moi. Je devais vous parler de l'avenir de la chirurgie osseuse. Je n'ai fait que vous montrer une terre promise, où nous ne pouvons pas encore entrer.

Nous n'y entrerons un jour que si les chirurgiens veulent bien s'adonner à la recherche pure, non pas seulement dans la saison printanière passagère, hélas, pour chacun, où ils cherchent leur voie et s'irritent d'être inactifs. Mais surtout à l'époque de leur maturité, quand leur expérience les a conduits à réfléchir aux insuffisances de leur art.

Notre époque croit être une époque lucide, malgré les incohérences où les événements la font vivre. La chirurgie s'y efforce d'être froidement analytique. Elle croit ainsi voir clair et ne pas pouvoir se tromper.

Il est certain qu'on risque plus en s'aventurant à essayer de comprendre et de relier ce qui est épars. On se trompe même alors toujours quelque peu, car nous ne savons jamais le tout de rien, et nos synthèses sont toujours prématurées.

Mais se trompe-t-on moins en restant immobile ?

Je n'en suis pas très sûr, quand je regarde toutes les erreurs de la chirurgie dans ses jugements en tous les temps.

Qu'importe au reste que l'on se trompe, si l'hypothèse d'un jour a été féconde, si elle a permis de découvrir quelque liaison nouvelle, d'où sortiront de nouveaux progrès.

Je n'ai pas d'illusion, croyez-le, sur la valeur définitive des idées que j'ai soulevées devant vous.

J'ai seulement voulu vous inciter à regarder des choses habituelles d'autre façon que nous ne sommes accoutumés, dans l'espoir que chez quelques-uns de ceux qui m'ont écouté, germera un jour quelque grain de mil, comme, il y a vingt-cinq ans, a poussé en moi le grain de blé que M. Lambotte y avait jeté, en passant.

Les ostéotomies sous-trochantériennes dans le traitement des luxations congénitales invétérées de la hanche, par P.-M. LANCE. Un volume de 140 pages avec 41 figures, 30 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans cet ouvrage basé sur l'étude d'un grand nombre d'observations inédites, l'auteur met au point la question complexe et controversée des ostéotomies sous-trochantériennes.

Après avoir rappelé les points essentiels de l'anatomie pathologique des luxations congénitales invétérées, et des troubles statiques observés chez ces malades, l'auteur groupe les différents types d'ostéotomie en deux grandes classes : l'ostéotomie de direction, l'ostéotomie d'appui.

L'ostéotomie de direction est étudiée tout d'abord : technique, accidents, résultats, indications.

A l'ostéotomie d'appui est consacrée la principale partie de cet ouvrage ; un long chapitre envisage la technique, les résutats, les inconvénients de la bifurcation de Lorenz ; une même étude critique est ensuite consacrée aux ostéotomies d'angulation (Froelich-Schanz).

L'auteur est enfin amené à étudier un autre procédé peu utilisé jusqu'à présent : l'ostéotomie à appui sur le fragment supérieur dont il montre les avantages théoriques et pratiques sur les procédés antérieurs : il en décrit avec précision la technique.

Le dernier chapitre met au point la question des indications et l'ostéotomie d'appui dans le traitement des luxations invétérées.

CLINIQUE CHIRURGICALE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ

Sur un cas de péritonite à pneumocoques de l'adulte

Par le Professeur **J. GUYOT** (Bordeaux)

Nous avons en ce moment dans le service, couchée au lit n° 14 de la salle 32, une femme de 38 ans qui m'a été adressée par mon ancien externe et ami le Docteur Caillibaud pour des accidents de péritonite aiguë. Son observation, que je vais vous rappeler dans ses grandes lignes, nous permettra d'aborder, devant vous le diagnostic souvent difficile de la nature des péritonites primitives.

Marie B..., ouvrière agricole, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Réglée à 15 ans, mariée à 30 ans, elle a eu deux grossesses avec deux enfants vivants et bien portants. Son dernier accouchement se fit il y a un mois et demi ; il eut des suites tout à fait normales.

Le début de la maladie actuelle remonte au lundi 9 mars où cette jeune femme ressentit un malaise général s'accompagnant de céphalée, de nausées, avec endolorissement du ventre et constipation. Deux jours après, l'état s'aggrave, les douleurs abdominales deviennent violentes et une diarrhée abondante apparaît. Le médecin de famille appelé pense à une appendicite il conseille le transport à l'hôpital. La malade arrive dans le service le vendredi 13 mars. On note : température 39°5 ; pouls à 132 pulsations. Le facies est vultueux, il existe un léger degré de dyspnée.

A l'examen du ventre, on est frappé par l'existence d'un léger ballonnement avec sensibilité à la palpation dans la fosse iliaque gauche, avec maximum dans la fosse iliaque droite où l'on constate de la contracture de la paroi avec douleur exquise au point de Mac Burney. La percussion abdominale ne montre pas de matité déclive dans les flancs ; le toucher vaginal montre un utérus en antéflexion de volume normal, sans annexes perceptibles, avec sensibilité du Douglas. Le diagnostic de péritonite appendiculaire est porté et mon chef de clinique, le Docteur Courriades, opère d'urgence cette malade.

Sous anesthésie à l'éther Ombrédanne, incision de Roux : le péritoine ouvert donne issue à du séro-pus non fétide ; l'appendice est normal ; on note sur le cæcum et sur les anses intestinales qui sont rouges des fausses membranes purulentes d'aspect jaunâtre. Une incision médiane sous-ombilicale est alors pratiquée ; elle montre les mêmes lésions et ne met à jour aucune altération viscérale, ni du côté des trompes qui sont simplement rouges, ni du côté de l'intestin ou de l'estomac. La paroi est refermée en un plan après avoir mis un gros drain sus-pubien plongeant dans la cavité pelvienne.

L'examen du liquide retiré au cours de l'opération, pratiqué par mon chef de laboratoire, le Docteur Nadal, a montré qu'il s'agissait de pneumocoques. L'examen des urines a décelé la présence d'une petite quantité d'albumine. L'examen des sécrétions vaginales montre l'existence de polynucléaires très abondants avec cellules endothéliales : coccis prenant le gram ; quelques spirochètes du vagin et des gonocoques ; pas de pneumocoques. La formule hémoleucocytaire de cette malade donne : hématies 5.250.000 ; leucocytes 19.200 ; polynucléés 94 % ; lymphocytes 5% ; monocytes 1 %.

Le diagnostic de péritonite primitive à pneumocoques à type diffus étant porté, on pratique aussitôt des injections sous-cutanées de sérum antipneumococcique à la dose quotidienne de 60 c. c. pendant trois jours consécutifs.

Les suites immédiates paraissent favorables, le lendemain la température est à 38°6 et le pouls à 120 : le drain abdominal fonctionne abondamment et donne lieu à un écoulement de liquide d'abord séro-purulent, puis nettement purulent. Le cinquième jour, la température tombe à 37°2 et le pouls à 120 ; le ventre balloné, souple et indolore ; la diarrhée persiste on note au niveau des deux bases pulmonaires des signes de congestion bilatérale. Depuis ce moment, la température, et surtout le pouls, montent progressivement, tandis que la dyspnée augmente, que la langue devient sèche, que des points blancs de muguet apparaissent dans la bouche. Un dosage de l'urée sanguine, fait il y a deux jours, donne 3 gr. 45 d'urée dans le sang.

Aujourd'hui, dix jours après l'opération, cette femme est encore dans un état très alarmant : nous ne sommes pas sûrs de pouvoir vaincre l'infection grave dont elle est atteinte (1).

Son histoire vous montre les difficultés cliniques de différencier les péritonites appendiculaires de ces péritonites à pneumocoques de l'adulte sur lesquelles je voudrais aujourd'hui attirer votre attention.

C'est Bizzolo qui, en 1885, deux ans après la découverte du pneumocoque par Talamon et Frankel, découvrit ce germe dans le pus d'une péritonite aiguë. Parmi les très nombreux travaux publiés sur ces péritonites primitives à pneumocoques, je me bornerai à vous rappeler les mémoires d'Arnozan et Cassaet (2), de Lenormant et Lecène (3), de Bréchot et Nove-Josserand (4) et le plus récent celui de Hudacsek (5).

La présence du pneumocoque est relativement fréquente dans le pus des péritonites aiguës : on a souvent trouvé ce germe associé à d'autres microbes dans les péritonites du post-partum (Seymour) ; du post-abortum et des salpingites (Jensen). Dans les appendicites suppurées, Krogius a constaté le pneumocoque vingt et une fois sur quarante cas examinés. Il s'agit là, en somme, non de péritonites à pneumocoques, mais de péritonites à germes multiples. Dans les péritonites que nous allons étudier et dans celle dont est atteinte notre malade, le pneumocoque est le seul germe décélé par le laboratoire dans le pus aseptiquement recueilli.

D'après Mathieu, on trouverait une péritonite à pneumocoques pour vingt péritonites appendiculaires : les adultes sont beaucoup moins fréquemment atteints que les enfants. Laroyenne a signalé l'observation d'une femme de 70 ans atteinte de péritonite à pneumocoques. Les femmes sont atteintes dans la proportion de 75 %. L'action du traumatisme paraît exceptionnelle ; elle fut cependant très nette dans le cas classique de Dieulafoy et Brun.

(1) Dans les jours suivants une amélioration se produit dans l'état de la malade dont l'urée sanguine tombe et dont tous les signes graves disparaissent peu à peu. Actuellement cette femme est nettement en voie de guérison, tout danger ayant disparu.
(2) ARNOZAN et CASSAET. — Soc. méd. des hôp. de Paris, 1896.
(3) LENORMANT et LECÈNE. — *Rev. de gyn.*, 1905.
(4) BRÉCHOT et NOVE-JOSSERAND. — Rap. Cong. de chir., 1931.
(5) HUDACSEK. — *Journ. de chir.*, 1935.

Ces péritonites peuvent être *isolées* ou *associées* à des otites ; à des mastoïdites ; à des lésions pleuro-pulmonaires ; à des parotidites.

Elles affectent deux formes, inégalement fréquentes : 1° la *péritonite circonscrite* (22 cas sur 35 d'après Lenormant et Lecène) caractérisée par une collection purulente sous-ombilicale et exceptionnellement par des collections purulentes de siège anormal occupant les régions sous-diaphragmatique, cæcale ou le Douglas.

2° La *péritonite diffuse* qui comporte les trois formes cliniques que vous connaissez : 1° Forme *septique*, caractérisée par la rougeur des anses intestinales, les dépôts fibrineux et le liquide bouillon sale. C'est la péritonite la plus grave : celle dont était atteinte la malade qui fait l'objet de cette clinique. 2° Forme *suppurée* : le ventre est rempli de pus dans lequel baignent des anses intestinales congestionnées et recouvertes de dépôts fibrineux, le pus est de couleur verdâtre, sans odeur. 3° Forme à *abcès multiples* : il s'agit de péritonite enkystée avec des poches de volume, de nombre et de siège variables.

La porte d'entrée de l'infection paraît être le naso-pharynx qui, à l'état normal, renferme le pneumoccoque dans 20 % des cas : au cours des pneumonies, ce germe atteindrait, d'après Besançon, 80 %.

Le mode d'infection du péritoine par le pneumocoque a donné lieu à des discussions nombreuses. Dans notre observation, il ne paraît pas qu'il faille invoquer la *voie transdiaphragmatique*, ni la *voie génitale*, l'exploration des poumons avant l'opération ayant été négative et l'examen des pertes vaginales n'ayant pas montré l'existence du pneumocoque. Pour l'Ecole française, ce serait la *voie sanguine* qui serait le mode d'infection le plus fréquent ; il s'agirait dans ces cas au début d'une véritable septicémie à pneumocoques : les recherches d'Arloing (1), montrant que l'hémoculture est positive dans un tiers des cas, paraissent appuyer cette pathogénie. La fréquence des troubles digestifs et l'importance de la diarrhée sont les arguments cliniques que font valoir les partisans de la *voie intestinale.* Cette origine de l'infection est appuyée par les constatations de Krogius et par l'opinion récente d'Hudacsek et de Salzer qui considèrent que l'appendice est souvent le point de départ de ces péritonites : opinion qui pourrait servir d'argument aux chirurgiens partisans d'enlever dans ces cas, systématiquement l'appendice.

Evolution clinique

Le début de la péritonite diffuse à pneumocoques est souvent bruyant. Les premiers signes sont des symptômes d'infection générale : sensation de fatigue, de malaise, céphalées, accès de fièvre accompagnés de quelques troubles digestifs : nausées, douleur abdominale, constipation.

A la période d'état, le syndrome se précise par l'apparition de douleurs abdominales violentes à type de coliques avec vomissements alimentaires et bilieux, apparition d'une diarrhée abondante avec selles liquides, très fréquentes et syndrome infectieux général caractérisé par une température élevée, 39°-39°6, facies vultueux, dyspnée ; en même temps, le ventre se ballonne, souvent sans contracture et sans localisation douloureuse précise. Le facies devient grippé, les vomissements persistent, ainsi que la diarrhée, le hoquet apparaît et souvent la mort survient, dans la forme septique, du premier au septième jour dans une proportion de 86 %.

(1) Arloing. — Congrès de méd., Paris, 1927.

Diagnostic

Le diagnostic des péritonites diffuses à pneumocoques présente souvent de très sérieuses difficultés. Dans la période du début on peut croire à des phénomènes d'intoxication alimentaire avec entérite (Auvray) ; dans d'autres cas, l'allure infectieuse générale peut faire penser à un début de fièvre typhoïde dont l'hypothèse est facilement rejetée avec les résultats du séro-diagnostic.

En général, les signes de la péritonite sont évident ; toute la difficulté tient à en connaître la cause.

Parmi ces syndromes péritonéaux aigus, je vous signalerai simplement la *lymphangite péritonéale aiguë* décrite par le Professeur Pribram, de Berlin (1), dont Folliasson et Fayollat (2) ont rapporté récemment une observation. Il s'agit dans ces cas d'inflammation aiguë des lymphatiques et des ganglions du méso-appendice, du mésentère qui ont, dans toutes les observations publiées, simulé une péritonite appendiculaire, alors que l'appendice était sain.

Parmi les péritonites diffuses primitives, il en est une à laquelle vous devez penser de par sa fréquence : c'est la *péritonite par perforation d'un ulcère de l'estomac.* Le grand signe clinique qui vous permettra d'en faire le diagnostic c'est le pneumo-péritoine qui en est toujours la conséquence. Celui-ci pourra être reconnu par la sonorité pré-hépatique. Récemment un auteur italien, Pozzi (3), a décrit ce qu'il appelle le *signe du « sou abdominal »* qui consiste à ausculter un flanc tandis qu'on percute un sou dans le flanc du côté opposé. En cas de pneumopéritoine, on constaterait par cette exploration un bruit d'airain caractéristique. J'ignore quelle est la valeur de ce signe et attache une plus grande importance à l'examen radiologique préconisé par Mondor et Porcher (4) et dont Judine, qui en a une très grande expérience, a pu dire qu'il constituait dans ces cas un signe précoce, facile à rechercher et très précieux au point de vue du diagnostic. Cet examen radiologique du pneumopéritoine a été pratiqué la première fois par Vaughan et Singer : quand il y a de l'air dans le péritoine, on voit tout à coup se dessiner un *croissant gazeux sous-phrénique*, surtout visible au-dessus du dôme hépatique. Ce signe a permis à Cottle et Spalding d'opérer en un an, sur un bateau-hôpital, huit ulcères perforés avant la dixième heure.

Les péritonites par *rupture de poche purulente* : pyosalpinx (Huet) (5), pyonéphrose (Couvelaire) (6) seront reconnues grâce au signe de Strauss sur la valeur duquel Mondor a aussi attiré l'attention. C'est la *chute brusque de la leucocytose* qui, par exemple, tombe de 20.000 à 6.000.

Il y a enfin un groupe de péritonites primitives dont le diagnostic est très difficile, qui très souvent ont été prises pour des péritonites appendiculaires ou des péritonites à pneumocoques. Je me bornerai à vous les signaler. C'est d'abord la *péritonite rhumatismale* dont Auvray et Worms (7) ont publié récemment d'intéressantes observations ; les *péritonites blennoragiques* (Mauclaire, Rousseau) (8) ; à *streptocoques* (Dieulafoy) ; à *staphylocoques* (Courtin) ; enfin les *péritonites à entérocoques* dont Bréchot a rapporté une observation à la Société de chirurgie en 1935 en montrant

(1) Pribram. — *Presse médicale*, 1932.
(2) Folliasson et Fayollat. — Soc. de chir., 1935.
(3) Pozzi. — *Il Policlinico*, 1935.
(4) Mondor et Porcher. — *Journal de chir.*, 1933.
(5) Huet. — *Journ. de chir.*, 1924.
(6) Couvelaire. — Soc. de chir., 1935.
(7) Auvray et Worms. — Soc. de chir., 1930.
(8) Rousseau. — Thèse de Bordeaux, 1898.

les difficultés du diagnostic différentiel. Au cours de la discussion Mondor fit observer que l'entérocoque reste malgré tout douteux en tant qu'agent causal des péritonites primitives.

L'histoire de notre malade, les nombreuses observations publiées à la Société de chirurgie, en particulier celles de Laffite, de Niort (1), de Paul Mathieu et Gérard Marchand (2), de Baudet et Cahuzac (3) montrent qu'en pratique le plus grand nombre d'erreurs de diagnostic est fait entre les *péritonites à pneumocoques* et les *péritonites appendiculaires.*

Les *péritonites appendiculaires* auront pour elles le passé du malade, les crises antérieures, la localisation primitive de la douleur dans la fosse iliaque droite, la contracture de la paroi avec hyperesthésie, plus tard, l'existence d'un véritable plastron. Dans l'appendicite la constipation est de règle, la diarrhée d'exception. Enfin la température dans les cas d'appendicite n'est jamais aussi élevée au début que dans la péritonite à pneumocoques.

La *péritonite à pneumocoques* est souvent précédée de signes angineux ; l'herpès labial est fréquemment observé, ainsi que des signes de vulvo-vaginite. La fréquence et l'abondance de la diarrhée (10 à 20 selles par 24 heures) ; l'absence de contracture ; la sensibilité moins élective feront penser à cette forme de péritonite. C'est dans ces cas que le diagnostic clinique doit être complété par un certain nombre d'explorations de valeur inégale dont il me reste à vous parler. Parmi celles-ci *l'hémoculture* a une grande importance elle doit être faite d'une manière précoce, elle est positive dans un tiers des cas de la sixième à la dix-septième heure (Arloing).

Kirchoff et Apert ont conseillé, dans ces cas, la vessie étant vidée, de pratiquer une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz à 1 centimètre au-dessus du pubis. Cette *ponction sus-pubienne* doit être rejetée car elle n'est pas sans danger. Il n'en est pas de même de la ponction du Douglas chez la femme, conseillée par Lœwe et Hudacsek ; elle permettra de retirer un peu de liquide avec lequel on pourra pratiquer les examens de laboratoire et l'*épreuve du péritoine de la souris* pour le diagnostic rapide des pneumococcies, suivant la technique proposée à la Société médicale des hôpitaux par Troisier, Bariéty et Drouet (4).

La *numération globulaire* devra toujours être pratiquée ; elle donnera un signe sur la valeur duquel insiste Gibson, de New-York. Dans les péritonites à pneumocoques, le nombre des globules blancs est très augmenté, l'hyperleucocytose dépasse 20.000 et atteint souvent 38 et 40.000 : chiffres que l'on ne trouve qu'exceptionnellement au cours de l'appendicite. Enfin, le nombre des polynucléaires est au-dessus de 90 %.

Chez notre malade l'hémoculture n'a pas été faite, pas plus que la ponction du Douglas, mais la numération globulaire donnait 19.200 globules blancs et 94 % de polynucléaires : ce qui est conforme à la formule indiquée par le chirurgien américain.

Malgré toutes ces explorations, il faut bien reconnaître qu'en pratique, avant l'intervention chirurgicale on ne peut avoir chez ces malades qu'un *diagnostic de présomption* : chez certains on opère croyant avoir affaire à une appendicite, on tombe sur une péritonite à pneumocoques ; dans d'autres cas, au contraire, on pense à la péritonite à pneumocoques et c'est l'appendice qui est en jeu.

(1) Laffite. — Soc. de chir., 1931.
(2) Mathieu et Marchand. — Soc. de chir., 1930.
(3) Baudet et Cahuzac. — Soc. de chir., 1935.
(4) Troisier, Bariéty et Drouet. — Soc. méd. des hôp., [illegible] mai 1935.

Traitement

C'est avec cette incertitude du diagnostic causal que se pose la question angoissante et particulièrement difficile du traitement à conseiller.

Pour Ombredanne, une péritonite purulente diffuse doit être opérée sans délai : la diarrhée ne doit pas arrêter le chirurgien, il faut intervenir, on discutera après la nature du microbe.

A cette opinion des interventionnistes systématiques, on oppose les dangers de l'intervention précoce dans ces péritonites à pneumocoques, la statistique de Budde donnant : opération précoce : décès 90 % : opération retardée, décès 33 % ; opération tardive, décès 6 %.

Si l'on s'en tenait à ces chiffres, il semblerait imprudent d'intervenir d'une manière précoce dans les péritonites à pneumocoques : cependant, en pratique, devant l'incertitude du diagnostic et le danger d'une abstention alors qu'il s'agit peut-être d'une péritonite appendiculaire grave, la majorité des chirurgiens interviennent mais en tenant compte, dans ces cas, que le pronostic de l'intervention est certainement aggravé : 1° par l'anesthésie générale et 2° par les explorations étendues et manœuvres abdominales.

La conduite sage est celle qui a été proposée à la Société de chirurgie en 1935 par Bréchot et par Lombard (d'Alger) : il faut en pareil cas pratiquer à l'anesthésie locale une incision exploratrice dans la fosse illiaque droite. Le péritoine ouvert, si l'appendice est sain et qu'il y ait du pus avec des anses rouges, on peut avec Picot et Mayet (1) mettre un drain dans le Douglas, ou, suivant la technique de Lombard, refermer sans drainer.

Faut-il, dans ces cas, enlever l'appendice ? Les opinions diffèrent à ce sujet. A la Société de chirurgie de Bordeaux, Loubat, rapportant sept cas de péritonites primitives à pneumocoques, se déclare partisan de l'ablation systématique de l'appendice. Pour d'autres auteurs, l'incision doit être exclusivement exploratrice : l'appendice sain ne doit pas être enlevé.

C'est, dans ces cas, qu'au traitement chirurgical doit toujours être associé le traitement médical : position de Fowler, glace sur le ventre, toni-cardiaques et médication anti-infectieuse dans laquelle nous mettons au premier plan l'*abcès de fixation* car un grand nombre de ces malades sont de véritables *septicémiques.*

On peut enfin avoir recours à la *chimiothérapie* : différents médicaments ont été préconisés : le camphre, les sels de quinine, les lavements de créosote, l'électrargol et l'électrocuprol.

On pourra recourir à la *vaccination* en se servant du vaccin de Pasteur ou du vaccin de Dufourt.

C'est surtout à la *sérothérapie pneumococcique* qu'il faudra s'adresser en se servant de *sérum polyvalent* et en injectant des *doses importantes.* Les Américains injectent au début 100 c. c. par voie veineuse ; ils continuent les jours suivants en injectant de 40 à 100 c. c. chaque jour sous la peau. Il sera utile de se servir du drain abdominal pour introduire, par cette voie, du sérum dans le péritoine.

Cette sérothérapie doit toujours être employée, mais je dois à la vérité de dire, que son efficacité ne paraît pas très active. Bréchot a pu dire d'elle qu'elle est « *riche d'espoir mais pauvre de succès* ».

(1) Mayet. — *Paris chirurgical*, 1935.

FAITS CLINIQUES

Septicémie entérococcique maligne Endocardite, pleurésie séro-fibrineuse

Modes d'action du carbone intraveineux

Par MM. **Jean PICARD** et **Georges MARQUET**

L'action pathogène de l'entérocoque est fort diversement interprétée. Saprophyte banal, ses exaltations de virulence sont maintenant connues, mais le polymorphisme de ses manifestations cliniques comme la difficulté de sa rigoureuse identification font incliner volontiers au scepticisme dans l'appréciation de sa nocivité. Si sa diffusion n'a peut-être d'égale que celle du colibacille, l'attention dont ce dernier a la faveur se fait aux dépens d'espèces microbiennes comme l'entérocoque dont la fréquence des manifestations méconnues n'est sans nul doute pas moindre. Les thérapeutiques préconisées dans les entérococcies (transfusions sanguines, vaccinothérapie, etc.) sont, d'autre part, assez inconstantes en leurs effets pour que nous rapportions le résultat heureux obtenu dans un cas particulièrement sévère.

Si l'entérocoque s'est vu attribuer un rôle important dans certaines entérites de l'enfant (Lesage, Hutinel et Nobécourt) et de l'adulte où il a été trouvé pour la première fois par Thiercelin, s'il joue son rôle dans quelques affections du tube digestif et de ses annexes, il est aussi susceptible d'émigrer dans l'organisme, de se localiser sur les séreuses (péritoine, plèvre, méninges, articulations), d'aboutir parfois à des suppurations. Rencointré à l'état pur dans des affections primitives, il paraît difficile de ne lui accorder qu'un pouvoir pathogène peu développé alors qu'il peut témoigner en certaines circonstances de l'extrême virulence sur laquelle a insisté M. Paraf.

Cazalas et Bert ont vu, malgré les divers traitements mis en œuvre, une septicémie entérococcique à hémoculture positive ayant évolué trois mois avec l'allure d'une fièvre intermittente pseudo-palustre, forme déjà décrite par Courtois-Suffit, se terminer par la mort comme le cas rapporté par Paraf. Macaigne a observé une forme typhoïde avec délire, diarrhée, signes physiques bruyants d'endocardite végétante et mort en huit jours. Même s'il y a guérison, ce qui reste le cas le plus fréquent, les séquelles surtout chez l'enfant peuvent être graves. MM. Hallé, Girard et Odinet ont souligné le rôle de l'entérocoque dans un érythème polymorphe avec arthrite, orchite double et endocardite suivie d'une insuffisance aortique définitive.

Dans notre observation, avant de nous arrêter au rôle unique, vérifié par des contrôles répétés, d'un entérocoque trouvé plusieurs fois et à l'état pur dans le sang et le liquide pleural, nous dûmes éliminer les hypothèses d'affection typhique ou paratyphique, puis d'endocardite rhumatismale et enfin de pleurésie tuberculeuse. Or, septicémie, endocardite, affections séreuses se trouvent être les manifestations que les auteurs ont imputées le plus souvent à cette espèce microbienne. Avant l'observation de Macaigne, Gallavardin avait cité un cas d'endocardite entérococcique primitive, ayant évolué en quatre mois, l'hémoculture ayant été positive à deux reprises.

Depuis l'observation de Ménétrier : pleurésie purulente à entérocoque, MM. Trémolières et Thiéry ont insisté sur cette localisation. Quant aux rapports de cette infection avec les affections rhumatismales, Sacquépée et Loiseleur lui ont attribué un rôle dans l'érythème noueux avec arthropathie ; le pseudo-rhumatisme infectieux grave par entérocoque a fait l'objet des travaux de Ménétrier et de Gougerot, et Chantemesse l'a retrouvé fréquemment dans le sang des rhumatisants, au point que son action pathogène a été discutée dans le rhumatisme articulaire aigu.

***

Observation. — G..., 23 ans, berger, a été interné à l'asile de Bonneval en 1934 à la suite d'un non-lieu pour vol pathologique en rapport avec son arriération mentale. Hérédité comitiale. Pas d'antécédents personnels ni de maladie infectieuse de l'enfance, mais assez nombreux stigmates de dégénérescence et strabisme divergent avec atrophie optique gauche congénitale. Wassermann négatif. Pas d'hérédité tuberculeuse. Examen des divers appareils normal à l'entrée.

Jusqu'au mois de septembre 1935, il travaille régulièrement à la ferme de l'asile sans présenter de troubles. A cette époque sont constatés dans l'établissement des cas d'embarras gastriques fébriles bénins et d'évolution courte. Il s'alite en même temps que plusieurs autres, se plaignant comme eux de courbature, de maux de tête, de douleurs abdominales et contrairement aux autres qui présentaient de la diarrhée, de constipation opiniâtre. Le 26 septembre, premier jour de son alitement, il a 39° le matin et 39°6 le soir. Comme il « traîne » depuis plusieurs jours, nous ne pouvons éliminer une typhoïde au début. A l'examen, léger ballonnement abdominal avec douleur marquée de l'hypochondre droit. La vésicule biliaire est sensible. La rate est percutable. La langue est saburrale. Pas d'angine. L'hypothèse d'une poussée appendiculaire est envisagée. Des antiseptiques intestinaux légers sont prescrits (benzonaphtol et urotropine).

Le lendemain *selles abondantes et fétides* normalement colorées. Le 28, léger subictère des conjonctives. La *sensibilité côlique* s'est déplacée à gauche. La fatigue s'accuse. L'état général n'est pas modifié. Température 38°5. Le 29, après une chute à 37°2, elle remonte le soir à 39° pour s'y maintenir les jours suivants. A aucun moment il n'est constaté de taches rosées lenticulaires ; mêmes symptômes abdominaux. Alternances de diarrhée fétide et de constipation. Douleur pesante, de siège variable, dans la région du côlon transverse. *Une hémoculture* est faite le 3 octobre. Elle donne en vingt-quatre heures une *culture pure de cocci mobiles prenant le Gram.* Le séro-diagnostic est négatif pour les typhiques et les paratyphiques (en 1933 le malade a été vacciné au T. A. B.). Le diagnostic d'infection éberthienne est éliminé. Provisoirement l'on s'en tient à celui d'une septicémie à microcoques, qui seront identifiés entérocoques (voir plus loin).

Un traitement anti-infectieux institué au début, sous la forme d'une injection quotidienne durant une semaine de 10 c. c. intraveineux de diformine-iodobenzométhylée n'influence ni la courbe thermique ni l'état général. Les symptômes conservent une prédominance abdominale ; un état d'adynamie s'installe avec fléchissement cardiaque. Le visage se cyanose. Outre *un assourdissement extrême des bruits valvulaires*, le cœur prend et conservera par la suite un *rythme fœtal*. A la percussion, la matité est élargie sans frottements péricardiques. Bientôt les bruits valvulaires seront presque abolis, sans souffle surajouté. *Le pouls est imperceptible* avec quelques extrasystoles.

Nous laissons la septicémie pour les injections d'électrargol. Après les deux premières la fièvre tombe de 39°9 à 37° pour se maintenir un temps au-dessous de 38°, quand au vingtième jour de la maladie une reprise des poussées thermiques nous incite à abandonner l'électrargol, la courbe s'inscrivant à 39° et l'hypothèse d'un rhumatisme abarticulaire (aucune arthralgie ne fut constatée) étant plausible. Une *seconde hémoculture* donne encore une *culture pure d'entérocoques.* Nous injectons du salicylate de soude intraveineux (1 gramme quotidien durant dix-sept jours).

Dès ce moment un point de côté attire l'attention à la base droite dont l'amplitude respiratoire est diminuée. Une zone limitée de matité avec diminution des vibrations vocales et du murmure vésiculaire, remplacé par un *souffle pleural*, indique un épanchement. Peu de dyspnée, la toux s'accompagne d'expectoration albumineuse. Une ponction exploratrice ramène péniblement 10 c. c. d'un *liquide sérofibrineux de coloration verdâtre* dont l'examen direct révèle les mêmes cocci que ceux du sang. Pas de bacilles de Koch à la centrifugation, nombreu-

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

La pratique du pneumothorax thérapeutique, par F. DUMAREST, P. LEFÈVRE, H. MOLLARD, P. PAVIE et F. BOUGY. Un volume de 471 pages avec 32 figures, 313 schémas, 50 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'étude du pneumothorax s'est beaucoup enrichie au cours de ces dernières années : les auteurs mettent au point ces acquisitions récentes. Ils font la place qu'elle mérite à la section des brides adhérentielles, qui a transformé le pronostic et les résultats du pneumothorax, comme à la pleurotomie, dont l'avènement a transformé le pronostic et l'issue de la perforation pleuro-pulmonaire. L'atonie pathologique bénéficie des travaux récents de Montanini, qui ont des répercussions intéressantes sur la conduite et l'interruption de la cure.

Enfin et surtout les auteurs se sont préoccupés d'asseoir solidement une doctrine du pneumothorax thérapeutique ; c'est-à-dire une idée générale capable d'éclairer le mécanisme de son action et par conséquent de préciser ses indications et de guider on application logique. Cette idée est celle de la détente ; elle a été développée et fécondée par les travaux de Parodi qui en différenciant la détente statique et la détente dynamique et en innovant l'étude des équilibres tensionnels, a réellement décuplé l'intérêt et la valeur pratique de cette notion.

Il ne faudrait pas croire d'ailleurs que ces incursions dans le domaine scientifique enlèvent en quoi que ce soit, à la nouvelle édition, le caractère pratique des anciennes.

Le but des auteurs est toujours, par un exposé simple, clair et concis, de mettre le lecteur en mesure de résoudre toutes les difficultés qu'il peut rencontrer dans la pratique du pneumothorax sans l'embarrasser de discussions sans conclusion, ni lui imposer une surcharge bibliographique sans utilité pour le praticien.

Aux chapitres où sont étudiées les causes du mécanisme respiratoire, le mode d'action des méthodes de collapsothérapie, l'anatomie du poumon collabé, succèdent des chapitres de haute portée pratique, comme ceux consacrés à l'avenir du pneumothorax, à l'interruption volontaire du pneumothorax.

Le syndrome endocrino-hépato-myocardique. Sur un aspect des cirrhoses pigmentaires, par E. ROYER DE VÉRICOURT. Préface de Ch. LAUBRY. Un voume de 146 pages avec 25 figures, 25 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

A la lumière d'observations récentes, relatant l'association d'aplasies endocriniennes multiples et de défaillance cardiaque sévère aux symptômes habituels de l'hémochromatose, l'auteur envisage un nouvel aspect du problème des cirrhoses bronzées.

L'étude de l'insuffisance myocardique s'appuie sur le données classiques : cliniques, anatomiques, radiologiques, mais également sur des recherches personnelles électrocardiographiques.

Les symptômes révélateurs des perturbations endocriniennes sont groupés pour former les éléments d'un véritable syndrome pluriglandulaire variant avec la prépondérance de telle ou telle déficience.

L'étude anatomique du cœur et des glandes endocrines permet d'entrevoir une explication physio-pathologique des accidents observés.

La myocardie pigmentaire, les interventions endocriniennes, l'état et le rôle du foie sont successivement envisagés. Les modalités de l'évolution ainsi que les éléments du pronostic du syndome endocrino-hépato-myocardique sont l'objet d'un chapitre d'ensemble que complètent des considérations diagnostiques dont nul ne méconnaîtra l'intérêt pratique.

Le traitement de la fièvre jaune, par le Docteur Pierre MOLLARET. Un volume in-8°, 128 pages, 18 francs (Collection : Les thérapeutiques nouvelles). Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris, (VIe).

La première partie de ce livre est consacrée au traitement curatif, que l'auteur défend malgré le scepticisme de beaucoup. Reprenant, selon les conceptions analytiques modernes, l'étude de la physio-pathologie du typhus amaril, M. Mollaret définit tout d'abord le traitement symptomatique. Celui-ci comporte des prescriptions générales, telle la saignée (bienfaisante pour le jauneux mais dangereuse pour le médecin), des méthodes de révulsions cutanées, des médications digestives, etc.... Il comporte sur tout des prescriptions spéciales d'un intérêt réel. C'est ainsi que, pour l'atteinte rénale, peut être tentée une lutte efficace contre l'acidose rénale et contre les troubles du métabolisme chloruré. De même l'atteinte hépatique doit être traitée, ou mieux prévenue, par l'opothérapie, la lipasothérapie, l'insulinothérapie, la utte contre l'hypoglycémie, et contre les perturbations des amino-acides. Tout ce traitement doit être complété par un traitement anti-infectieux, réalisé moins par la pharmacopée traditionnelle des indigènes, que par la sérothérapie spécifique (sérum de convalescent et surtout sérum équin du Professeur Pettit).

Le traitement prophylactique doit connaître actuellement une révision profonde. Aux conceptions des modalités de transmission classiques, il faut ajouter les notions d'insectes vecteurs autres que la stégomyie, et des réservoirs de virus autres que l'homme atteint de fièvre jaune. Aussi la lutte contre les moustiques et l'isolement des jauneux apparaissent-ils

comme de plus en plus insuffisants, spécialement contre l'endémie amarile. C'est dire l'intérêt extrême des tentatives de vaccination anti-amaril actuellement réalisées. L'auteur en définit les bases, par une étude du virus amaril lui-même, puis il expose les différentes modalités successivement appliquées : vaccination avec des virus de singe ; vaccination avec des virus de souris, et, dernière venue, vaccination avec des virus de cultures de tissus.

La cure balnéaire de Royat, par les Docteurs Paul PETIT, A. MOUGEOT et V. AUBERTOT, 1936, 2e édition, revue et augmentée. Bussac, Clermont-Ferrand.

Les auteurs se sont proposés d'étudier plus à fond que leurs devanciers les effets thérapeutiques de la cure de Royat, en ce qui concerne les divers bains hydro-carboniques et gazeux secs. Pour cela ils se sont adressés à des méthodes plus strictement physiologiques.

Les techniques emloyées procurent ainsi un luxe de résultats numériques, amènent à un exposé beaucoup plus précis et plus objectif qu'il n'était habituel dans les publications hydrologiques de naguère.

Divers

Précis de Graphologie, par le Docteur Camille STRELETSKI. Un volume in-4°, 381 pages, 500 spécimens d'écriture. Prix : 50 francs. Vigot, éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

« L'étude de la graphologie, a dit M. Marfan en présentant ce livre à l'Académie de médecine, laisse encore sceptiques ou méfiants nombre de nos collègues. Il faut bien avouer, en effet, que, parmi les premiers adeptes de cet art de reconnaître le caractère d'une personne par l'examen de son écriture, beaucoup se sont contentés d'observations superficielles, dont ils ont donné d'ailleurs des interprétations fantaisistes.

Mais d'autres ont repris cette étude avec une méthode et dans un esprit scientifiques. Ils ont abouti à des résultats qui méritent de retenir l'attention. Ils ont travaillé dans la persuasion que « si la forme de l'écriture est réellement sous la dépendance des états de conscience et de personnalité, à chaque personnalité différente doit correspondre une écriture différente » (H. Ferrari, J. Héricourt et Charles Richet).

Depuis longtemps, le Docteur Camille Streletski, ancien élève d'Ernest Dupré, se consacre à l'étude de la graphologie. Il a étudié les travaux de ses devanciers et de ses contemporains, Michon, Crépieux-Jamin, Rogues de Fursac, Pierre Ménard, J. Cuissinat, P. Carton. Mais il a surtout beaucoup observé lui-même. Après avoir fait une ample moisson de faits, il les a groupés et interprétés d'une manière aussi objective que possible. Il lui est apparu que l'écriture, acte moteur et psychique, dont certaines parties s'accomplissent automatiquement tandis que d'autres sont réglées par la conscience et d'autres par la subconscience, traduit le caractère, le tempérament, et parfois l'état de maladie.

Le livre de M. C. Streletski comporte peu de texte. Il est constitué en très grande partie par des reproductions de spécimens d'écriture. Chaque spécimen est accompagné d'une interprétation — je dirais volontiers d'un diagnostic — sobre, précise, en même temps que prudente et discrète. C'est une sorte de « Clinique de l'écriture ». La partie la plus longue est consacrée à définir les « Tracés-types ». Mais la « Graphopathologie » y occupe aussi une place très importante ; cette partie, bien documentée, intéressera sans doute les neurologistes et les spychiatres.

Un des chapitres les plus curieux de l'ouvrage est celui que l'auteur a intitulé : « Le film graphologique ». Il traite des modifications de l'écriture d'un même sujet à mesure que sa vie se déroule et que son âge avance. Parmi les observations rapportées, la moins remarquable n'est pas celle de notre collègue Alexandre Guéniot. Grâce au fils de celui-ci, M. Streletski a pu reproduire huit spécimens de son graphisme, le premier écrit à trente-cinq ans, le dernier à cent un ans passés.

L'effort de M. Streletski est très méritoire. Il me semble capable de dissiper les préventions dont la graphologie est encore l'objet dans les milieux scientifiques. »

La Bourgogne. TYPES ET COUTUMES, par Gaston ROUPNEL. Dessins originaux de Louis-W. Graux. Un beau volume in-4° carré de 148 pages, dont 64 de dessins originaux en deux et trois couleurs, reproduits en héliogravure, avec bandeaux et lettrines ; couverture rempliée avec vignette, 100 francs. Il a été tiré 100 exemplaires sur vélin d'Annam à la cuve des papeteries de Rives, numérotés de 1 à 90 et de I à X, ces derniers réservés à la Librairie Venot, de Dijon, 300 francs. Editions des Horizons de France, 39, rue du Général-Foy, Paris (VIIIe).

Qu'il soit donné à la collection des « Provinces de France » de s'enrichir d'une œuvre nouvelle de Roupnel, témoigne, à la fois, de la haute qualité de la collection qui peut l'accueillir, et du souci qu'ont les *Horizons de France* de ne donner à leur public que des œuvres de choix. Sur la terre bourguignonne, vouée à la vigne, C. Roupnel a vu « l'incessant miracle du labeur humain .. la réunion solennelle de la vie et de la joie... De *Nono*, le roman du vigneron de Bourgogne à l'*Histoire de la campagne française*, toute son œuvre s'est bâtie lentement, comme toute œuvre forte et durable, en dehors des cénacles et des écoles, autour de cette idée : nous ne vivons encore que de vieilles vertus paysannes et on en retrouve un nouvel écho dans *La Bourgogne*.

Louis-William Graux, grand illustrateur de livres, et peintre, a donné, en plein accord avec l'auteur, la traduction picturale de cette grande œuvre. Paysages au doux relief, petits villages, vastes horizons des plateaux en terrasses, architectures des villes, hommes au travail, prennent figure et vie sous son habile crayon rehaussé de chaudes couleurs.

Abbaye de Vezelay. — 12 photographies 24 × 19. Tirage : 10 exemplaires sur japon impérial, à 50 francs ; les exemplaires sur vélin (planches vernies) : 15 francs. Editions René Kieffer, 18, rue Séguier, Paris.

Magnifiques photographies de J. Roubier, réunies dans une reliure métallique imaginée par le maître relieur R. Kieffer et qui permet de détacher les documents. Pour tous ceux qui ont fait le pèlerinage de la colline inspirée de Vezelay, une évocation incomparable.

ses hématies, rares leucocytes, quelques macrophages, nombreux placards endothéliaux.

L'état cardiaque ne s'améliore pas, quoique la tension soit au Pachon de 13/7. L'état général s'aggrave : le malade prostré, couvert de sueur, ne peut plus se soulever sur son lit. Sa maigreur est extrême ; il reste lucide, quoique n'ayant plus la force de parler. On le soutient à l'huile camphrée et la digitaline. Comme ses selles restent fétides, durant cinq jours on lui donne en vain des lavements de sulfate de cuivre. Localement la pleurésie s'étend ; l'on compte 25 respirations à la minute. Au quarante et unième jour, une ponction évacuatrice donne 500 c. c. d'un liquide vert, non purulent, sans bacilles de Koch rempli des mêmes coccis, à réaction de Rivalta positive. L'examen des crachats, après homogénéisation, est négatif.

Les urines, déjà plusieurs fois analysées, semblant un peu troubles, le sont à nouveau. Pas de pus après centrifugation ; pas de colibacilles. Des traces d'albumine sont signalées pour la première et unique fois, ainsi que la présence de salicylate. Pas de sucre.

A la suite de la première ponction évacuatrice, une baisse de la température se produit sans lendemain. Au quarante-cinquième jour, la dyspnée s'accroît, le malade halète. Une nouvelle ponction d'un litre présente les mêmes caractères : point d'action sur la courbe thermique qui ébauche une marche ascensionnelle. L'état général, l'insuffisance cardiaque paraissent commander un pronostic désespéré.

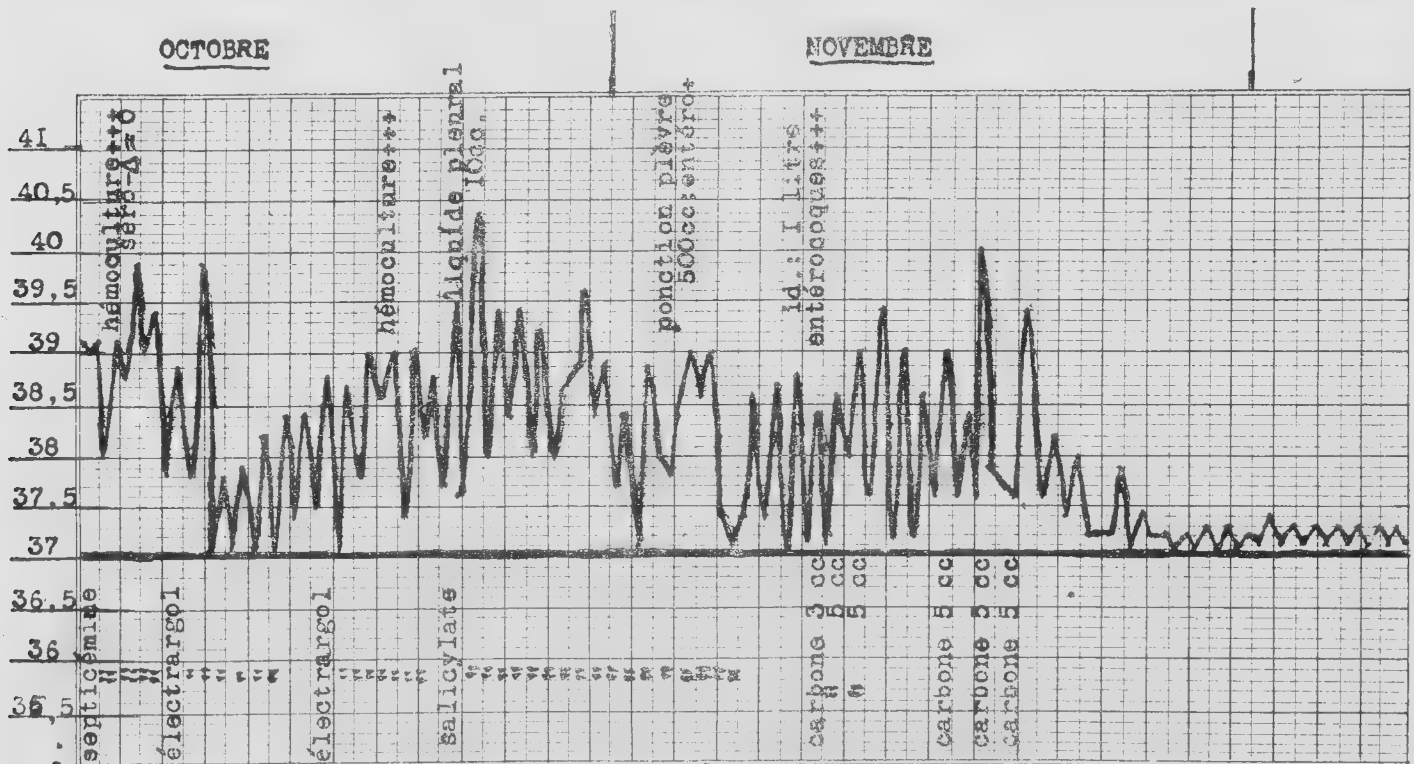
En désespoir de cause, il est décidé de recourir au carbone intraveineux. Pour ce faire, selon la méthode du Professeur Saint Jacques, nous avons usé du carbone animal en suspension aqueuse à 2 %, après abandon des autres tentatives ; 1re injection : 3 c. c. intraveineux, puis deux journées à 5 c. c. Résultat nul, hecticité ; une issue fatale est attendue. Dans cette crainte, les injections sont suspendues deux jours, puis reprises un jour sur deux. Le carbone paraît agir alors comme un choc pyrétothérapique, en effet :

4e injection, le matin 37°6 ; le soir 39°.
5e injection, le matin 37°6 ; le soir 40°.
6e injection, le matin 37°5 ; le soir 39°1.

Par prudence, les piqûres sont arrêtées. De ce jour la situation s'améliore ; la fièvre cesse définitivement, le liquide pleural se résorbe. Une ponction pratiquée six jours après ramène à peine 6 c. c. de liquide à ensemencement toujours positif.

Cette convalescence apyrexique et lente a été aidée par la méthode de Wipple, des injections d'extraits spléniques et la vaccinothérapie. Un léger clangor de la base a persisté avec nombreuses extrasystoles et surtout une tachycardie permanente (90-95 pulsations-minute avec exacerbations paroxystiques jusqu'à 120. T. A. : 12/6). Les fonctions intestinales se sont régularisées. Un séro-diagnostic de contrôle a été négatif. Reprise mensuelle du poids de 3 kg. L'épanchement subissant des variations, il a encore été retiré le 17 janvier 300 c. c. d'un liquide immodifié, mais la guérison est maintenant complète.

Courbe thermique



Trop longue pour être figurée en son entier, la courbe n'a été reproduite qu'au 12e jour de la maladie, alors que la fièvre évoluait depuis ce temps aux environs de 39°

EXAMENS HÉMATOLOGIQUES. — Ils ont été pratiqués le 5 octobre pendant la période septicémique sans localisations, le 30 octobre au cours de la pleurésie, le 21 novembre dans la phase de défervescence après carbothérapie et les 3 décembre et 13 janvier durant la convalescence.

Hématies par mm. c. 5 oct. : 3.873.000 ; 30 oct. : 3.263.000 ; 21 nov. : 3.390.000 ; 3 déc. : 3.600.000.

Hémoglobine : (mêmes dates) 70, 80, 80, 90.

Valeur globulaire : (*idem*) 0,90, 1,22, 1,18, 1,25.

Leucocytes par mm. c. (*idem.*) 5,600, 7,200, 4,980, 6,060.

FORMULE LYMPHOCYTAIRE

Lympho : 5 oct., 7 ; 30 oct., 8 ; 21 nov., 14 ; 3 déc., 6 ; 13 janv., 15.

Mono moyens : 5 oct., 5 ; 30 oct., 3 ; 21 nov., 0 ; 3 déc., 0 ; 13 janv., 9.

Grands mono : 5 oct., 0 ; 30 oct., 0 ; 21 nov., 12 ; 3 déc., 24 ; 13 janv., 0.

Poly. neutrophiles : 5 oct., 85 ; 30 oct., 89 ; 21 nov., 70 ; 3 déc., 65 ; 13 janv., 61.

Poly. éosinophiles : 5 oct., 3 ; 30 oct., 0 ; 21 nov., 1 ; 3 déc., 3 ; 13 janv., 11

Poly. basophiles : 5 oct., 0 ; 30 oct., 0 ; 21 nov., 1 ; 3 déc., 1 ; 13 janv., 2.

Myélocytes éosinophiles : Mêmes dates, 0, 0, 0, 1, 0.

Myélocytes neutrophiles : *Idem*, 0, 0, 1, 0, 2.

Myélocytes basophiles : *Idem*, 0, 0, 1, 0, 0.

Nous pouvons conclure de ces examens qu'une anémie légère s'est produite à la phase pleurétique alors que la teneur en hémoglobine et la valeur globulaire n'ont cessé de se relever. Au contraire, la leucopénie après s'être atténuée est devenue plus intense durant la défervescence qui a suivi les injections de carbone. Pour la formule leucocytaire, si elle a comporté

une polynucléose qui a régressé avec l'infection, il faut mentionner les faibles chiffres de la lymphocytose et l'élévation relative et transitoire de son pourcentage après l'introduction du carbone. De plus, alors que la mononucléose durant l'infection est restée dans des limites normales, soit du fait des réactions de défense organique, soit par l'action du carbone une *mononucléose* à grands éléments, puis de type moyen, est soudainement apparue. Enfin, tardivement, à la convalescence, s'est révélée une *éosinophilie* de pourcentage élevé.

***

Identification microbienne. — Une seule espèce microbienne offrant des caractères biologiques constants fut rencontrée dans cette affection, et c'est bien le même germe qui fut trouvé deux fois par hémoculture et dans les liquides pleuraux, où malgré l'absence de réaction purulente, l'examen direct le révélait avec l'abondance d'une culture pure. Aucune transformation purulente ne s'est produite et le liquide séro-fibrineux présentait une coloration verte. Ainsi, dans un cas de péritonite primitive, Bréchot a trouvé l'entérocoque dans la sérosité péritonéale.

Si comme la plupart des micrococues, celui-ci est dit non doué de mobilité, dans nos cultures il était agité de mouvements browniens et se déplaçait lentement en sens contrariés, c'est-à-dire autrement que par mouvements passifs dus au milieu. Son aspect a revêtu le polymorphisme classique : petits coccis, soit isolés, soit surtout groupés en diplocoques, parfois en tétrades ou formant de courtes chaînettes, ou aussi dans les cultures sur gélose seulement, en amas losangiques pseudo-staphylococciques.

Ces coccis étaient *encapsulés* sur toutes les cultures et surtout sur bouillon. Ils prenaient bien tous colorants et fortement le gram. Les grains avaient une forme ovalaire, quelques-uns arrondis, d'autres lancéolés.

Les conditions de culture nous ont confirmé qu'il s'agissait bien d'entérocoques : culture rapide sur presque tous les milieux, développement abondant sur bouillon en vingt-quatre heures avec dépôt typique ; *pas d'action empêchante de la bile*, pas d'action dissolvante sur elle, *pas de pouvoir protéolytique ; pouvoir fermentatif marqué sur le lait, caméléonnage du petit lait tournesolé.* Sur gélose, les colonies petites, puis confluentes, se sont montrées pigmentées en jaune ; or, Thiercelin, sur ce milieu, a décrit des colorations tirant à l'orange. Obtenant un bon développement dans l'eau peptonée et pour compléter la différenciation d'avec les streptocoques et pneumocoques, nous avons selon la méthode indiquée par H. Violle, ensemencé le liquide pleural en ballons *d'eau peptonée additionnée de ricinoléate de soude* ; prolifération en vingt-quatre heures sur ce milieu. Enfin un échantillon du bouillon initial fut adressé sans indication à un laboratoire parisien qui répondit qu'il s'agissait d'entérocoques.

***

Faute d'avoir d'autre suspension au moment voulu, nous avons recouru au carbone animal à 2 %. A ne considérer que la courbe thermique, ce traitement a paru avec l'augmentation des doses agir comme un choc pyrétothérapique. Pourtant les auteurs, et Saint-Jacques en particulier, s'accordent à penser qu'aucun choc hémoclasique n'accompagne l'introduction du carbone dans l'organisme. A. Lumière et Mlle Sonnery attribuent son activité à l'hyperleucocytose qu'elle provoque, cette leucogénèse portant sur les polynucléaires et secondairement sur les lympho et monoblastes. Or, si en faveur d'un choc, une légère leucopénie fut constatée, la polynucléose demeura normale tandis qu'une mononucléose parut favorisée par le traitement. La crise éosinophilique de la convalescence souligne, elle, l'important remaniement des réactions de défense.

Quoique le carbone ne jouisse pas d'électivité anti-infectieuse, ses propriétés physiques (adsorption, charge électrique) jouent probablement un rôle dans la fixation des toxines. Mais il reste possible qu'il modifie les développements microbiens : ayant tenté de cultiver cet entérocoque sur bouillon additionné d'une suspension de carbone, il a poussé plus lentement, n'a fourni qu'un dépôt tardif et insignifiant, et l'examen direct a montré sa médiocre prolifération comme sa faible vitalité (disparition presque complète de la mobilité le ramenant au type classique). Seules des recherches plus poussées confirmeront ou infirmeront ces données.

***

En bref, infection septicémique à point de départ intestinal, survenant au cours d'une endémie de diarrhées infectieuses, ce cas a revêtu une forme très sévère et a évolué en deux mois avec des symptômes généraux de plus en plus graves laissant envisager une issue fatale. Cette septicémie due à un entérocoque isolé dans le sang et le liquide pleural a donné lieu à deux localisations successives et n'a pas évolué vers des suppurations qui seraient d'un pronostic plus favorable. Le succès obtenu par le carbone, après échec des diverses médications en paraît plus probant. Son efficacité dans ce type d'infection en étend les indications.

BIBLIOGRAPHIE

Bréchot. — Un cas de péritonite primitive à entérocoques. Société de chirurgie, 8 mai 1935.

Cazalas et Bert. — Sur un cas de septicémie à entérocoques. Soc. des sciences médicales et biolog. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen, mai 1935.

Ciaudo. — Septicémies entérococcique et streptococcique à forme typhoïde. Comité médical des Bouches-du-Rhône, avril 1934.

Costedoat, Germain et Aujaleu. — Abcès pulmonaire au cours d'une septicémie à entérocoques. Société médicale des hôpitaux, 3 novembre 1933.

Hallé, Girard et Odinet. — Erythème polymorphe, arthrite, orchite double et endocardite. Rôle de l'entérocoque. Société de Pédiatrie, 24 mai 1932.

Lumière (Auguste) et Mlle Sonnery. — Sur le mode d'action des suspensions de carbone introduites dans la circulation. *C. R. Académie des Sciences* 1935, page 999.

Lumière (Auguste) et Mlle Sonnery. — Variations dans la formule leucocytaire provoquées par les injections intraveineuses de carbone. *C. R. Académie des Sciences*, 1935, page 2045.

Macaigne. — Entérococcie, *in* Roger Widal-Teissier.

Ménétrel. — L'utilisation du carbone activé intraveineux en thérapeutique journalière. *Concours Médical*, 20 octobre 1935, page 2.895.

Paraf. — Société médicale des Hôpitaux, 3 nov. 1933. Discussion.

Sacquépée et Loiseleur. — Soc. médic. des Hôpitaux, 1906.

Saint Jacques. — Le traitement des infections variées par les injections intraveineuses de carbone animal. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 30 janvier 1934.

Saint-Jacques. — Du carbone intraveineux dans les septicémies à culture sanguine positive. *Gazette médicale de France*, 1er mars 1935.

Touraine et Ménétrel. — Une nouvelle thérapeutique anti-infectieuse : le carbone intraveineux. *Presse Médicale*, 12 décembre 1934.

Trémolières et Thiéry. — Septicémie entérococcique à forme pleurale. Société médicale des hôpitaux, 3 novembre 1933.

H. Violle. — Contribution au diagnostic différentiel entre le groupe des streptocoques et pneumocoques et le groupe des entérocoques par le ricinoléate de soude. Société de Biologie, 7 décembre 1935.

« Entre gens d'esprit, est-il pire goût, ou plus grossière indécence, que de parler, à table, médecine et maladie ? Je cesse de manger, et même la cire à la violette du Château-Yquem est du fiel alors sur mes lèvres. » (André Suarès. — Valeurs. *La Revue Universelle*, 1er mai 1936).



PÉDIATRIE

Le pronostic dans les paralysies diphtériques généralisées de l'enfant

Comparant les considérations pronostiques que les auteurs ont énoncées et celles qu'il a tirées de l'étude de 69 cas de paralysies diphtériques généralisées, M. Fayé (1) s'est appliqué à codifier les éléments du *pronostic vital* des paralysies diphtériques généralisées de l'enfant.

Ils comprennent essentiellement :

Des éléments antérieurs à l'apparition des paralysies qui sont :

1° L'âge du malade, le pronostic étant presque toujours fatal au-dessous de 2 ans, pour rester réservé de 2 à 4 ans et ne devenir meilleur qu'au-dessus de cet âge ;

2° Les antécédents immédiats de maladies générales ou infectieuses qui sont un facteur d'aggravation du pronostic par leur action anergisante ;

3° La vaccination par l'anatoxine qui ne semble pas avoir d'influence préventive sur l'évolution des paralysies au cours des paralysies des diphtéries des vaccinés ;

4° La gravité de l'angine initiale, l'évolution de paralysies diphtériques généralisées étant fonction de l'importance de l'angine du début dont le caractère malin s'observe dans la majorité des cas. Les paralysies ne sont consécutives à des angines bénignes que lorsque celles-ci ont été méconnues ou trop tardivement traitées ;

5° Les modalités du traitement, la précocité de la sérothérapie si elle semble sans influence pour la prophylaxie des paralysies au cours des angines malignes est au contraire très importante pour éviter :

a) Les paralysies au cours des angines bénignes ; *b*) une évolution fatale au cours des angines malignes, le maximum des chances de guérison étant garanti par l'injection de sérum dans les vingt-quatre premières heures d'une angine maligne ; les quarante-huit premières heures d'une angine submaligne ou d'une angine commune.

6° La date de chute des fausses membranes : l'évolution des paralysies généralisées étant plus particulièrement à craindre lorsque cette dernière est postérieure au quatrième jour, leur pronostic vital étant d'autre part bien meilleur lorsque la gorge est nettoyée avant le septième jour ;

7° La persistance des signes d'intoxication après la période angineuse, l'existence à ce moment de pâleur, d'oligurie, de vomissements, de troubles du caractère, devant faire craindre l'évolution ultérieure de paralysie généralisée.

Si on considère les éléments contemporains de l'évolution des paralysies on voit que :

1° La date de début de la paralysie du voile initiale n'a pas rétrospectivement une valeur pronostique considérable au cours des paralysies généralisées ;

2° L'hyperazotémie n'est fréquente et importante qu'au stade initial de paralysie du voile lors de la coïncidence d'un syndrome secondaire, où elle constitue un élément de pronostic :

Un taux d'urée supérieur à 1 gramme étant toujours grave sans être forcément fatal ;

Un taux d'urée inférieur à 1 gramme étant plus bénin sans être pathognomonique d'une guérison certaine :

Elle ne possède plus d'intérêt pronostic au cours des paralysies généralisées elles-mêmes ;

3° L'albuminurie n'est, elle aussi, fréquente et importante, qu'au stade initial de paralysie du voile où son pronostic semble plus grave que lorsqu'elle dépasse 1 gramme.

Elle est inexistante ou en régression lors de la généralisation des paralysies dont elle ne constitue jamais un des signes importants ;

4° L'oligurie est constante et fréquente au cours des paralysies généralisées dont elle constitue un des éléments de prévision après la guérison de l'angine. Sa chute à 250 c.c. par jour ou au-dessous constitue toujours un mauvais élément pronostic qui semble plus particulièrement grave au cours du syndrome secondaire ;

5° Les vomissements, tout en constituant un élément de gravité du pronostic, ne comportent pas inévitablement l'évolution fatale à brève échéance que leur accordaient certains auteurs. Ils semblent eux aussi plus fréquents et plus graves au cours du syndrome secondaire qu'à la période de généralisation des paralysies ;

6° La sous-alimentation par vomissements répétés, anorexie ou gêne de la déglutition, peut entraîner la mort par inanition. Le gavage par sonde peut, dans certains cas, provoquer de véritables résurrections ;

7° Aucun des éléments tirés de l'examen du sang n'a de valeur pronostique sûre et constante.

Seule une leucocytose supérieure à 20.000 aggrave le pronostic sans qu'une leucocytose normale soit un facteur certain d'évolution favorable.

Cette dernière est cependant plus fréquente lorsque la vitesse de chute globulaire est supérieure à 40 mm., alors qu'une vitesse inférieure à 30 mm. témoigne d'une angine maligne de mauvais pronostic ;

8° Ce sont les signes cardio-vasculaires qui dominent le pronostic des paralysies généralisées à toutes les périodes de leur évolution.

L'embryocardie, la bradycardie, une tension artérielle régulièrement basse égale ou inférieure à 6 ou son effondrement brusque, témoigne d'une évolution fatale à brève échéance.

L'arythmie, un rythme de galop, un assourdissement des bruits, pour être graves, sont d'un pronostic moins sûrement et moins rapidement fatal.

Les renseignements pronostics très précoces fournis par l'électro-cardiogramme font recommander sa recherche systématique par des examens répétés ;

9° Les paralysies respiratoires constituent un des derniers éléments de la généralisation, s'associant aux signes cardiaques pour faire toute la gravité du syndrome paralytique tardif de la maladie.

Leur pronostic vital est particulièrement grave (58 % de morts), l'association rougeole-paralysie respiratoire étant habituellement fatale à brève échéance ;

10° A côté des éléments appartenant à la symptomatologie même des paralysies ou à celle de diphtérie, l'association à l'évolution des paralysies d'une maladie infectieuse ou générale constitue toujours une aggravation du pronostic vital.

La varicelle paraît plus particulièrement grave avant le 50e jour (un tiers de guérisons), qu'après cette date où une évolution mortelle ne semble plus à craindre.

La rougeole est, au contraire, un facteur d'aggravation à toutes les périodes, la mort pouvant survenir par bronchopneumonie au cours de la convalescence la plus éloignée.

L'association scarlatine-paralysie généralisée semble se terminer toujours par la mort. Des cas plus nombreux seraient cependant nécessaires pour affirmer le pronostic sûrement fatal de la scarlatine comme de l'érysipèle au cours des paralysies.

L'examen de ces dernières conclusions nous permet de préciser les rapports des paralysies avec les syndromes et l'évolution de la maladie ;

11° La paralysie du voile seule coïncide fréquemment avec le syndrome secondaire.

Le pronostic de ce dernier est dominé par les signes cardio-vasculaires, une hyperazotémie supérieure à 1 gramme, des vomissements répétés, constituant des éléments

(1) Thèse de Paris, 1936.

évolutifs défavorables ainsi, d'ailleurs, que l'hypothermie rapidement fatale. Tous ces éléments n'entrent qu'exceptionnellement en rapport direct avec les paralysies généralisées. Leur nombre et leur intensité traduisent cependant une diphtérie grave qui est susceptible, plus que toute autre, de se compliquer ultérieurement de paralysies étendues.

12° Les paralysies généralisées sont au contraire un des éléments les plus constants du syndrome tardif de Grenet et Mézard, dont elles semblent constituer l'origine justifiant la dénomination de syndrome paralytique tardif.

Il est essentiellement constitué par des signes cardiaques qui sont, avec les autres phénomènes paralytiques, les éléments dominants de sa symptomatologie, alors que l'albuminurie et l'hyperazotémie sont exceptionnelles.

Seule, l'oligurie conserve une certaine importance pronostique ainsi d'ailleurs que les vomissements qui sont cependant moins graves qu'au cours du syndrome secondaire.

Le pronostic est essentiellement basé à cette période sur les signes cardiaques et la paralysie respiratoire auxquels vient précocement s'adjoindre dans certains cas une reprise de la paralysie du voile susceptible de provoquer des troubles de la déglutition ;

13° L'amélioration des signes généraux est fréquente avant le 52e jour ou au 52e jour lui-même. Il est cependant possible d'observer après cette date un tableau clinique sévère que l'on devra se garder d'interpréter trop favorablement.

Les paralysies s'améliorent dans la majorité des cas plus tardivement, pouvant même s'étendre lors de la diminution des signes généraux sans que leurs caractères et leur intensité soient à ce moment un facteur de gravité de pronostic.

14° Au cours de l'évolution fatale des paralysies généralisées ce sont, dans l'ordre de leur fréquence :

Les signes cardio-vasculaires que l'on rencontre tout d'abord le plus souvent.

Les paralysies respiratoires.

Les affections intercurrentes.

Les signes rénaux et l'hyperazotémie sont rares au cours des paralysies généralisées, leur importance étant surtout localisée à la période initiale de la maladie (angine et syndrome secondaire.

Quant au pronostic fonctionnel éloigné des paralysies, il est toujours excellent. L'avenir de la maladie n'est entaché d'aucune séquelle clinique ou électrique.

V.G.

L'insuffisance hépatique de l'enfance et son traitement par la cure thermale de Pougues-les-Eaux

Les cures hydro-minérales pour les troubles digestifs, et en particulier pour les manifestations d'origine hépatique, semblent trop souvent négligées comme moyen thérapeutique chez l'enfant. Et cela pour deux raisons essentielles : parce que fréquemment les troubles constatés ne sont pas rattachés à leur vraie cause : l'insuffisance hépatique, et sans doute aussi parce que le mode d'action des eaux de Pougues, qui leur conviennent spécialement, est insuffisamment connu.

Il importe, avant tout, de bien déterminer tous les aspects cliniques qui doivent être rattachés à un dysfonctionnement hépatique.

Il en est de nettement individualisés et bien connus, quoique rares, sur lesquels point n'est besoin d'insister ; tels sont, en particulier, les crises de vomissements acétonémiques qui constituent une des anciennes indications du traitement à Pougues.

Il convient, au contraire, d'insister sur des faits beaucoup moins faciles à rattacher à l'insuffisance hépatique, mais aussi plus fréquents, où le rôle du foie est souvent caché par des troubles secondaires.

Ces troubles, qui inquiètent les parents, peuvent être :

a) d'ordre digestif : inappétence, nausées, vomissements, crises de diarrhée simulant une entérite banale, douleurs abdominales qui peuvent faire penser à une appendicite chronique ;

b) des manifestations cutanées : urticaire, prurigo-strophulus, et même eczéma, qui, souvent, chez le grand enfant, peut être rattaché indirectement au mauvais fonctionnement du foie ;

c) des troubles nerveux : insomnie, cauchemars nocturnes, troubles du caractère ; ces enfants sont en général grognons et travaillent mal ;

d) des troubles de l'état général : maigreur, anémie, fièvre qui le plus souvent survient par poussées, mais peut être continue, simulant la tuberculose ;

e) des troubles respiratoires même, et l'asthme, s'il a le plus souvent une épine irritative respiratoire, est assez souvent en relation avec le mauvais fonctionnement du foie.

Ces différents troubles qui n'ont qu'un caractère commun : leur tendance à la répétition d'une façon souvent presque cyclique, s'intriquent de façon très variable ; parfois un seul existe, plus souvent les troubles se succèdent ou alternent, rendant ainsi le diagnostic plus facile. C'est que, en effet, le diagnostic sera fait plus par les troubles fonctionnels que rapportent les parents que par les résultats de l'examen somatique.

Celui-ci est souvent négatif. Quand il ne l'est pas, il tend plus à faire errer le diagnostic qu'à le préciser. C'est ainsi que très souvent l'examen de l'abdomen montre un estomac et un côlon dilatés et clapotants qui font penser à une simple atonie gastro-intestinale. Plus souvent, encore, le palper montre un côlon douloureux et gargouillant, dilaté ou spasmé, faisant croire à une colite, et pour peu que le côté droit soit plus sensible, à une appendicite chronique.

L'examen du foie, par contre, ne montre souvent rien : quelquefois le foie est gros, débordant nettement les fausses côtes et son bord inférieur, dur, montre bien qu'il s'agit d'un foie pathologique. Mais beaucoup plus souvent, le foie est petit, et cette diminution de volume de l'organe est souvent méconnue — soit parce que l'on ne tient pas assez compte du fait que normalement, chez l'enfant de 2 à 10 ans, le bord inférieur du foie déborde les fausses côtes de 2 à 4 centimètres — soit parce que l'on méconnaît une ptose hépatique fréquente chez ces enfants dont les parois abdominales sont distendues.

L'examen des urines peut montrer la présence d'urobiline. Plus fréquente encore nous paraît être la présence de corps acétoniques, même en dehors des crises de vomissements.

Mais, en pratique, le diagnostic d'insuffisance hépatique est le plus souvent un diagnostic d'impression basé sur les troubles fonctionnels et sur les antécédents.

Les manifestations d'insuffisance hépatique méritent évidemment une thérapeutique active. Or l'action des médicaments est très inconstante et toujours transitoire. Les régimes, d'autre part, s'ils améliorent l'état digestif, contribuent à altérer l'état général.

Quelle est l'action de la cure thermale de Pougues et que faut-il en espérer ? Nous rappellerons que l'eau de Pougues est froide, carbo-gazeuse, bicarbonatée mixte, à prédominance calcique. Il faut envisager son action sur l'appareil digestif et sur l'état général.

Par le gaz carbonique et le calcium qu'elle contient, elle stimule la motricité et la sécrétion de l'estomac ; or, nous avons vu que très souvent ces enfants atteints d'insuffisance hépatique avaient des digestions lentes avec atonie gastro-intestinale. Les différents sels bicarbonatés et sulfatés agissent comme excitants de la cellule hépatique ; l'ingestion des eaux de Pougues augmente toujours la sécrétion biliaire d'une façon appréciable. L'ion calcium a enfin une triple action : 1° il exerce une action désensibilisante, indispensable chez ces sujets présentant des accidents d'ordre anaphylactique ; 2° il s'agit comme recalcifiant, ce que ne font pas les diffé-

rentes eaux minérales indiquées dans les manifestations hépatiques; 3° il détermine enfin une augmentation de l'excrétion urique et un abaissement du taux de l'acide urique dans le plasma (Desgrez et Rathery).

On voit donc l'intérêt de l'eau de Pougues chez ces enfants de souche arthritique, sujets à des manifestations d'ordre anaphylactique, et dont l'organisme est appauvri en sels de chaux.

Comme les eaux froides, l'eau de Pougues conserve assez longtemps son activité, mais la cure à la Station est beaucoup plus active et cela tient, d'une part, aux pratiques thermales que l'on peut associer à la cure de boisson, et d'autre part, à l'action du climat. Pougues, par le voisinage de la Loire et de vastes forêts, possède un climat très doux qui est toujours admirablement supporté. L'état général, et surtout l'état nerveux, sont très améliorés.

On peut donc dire que la cure thermale de Pougues est le traitement idéal des états que nous avons décrits, puisqu'elle réalise la triple action qu'aucune autre médication ne saurait donner : 1° action sur le foie et l'estomac par les carbonates et sulfates que contient l'eau ; 2° action sur la diathèse arthritique et sur l'état de sensibilisation par l'ion calcium ; 3° action sur l'état général par l'action reminéralisante de l'eau et par le climat qui modifie heureusement l'état du système nerveux.

Docteur Camille BERTON
Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin consultant à Pougues-les-Eaux

OBSTÉTRIQUE

Les péritonites puerpérales diffusantes

L'intérêt des travaux récents est d'avoir montré que la péritonite puerpérale n'est pas « une », mais que, au contraire, il en existe plusieurs types ; et, si leur pronostic, à toutes, est toujours grave, il en est cependant un groupe, celui des péritonites diffusantes, capable de guérir par une intervention précoce.

On sait que (1), la péritonite peut être consécutive à une lésion des voies génitales ou se propager sans lésion. Dans le premier cas, la pathogénie est évidente, la péritonite apparaît après une intervention (ablation de fibrome infecté), après une lésion traumatique (rupture du segment inférieur), après rupture d'un pyosalpinx ou d'un abcès utérin.

Dans le second cas, deux types de péritonite pourront s'observer suivant que l'infection péritonéale se fera par voie sanguine septicémie, se localisant au péritoine ou par voie lymphatique, lympho-péritonite.

La septicémie péritonéale est de beaucoup la plus grave ; son apparition est très précoce. Elle survient dès le lendemain ou le deuxième jour après l'accouchement. C'est un syndrome d'infection généralisée suraiguë. Dans certains cas, on en trouve la cause dans des foyers infectieux plus ou moins à distance de la sphère génitale (2) : angines à streptocoques par exemple. Dans d'autres cas, aucun foyer infectieux n'a pu être remarqué à l'examen objectif. Comment les expliquer ? Peut-être par une diminution de la résistance du sujet en même temps que par une virulence plus grande du germe en cause : les péritonites se voient après une intervention obstétricale plus ou moins laborieuse, mais aussi après des accouchements spontanés et faciles, et la notion d'épidémicité dans les péritonites puerpérales est bien connue.

(1) Henri VIGNES et E. BOROS. — A propos des péritonites puerpérales. *La Semaine des hôpitaux de Paris*, 15 octobre 1935.

(2) SUZOR. — Contribution à l'étude des péritonites puerpérales généralisées des suites de couches. *Thèse* de Paris, 1928, n° 285.

La lymphopéritonite est, au contraire, d'un pronostic un peu moins sombre si l'on intervient suffisamment tôt. C'est une péritonite diffusante à point de départ pelvien et péri-utérin, et gagnant peu à peu la cavité péritonéale (MOLIN et CONDAMIN (1). Chez la femme enceinte, les lymphatiques de l'utérus et du péritoine sont très dilatés et facilitent ainsi la propagation de l'infection (2). Cette dilatation des lymphatiques, bien plus grande après l'accouchement qu'après un avortement expliquerait, dans une certaine mesure, la gravité moindre des péritonites post-abortum. Au début, le péritoine est un peu rouge, les anses grêles sont dilatées, un large exsudat se forme. A un stade plus avancé apparaît un liquide louche, des fausses membranes (MOLIN).

Les lésions génitales sont minimes, les ligaments larges infiltrés par une lymphangite péri-utérine. Il s'agit dans la règle de péritonites à streptocoque qui n'ont aucune tendance au cloisonnement.

La lymphopéritonite apparaît plus tardivement que la septicémie, vers le quatrième, le sixième jours. Sa symptomatologie est fruste, délicate d'interprétation. Une température qui s'élève, quelques frissonnements, un pouls rapide MOLIN et CONDAMIN ont insisté sur la difficulté de leur diagnostic ; la malade accuse à peine une douleur pelvienne qui s'accroît légèrement et s'irradie un peu, la contracture est légère ; il faut savoir la rechercher par un examen très doux, au-dessus du pubis et dans les fosses iliaques. C'est là toute la symptomatologie à cette période de début, et c'est cependant à ce moment qu'une intervention aura le maximum de chances d'amener la guérison. Le succès est fonction de la précocité et l'intervention. Si on n'intervient pas rapidement, en deux à quatre jours la mort survient.

A côté de ces formes, il en est également de plus tardives, dont KELLER (de Strasbourg), a publié deux cas (3), la péritonite s'étant déclarée plus tard après l'accouchement, six à huit jours, parfois des semaines, pour se propager à toute la cavité péritonéale. Parfois, aux signes de péritonite s'ajoutent ceux d'une occlusion.

Le traitement, c'est l'opération. Il faut opérer sur un simple soupçon, comme on opère pour une grossesse extra-utérine possible, a dit LATZKO. On opérera avec un minimum d'anesthésie générale et, si possible, l'anesthésie locale. MOLIN et CONDAMIN, KELLER, H. VIGNES ne pratiquent pas l'ablation de l'utérus et des annexes; car, non seulement ceux-ci ne présentent que peu de lésions, mais, surtout, étant donnée la gravité de l'état général, le traumatisme opératoire occasionné par le décollement des anses intestinales agglutinées, la recherche de l'utérus et des annexes, risquerait d'être fatale à ces malades.

Il faut donc pratiquer une intervention peu shoquante : simple laparotomie avec drainage (KELLER) ou Mickulicz rétro-utérin et drain pré et rétro-utérin (MOLIN). MOLIN, KUHN préconisent des lavages de sucre à 4 % pour favoriser la formation d'adhérences ; d'autres auteurs emploient l'éther, les sérums antistreptococciques. H. VIGNES et BOROS ne pensent pas qu'il faille laver le péritoine.

Dans les cas s'accompagnant d'occlusion, il y aura lieu de faire une entérostomie en plus.

Les soins post-opératoires ont une importance extrême (position de Fowler, goutte à goutte rectal, combattre la paresse intestinale).

Les résultats : sur deux observations, MOLIN et CONDAMIN

(1) H. MOLIN et F. CONDAMIN. — Les péritonites puerpérales aiguës diffusantes du post abortum. *Lyon médical*, 29 janvier 1933.

(2) BRINDEAU. — Péritonite puerpérale. *Journ. des Praticiens*, 11 février 1933.

(3) R. KELLER. — Péritonites puerpérales diffusantes tardives. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Strasbourg.*, 3 nov. 1934. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn de Paris*, n° 1, janv. 1935.

ont obtenu six guérisons de péritonites puerpérales aiguës diffusantes. KELLER a obtenu la guérison dans les deux cas qu'il a publiés. Voici donc une série d'observations heureuses. Retenons qu'à côté des septicémies puerpérales de pronostic toujours fatal, existent des lymphopéritonites, péritonites diffusantes, dont le pronostic est moins grave à condition d'intervenir aussi précocement que possible ; la guérison survenant dans 24 % des péritonites post-abortum et dans 10 % de celles des suites de couches (MOLIN).

Jean CHATAIN.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Clinique médicale

Les hémorragies méningées des jeunes relèvent de trois causes principales : la tuberculose, la syphilis et l'encéphalite léthargique.

L'observation d'une femme de 28 ans se résume en trois épisodes :

1° 19 avril : premier ictus ;

2° 27 mai : vomissements et installation d'une paralysie du moteur oculaire commun droit ;

3° 4 juin : deuxième ictus.

Il n'a pas été possible de faire un diagnostic étiologique. La recherche du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien est restée négative, ainsi que l'inoculation au cobaye. Les reactions type Wassermann-Hecht, pratiquées avec le sérum sanguin et le liquide céphalo-rachidien, se sont montrees négatives à trois reprises, notamment après un essai de réactivation. La question des rapports de l'encephalite léthargique avec les hémorragies méningées n'est pas encore résolue et l'auteur n'en parle que pour mémoire.

(Dufour. Hémorragie méningée de cause indéterminée chez une jeune femme. Hémorragies méningées de l'adolescence. *Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de La Rochelle*, septembre 1935.)

Clinique chirurgicale

Les principales indications opératoires chez l'enfant ont eté reunies, sous forme de tableau, par Caussade et Mutel ; cette disposition est pratique et permet au praticien de donner un avis rapide et définitif, lorsqu'il se trouve en présence des exigences ou des hésitations de certaines familles. En voici quelques extraits (affection, âge recommandé pour l'intervention, motifs) :

1° Bec-de-lièvre simple ou compliqué, 4 mois. Une intervention plus précoce donnerait un mauvais résultat esthétique par suite de l'insuffisance des lambeaux.

2° Hypertrophie des amygdales. Végétations adénoïdes. 3 à 4 ans. Plus tôt le tissu adénoïde repousse souvent ; mais des complications telles que dyspnée nocturne, otites, angines et bronchites à répétition, peuvent nécessiter une intervention plus précoce.

3° Hernie ombilicale simple, 5 ans. Guérison possible jusqu'à cette âge par bandage.

4° Ectopie testiculaire, 8 ans. Jusqu'à cet âge on peut escompter une descente spontanée du testicule ; si elle ne se produit pas, l'assurer chirurgicalement avant l'évolution pubertaire ;

5° Phimosis sans troubles urinaires, 2 ans. Auparavant favoriser l'assouplissement spontané en dilatant le rétrécissement et en libérant les adhérences préputiales ;

6° Paralysie infantile. Jusqu'à 10 ans prothèse, pour prévenir les déformations et permettre dans la mesure du possible l'usage du membre ; à partir de 10 ans l'opération assure un résultat définitif et débarrasse d'une prothèse lourde et dispendieuse.

Ces quelques extraits donneront une idée de l'intérêt de ce tableau que nous conseillons vivement de se procurer et de conserver.

(L. Caussade et M. Mutel. Les principales indications opératoires d'âge et d'urgence dans les affections médico-chirurgicales de l'enfance. *Revue médicale de l'Est*, 15 novembre 1935.)

Anesthésie

L'anesthésie de base associe aux anesthésiques habituels des substances hypnotiques qui permettent de réduire au minimum les doses d'anesthésique, d'éviter l'angoisse de la période pré-opératoire, d'assurer un sommeil calme et paisible et un réveil retardé moins pénible. Elle peut être combinée avec les anesthésies par inhalation, régionales, locales et même rachidienne.

L'anesthésie de base de la scopolamine-morphine est d'une technique facile. La veille au soir on donne un suppositoire calmant pour donner une nuit calme.

Une heure avant l'opération on injecte trois milligrammes de génoscopolamine et un centigramme et demi de morphine ; peu à peu le patient s'endort et, au bout de trois quarts d'heure, il est conduit à la salle d'opérations ; ce transport peut le tirer partiellement de sa torpeur et il est recommandé de le laisser encore un quart d'heure dans le calme complet, avant de commencer l'anesthésie proprement dite. On exige un silence complet autour de l'opéré, ce qui n'empêche pas, pour plus de sûreté, de lui couvrir les yeux et de lui boucher les oreilles.

Le sommeil obtenu est crépusculaire, insuffisant pour permettre une intervention. On pratique une anesthésie complémentaire générale ou locale.

La respiration est ample et régulière, le pouls accéléré et la face congestionnée. La vaso-dilatation, provoquée par la génoscopolamine exige une hémostase soigneuse pour éviter les hématomes.

(J. Guibal. L'anesthésie de base à la génoscopolamine morphine. *Revue médicale de l'Est*, 15 novembre 1935.)

Ophtalmologie

Le traitement du strabisme est d'une complexité extrême. Il faut cependant faire tout son possible pour le supprimer, car il supprime la fonction précieuse de l'évaluation du relief, avec toutes ses conséquences, dont la plus apparente est la maladresse. De plus, il entraîne une infériorité esthétique et par suite sociale.

On guérit un quart des strabismes convergents par l'emploi de lunettes qui rétablissent la fonction des deux yeux en simultanéité. Les verres seront portés dès le début, au moins à 3 ans ; ils seront vérifiés et, s'il y a lieu, modifiés tous les six mois. A 8 ans on procède à l'éducation de la vision binoculaire par des exercices. L'usage de l'atropine est à rejeter.

Si, à 14 ans, l'équilibre des muscles antagonistes n'est pas obtenu, il est temps de penser à une intervention.

Quels sont les résultats de l'opération ? Si l'œil dévié ne possède pas deux dixièmes d'acuité, il ne faut pas compter sur le renforcement de sa vision. Si les yeux étaient égaux, le redressement opératoire est définitif. Si l'un des yeux l'emporte sur l'autre, l'usage du diploscope et les exercices permettent d'obtenir un bon résultat.

(Canque. A quoi bon opérer le strabisme ? *Clermont médical*, 15 décembre 1935.)

Maladies vénériennes

Dans la grande majorité des cas de blennorragie l'examen bactériologique direct est suffisant pour établir le diagnostic ; mais il faut avoir la pratique courante de cet examen.

Il est préférable que le prélèvement soit fait par le spécialiste lui même, chez un malade n'ayant pas uriné depuis plusieurs heures et n'ayant pas fait d'injection antiseptique depuis quarante-huit heures au moins. On prélève la première goutte qui se présente, après nettoyage du méat à l'eau bouillie et pression d'arrière en avant sous le canal.

Le prélèvement étant correctement fait, on fixe à la chaleur et on colore ; deux colorations sont utiles : le bleu de méthylène et, dans les cas difficiles, le Gram. Le gonocoque ne prend pas le Gram, il ne prend jamais le Gram.





On ne doit affirmer la présence de gonocoques que si l'on voit des diplocoques accouplés intra-cellulaires.

La recherche du gonocoque dans l'urine est dénué d'intérêt.

(Carle et Lebeuf. Propos sur le gonocoque. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 15 décembre 1935.)

La syphilophobie est une des conséquences de la publicité faite autour de la syphilis par les pouvoirs publics et les ligues sanitaires. Le syphilophobe peut d'ailleurs être syphilitique ou non.

La syphilophobie par notification première de la syphilis est une forme aiguë. L'annonce, même avec des précautions oratoires, n'a d'ailleurs rien qui puisse remplir de joie le malade, mais il en est de ça comme de bien d'autres choses ; les uns se consolent vite, les autres passent une mauvaise période et s'en tirent, d'autres, mais c'est une infime exception, préfèrent le suicide. Ce n'est pas toujours le plus frappé qui se soignera le mieux.

La syphilophobie intermittente est la forme habituelle. On distingue divers types. Il y a le syphiliphobe obsédé et obsédant, qui est une proie pour les charlatans ; il y a le syphiliphobe scrupuleux, qui trouve tous les traitements insuffisants. Il existe également une neurasthénie d'origine toxi-infectieuse avec syphiliphobie.

La syphiliphobie chez les non syphilitiques est tout simplement la terreur de contracter la syphilis ; en général cette obsession n'est qu'un épiphénomène survenant au cours des manifestations psychiques graves.

(Jean Lacassagne. Les aspects de la syphilophobie. *Gazette Médicale du Sud-Ouest*, 15 décembre 1936.)

Médecine légale

Dans l'expertise des traumatismes du rachis un état antérieur pathologique peut modifier d'une façon considérable la marche du processus de cicatrisation et l'importance des séquelles qu'il laisse à la fin de son évolution. Le problème est de savoir dans quelle mesure le traumatisme initial est responsable de la gravité de conséquences qui ne seraient pas survenues sur un rachis sain.

Pour admettre la responsabilité d'un accident dans l'évolution d'une ostéomyélite, il faut que les conditions suivantes soient réunies :

1° Dans les jours ayant précédé le sinistre le patient n'a présenté aucun phénomène fébrile, aucune gêne douloureuse du rachis.

2° La réalité du sinistre doit être prouvée.

3° Il faut que la localisation de l'ostéomyélite se rattache à l'action éventuelle (directe ou indirecte, choc ou effort) du trauma.

4° Les phénomènes morbides doivent apparaître rapidement, parfois dans les premières vingt-quatre heures ou dans les jours suivants.

La révélation d'un mal de Pott à l'occasion d'un accident est une éventualité plus fréquente que la localisation ; il est possible de donner les preuves de l'évolution de la spondylite antérieure à l'accident incriminé.

1° Le trauma a été insignifiant : effort banal, pas d'interruption de travail, pas d'ecchymose.

2° Il a été immédiatement suivi de symptômes qui sont caractéristiques de la période d'état du mal de Pott : rigidité du rachis dont l'étendue dépasse celle d'un lumbago traumatique, saillie d'une apophyse épineuse, exagération des réflexes, perception d'un abcès ossifluent, image radiologique positive (pincement du disque, aspect flou de l'interligne, décalcification vertébrale).

Le traumatisme peut jouer un rôle localisateur et déterminant dans l'évolution d'un processus rhumatismal ou bien révéler des lésions rhumatismales préexistantes en les aggravant ou sans les aggraver.

La spondylose rhumatismale ankylosante sénile donne au rachis une fragilité qui diminue sa résistance mécanique et le prédispose à des fractures latentes et souvent méconnues en raison du peu d'importance du trauma initial.

Il y a lieu, dans le diagnostic différentiel des affections traumatiques du rachis, de penser à la possibilité d'un certain nombre de malformations congénitales ; douloureuses ou non, elles mettent le rachis dans des conditions mécaniques et statiques défavorables vis-à-vis d'un traumatisme qui, sur des tissus cicatriciels, sur des articulations anormales et instables déclenche des compressions, des tiraillements, des réactions articulaires douloureuses. Il peut être alors extrêmement difficile de préciser si à l'origine de ces algies, se trouve la malformation seule ou l'action nocive et déterminante d'un traumatisme.

L'existence d'un état antérieur est pour l'expert une cause de difficultés dans l'évaluation du pourcentage d'invalidité consécutif à un traumatisme. Son premier soin est de préciser si le traumatisme a été une cause localisante ou déterminante, s'il a aggravé et dans quelle mesure un état pathologique préexistant, s'il l'a révélé sans en modifier le processus.

Dans un accident du travail l'aggravation et la localisation ouvrent un droit égal à l'indemnisation. Mais l'état pathologique antérieur n'est pas indemnisé dans la mesure où il préexistait au traumatisme et n'a pas été aggravé par lui.

En matière de droit commun la discrimination est encore plus délicate : il n'y a pas de forfait, le blessé a droit à la réparation intégrale, mais il est tenu compte de l'état antérieur s'il y a lieu. Dans ce cas le tribunal fixe un capital de réparation dont le montant est inférieur à celui qu'il donnerait chez un individu sain. L'expert fournit au tribunal les renseignements d'ordre médical qui permettent de faire une réduction équitable de ce capital ; il exprime par une fraction les chances de survie ou la capacité de travail que cet état antérieur laissait à la victime ; c'est sur cette base que se fait la réduction.

(Mutel. L'état antérieur dans l'expertise des traumatismes du rachis. *Revue Médicale de l'Est*, 15 novembre 1935.)

Thérapeutique

La vaccination contre le typhus exanthématique a été tentée à des doses très faibles ; les auteurs ont préparé un vaccin avec une dilution de virus à 1 pour 2.000 bilié au vingtième.

Quinze personnes adultes, dont trois européens et six marocains, ont été vaccinés. Aucun n'a fait la moindre réaction fébrile. Cinq d'entre eux ont été réservés pour vérifier s'il n'y aurait pas de réaction fébrile tardive et si la faible dose de vaccin était suffisante pour immuniser. Les dix autres ont été réinoculés sept jours après la première vaccination, cette fois avec du virus pur, en même temps que cinq sujets témoins soumis à la pyrétothérapie. Les témoins réagirent. Des vaccinés six ne réagirent pas, quatre firent une réaction fébrile. Quarante jours après la première vaccination tous les vaccinés, y compris les cinq n'ayant reçu qu'une inoculation, furent éprouvés avec du virus pur. Seul un des sujets (européen) sur les cinq, qui n'avaient reçu que le vaccin au deux millième, fit une réaction fébrile.

Cette expérience montre qu'une dose de vaccin même légèrement insuffisante, puisque seulement quatre vaccinés sur cinq ont eu l'immunité, peut cependant et même très rapidement (sept jours) donner une prémunition marquée.

Cette étude permet d'espérer la réalisation d'une vaccination en deux temps, efficace et sans réaction, grâce au phénomène de la prémunition.

(G. Blanc, Noury, Baltazard et Donnadieu. Préséance et prémunition au cours du typhus exanthématique et au cours de l'infection inapparente par virus bilié. *Maroc Médical*, 15 décembre 1935.)

L'emploi du sérum anticolibacillaire est à reccommander comme complément de l'acte chirurgical dans les appendicites graves, malignes ou toxiques, compliquées de gangrène ou de péritonite soit locale soit diffuse ou générale.

A la fois antimicrobien et antitoxique le sérum anticolibacillaire exerce une action puissante dans les formes toxi-infectieuse et dans les complications péritonéales. Lorsque, dans ces infections à évolution sévère, l'opération est faite dans les vingt-quatre premières heures qui suivent le début de la crise, la mortalité est très faible. Si l'opération est pratiquée au deuxième jour la proportion des décès s'élève au moins à 10 % ; au troisième jour elle varie de 35 à 45 % ; après le quatrième jour elle atteint ou dépasse 80 %. Grâce au sérum anticolibacillaire la guérison a été obtenue chez un nombre élevé de malades atteints de formes exceptionnellement sévères avec péritonite généralisée, et opérés au troisième, quatrième et même sixième, huitième jours.

Systématiquement et précocement employée à doses suffisantes et en injections simultanément sous-cutanées et intrapéritonéales, la sérothérapie apporte au chirurgien un concours très efficace et des possibilités très importantes de succès.

(H. Vincent. Le problème des appendicites graves ou compliquées de péritonite aiguë. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 décembre 1935.)

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du mercredi 13 mai 1936

A propos des greffes ovariennes. — *M. Mauclaire* a pratiqué des auto-greffes ovariennes. Il conseille de faire avant et après l'intervention des injections de folliculine pour congestionner l'ovaire et rendre la greffe plus favorable. Cependant ses résultats sont moins bons que ceux de M. Moure.

Traitement des fractures de l'extrémité supérieure du tibia. — *M. J.-Ch. Bloch* répond à une récente mise au point de *M. Leriche* qui se montrait adversaire de l'arthrotomie. A nouveau il enumère les avantages de l'arthrotomie qui seule permet une reposition exacte du fragment déplacé et une vérification des lésions annexes, ligamenteuses ou méniscales.

Opérations cérébrales. — *M. Dogliotti* insiste sur l'intérêt du drainage continu pendant les opérations cérébrales, ce qui assure le libre écoulement du liquide céphalo-rachidien. Il utilise pour la ponction des ventricules cérébraux un trocart particulier contenant une aiguille.

La sympathicectomie lombaire. — *M. Bazy* rapporte un cas de *M. Thalheimer* qui fit une sympathicectomie lombaire pour une gangrène par artérite. Le résultat après deux ans est excellent : très grande amélioration, disparition des douleurs, cicatrisation de la lésion.

L'éléphantiasis tropical. — *M. Delom* (Armée) apporte 246 cas d'éléphantiasis tropical avec trois morts. Ces cas concernent surtout des éléphantiasis génitaux. Le début se fait par des accès érysipélateux et d'ailleurs dans la lymphe à cette période existent des cocci en chaînettes. L'auteur ne pense pas que la filaire soit la cause de la lésion.

Au point de vue de la technique opératoire, le testicule et le cordon sains sont entourés d'une sorte de gelée qui permet leur isolement. Encore ne faut-il pas se presser d'opérer. (*Rapport de M. Desplas*).

Un second rapport des mêmes auteurs a trait à deux ans de pratique chirurgicale dans le Haut-Oubangui. L'auteur n'a jamais rencontré d'appendicite ni de cancer, et n'a eu qu'une très faible mortalité, malgré les conditions matérielles déplorables de son installation chirurgicale et des opérés.

Appareil à stériliser l'air des salles d'opérations présenté par *M. Gudin* (Rio-de-Janeiro).

J. CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 mai 1936

Deux nouvelles observations de septicémie à bacillus funduliformis (forme ictérique et forme suraiguë). *MM. Donzelot, André Meyer* et *Jean Olivier* rapportent deux nouveaux cas de septicémie à bacillus funduliformis, l'un caractérisé par la succession chez un malade d'un phlegmon de l'amygdale, d'une arthrite du genou et d'un ictère franc. L'autopsie montra l'existence de nombreux abcès pulmonaires et d'une dégénérescence hépatique sans abcès. L'autre fut caractérisé par son évolution suraiguë, la mort survenant quatre jours après le début du phlegmon amygdalien et deux jours après l'apparition des signes de septicémie. Mais surtout dans cette dernière observation, l'attention avait été attirée par une douleur très violente sur le trajet des vaisseaux du cou. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une thrombo-phlébite de la veine jugulaire. Cette constatation, en dehors de son grand intérêt pathogénique, pose la question de la ligature de la veine jugulaire dans les septicémies post-angineuses.

Le diagnostic radiologique du rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte. *MM. C. Lian, M. Marchal Abaza.* — A l'examen radiographique de quatre malades porteurs de cette malformation congénitale, ont trouvé dans trois cas les érosions du bord inférieur des côtes, signalées en 1929 par Railsbach et Dock. Ces érosions sont donc fréquentes. Ce sont des encoches semi-lunaires très nettes, siégeant seulement sur la moitié postérieure des neuf premières côtes. Elles sont accompagnées d'une sorte de bavure du bord inférieur costal, correspondant à l'exagération du sillon costal inférieur dans lequel se loge l'artère intercostale.

Elles sont la conséquence de la circulation artérielle de suppléance. Les artères intercostales dilatées forment par place de petits anévrysmes dont l'action pulsatile destructrice érode le bord inférieur des côtes.

Ces érosions sont si nettes que dans un des trois cas rapportés où l'auscultation ne montrait rien d'autre qu'une insuffisance aortique, ce sont elles qui ont fait découvrir la malformation congénitale, le diagnostic radiologique fut confirmé par la chute tensionnelle aux membres inférieurs et la constatation de battements des artères intercostales dans certains espaces.

Quant aux renseignements fournis par l'examen radiographique du cœur et de l'aorte, ce ne sont que des nuances, toutes inconstantes, d'interprétation délicate et discutable. Toutefois à ces données radiographiques cardio-aortiques, Lian, Marchal et Abaza ajoutent un nouveau signe, inconstant, mais caractéristique : c'est le signe du double bouton aortique. A l'intérieur de la saillie habituelle du bouton aortique (arc supérieur gauche en position frontale), on voit un autre cercle, beaucoup plus petit, projection de la partie de la crosse située en aval du rétrécissement isthmique ; de ce petit cercle en effet part la projection de l'aorte descendante.

Remarques cliniques sur le rétrécissement congénital de l'isthme aortique. Fréquence de la pulsatilité et de la dilatation des artères intercostales. — *MM. C. Lian, Abaza* et *P. Frumusan* dégagent de quatre observations personnelles les remarques suivantes. Certes, il est exceptionnel de voir la circulation collatérale artérielle intercostale représentée par de gros cordons artériels serpentant sous les téguments. Mais il est fréquent de la voir se traduire par de petites dilatations artérielles pulsatiles, à condition de procéder à un examen minutieux de tous les espaces intercostaux à la face postérieure du thorax. Il en a été ainsi dans trois des quatre observations rapportées.

Par conséquent, dans les formes frustes de la sténose isthmique aortique, le diagnostic repose non pas seulement sur le souffle systolique latéro-sternal gauche et interscapulo-huméral, et sur la chute tensionnelle aux membres inférieurs, mais aussi sur la dilatation et la pulsatilité des artères intercostales, ainsi que sur l'existence des érosions costales, traduction radiologique de la circulation collatérale artérielle. Il y a donc une véritable tétrade symptomatique.

A cette importante notion, les auteurs ajoutent diverses remarques sur le souffle systolique, la chute tensionnelle aux membres inférieurs, l'insuffisance aortique fréquemment coexistante, l'hypertension artérielle aux membres supérieurs, la diversité des cas cliniques où c'est l'un quelconque des quatre éléments de la tétrade symptomatique qui met sur la voie du diagnostic : d'où l'utilité dans beaucoup de cas de pratiquer l'exploration sphygmomanométrique des membres inférieurs, l'auscultation interscapulo-vertébrale, l'examen clinique et radiologique de la partie postérieure des espaces intercostaux et des côtes.

Syndrome basedowien aigu et transitoire. Etude humorale. — *MM. Jacques Decourt, S. Kaplan* et *Ch.-O. Guillaumin* rapportent l'observation d'une femme de 32 ans qui, à la suite d'une infection grippale, fit en quelques mois un syndrome basedowien grave, avec amaigrissement de 7 kgr. et élévation du métabolisme basal à + 72 %. Sous la simple influence du repos au lit et du traitement iodé, la maladie guérit complètement en quelques semaines. Parallèlement à la régression des symptômes cliniques la reprise de poids atteignit 9 kgr. et le métabolisme basal s'abaissa à — 7 %.

Les auteurs ont etudié les modifications humorales apportées par la maladie et leur évolution au moment de la guérison.

En plein syndrome basedowien l'examen du sang révélait les anomalies suivantes : augmentation légère des protides totaux, portant à la fois sur la sérine et la globuline ; augmentation de l'urée sanguine ; chiffres faibles de lipides et de cholestérol ; diminution légère de la réserve alcaline, sans modifications du pH ; élévation de la chlorémie plasmatique et globulaire.

Cinq semaines plus tard, la maladie étant en rémission complète, on notait les modifications suivantes : diminution des protides, portant exclusivement sur la sérine, d'où abaissement du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$; augmentation des lipides totaux

et du cholestérol ; retour de l'urée sanguine à la normale ; augmentation de la teneur en eau des globules ; diminution de la chlorémie globulaire et plasmatique et du rapport $\frac{\text{Cl. globulaire}}{\text{Cl. plasmatique}}$; et surtout ascension considérable de la réserve alcaline qui atteignit 83 vol.

Les auteurs discutent la signification de ces faits et mettent particulièrement en relief les troubles de la fonction protéocrasique du corps thyroïde décrite par Loeper et ses élèves.

Intolérance professionnelle (eczéma) au rubiazol. — *MM. A. Sézary* et *A. Horowitz* ont étudié, chez un ouvrier employé à la préparation du rubiazol, un eczéma artificiel des mains dû à la manipulation du produit. Les épidermo réactions faites avec une solution très faiblement concentrée de rubiazol ont été fortement positives, tandis que l'intradermo-réaction a été négative ; dans cette intolérance comme dans celle de l'arsenic (Sézary et Mauric), la première méthode est plus sensible que la seconde. L'ingestion de rubiazol a provoqué, après guérison, la réviviscence des lésions eczématiques. A noter que les réactions produites sont toujours érythémato-vésiculeuses et non papuleuses ou urticariennes, ce qui confirme la localisation de l'hypersensibilité à l'épiderme seul. La réaction de Prausnitz Kustner est négative. Il n'y a aucune réaction sympathique, contrairement à ce que les auteurs ont constaté dans un cas précédemment publié par eux.

Ils soulignent que selon les cas un même réactogène peut sensibiliser tel ou tel appareil et même dans un appareil donné, tel ou tel tissu, ainsi que l'un d'eux le soutient depuis plusieurs années. La même spécificité ne s'observe pas quant à la nature des antigènes sensibilisants, car un même tissu peut être sensible à diverses substances n'ayant entre elles que des parentés chimiques peu étroites.

La perforation de l'entérite ulcéreuse des tuberculeux. — *MM. P. Ameuille* et *R. Duperrat*, à l'autopsie des tuberculeux pulmonaires, ont trouvé dans 75 % des cas des lésions d'entérite ulcéreuse, que l'on doit soigneusement distinguer des tuberculoses hypertrophiques, des tuberculoses sténosantes et des tuberculoses entéro-péritonéales : celles-ci, d'ailleurs, sont rares chez les tuberculeux pulmonaires. Contrairement à l'opinion classique, les lésions d'entérite ulcéreuse ne s'accompagnent pas en général d'adhérences ni de cloisonnements péritonéaux et la perforation, quand elle se produit, se fait en péritoine libre. Celle-ci est relativement fréquente puisqu'on la découvre à l'autopsie chez 3 % des tuberculeux. Elle siège à n'importe quel point du grêle et du côlon, mais le plus souvent, dans les quarante derniers centimètres de l'iléon. Tantôt la rupture occupe le centre ou le pourtour d'une petite zone sphacélique, tantôt elle figure une minime perforation à l'emporte-pièce. Elle se passe le plus souvent de manifestations cliniques et demeure une découverte d'autopsie. Plus rarement elle s'accompagne d'un syndrome péritonéal aigu ; c'est ainsi que sur douze cas observés, huit étaient latents, trois seulement appartenaient à la forme sthénique et un revêtait une symptomatologie pseudo-occlusive. On comprend que chez ces malades très atteints, l'organisme soit incapable d'une réaction notable. En présence d'une aggravation brutale de l'état général, on doit, chez eux, penser à la possibilité d'une perforation digestive car il apparaît que cette cause doit être comptée parmi les différents facteurs possibles de la défaillance terminale.

L'angiographie pulmonaire. — *MM. A. Ravina, Cotenot, Sourice* et *Lesance* font observer que l'introduction d'une sonde dans l'oreillette ne paraît présenter aucun inconvénient. Il faut remarquer que de faibles changements de position de la sonde permettent d'obtenir des images soit de l'artère pulmonaire, soit de la veine-cave inférieure. Enfin, en injectant l'iodure par une sonde introduite dans l'artère pulmonaire, ils ont réussi à renforcer l'image de certaines lésions tuberculeuses.

Au cours de leurs expériences, ils ont pu, avec le Professeur Binet, injecter du lipiodol dans une petite branche de la veine pulmonaire et obtenir des embolies cérébro-médullaires. Enfin, ils confirment que de très petites embolies pulmonaires sont susceptibles d'entraîner la mort subite.

Un cas de goutte ulcérée du pied avec importante destruction osseuse. — *MM. Ch. Flandin, G. Ponmeau-Delille* et *R. Israël* rapportent le cas d'un malade atteint de goutte chronique avec importante tuméfaction du pied gauche et ulcération à la base du gros orteil. La radiographie révéla la résorption complète de la partie antérieure du premier métatarsien et de la partie postérieure de la première phalange du gros orteil.

Il s'y associait des lésions osseuses caractéristiques de la goutte.

Les auteurs insistent sur les heureux effets d'un traitement par autosérothérapie sur la goutte en général et sur ces lésions ulcéreuses du pied en particulier.

Septicémie à streptocoque viridans. — *M. R.-A Marquézy* et *Mlle S. Huguet* rapportent l'observation d'une septicémie à streptocoque viridans qui évolua en deux périodes ; la première fut caractérisée par un début brutal ; pendant la seconde période, du neuvième au vingtième jour, la température oscille, l'état général s'altère, la splénomégalie apparaît et persiste un mois, un syndrome spléno-pneumonique fait rapidement place à un syndrome pseudo-cavitaire avec expectoration purulente.

Au neuvième jour, l'hémoculture est positive et montre un streptocoque viridans. Il s'agit d'une septicémie en apparence primitive chez une jeune fille au cœur antérieurement sain.

Ils rapprochent cette observation des quelques cas qu'ils ont retrouvés dans la littérature ; ils insistent sur les caractères de ces septicémies à streptocoque viridans au point de vue clinique et en particulier sur leur pronostic favorable.

Spirochétose ictéro-hémorragique d'origine hydrique. — *M. H. Erchbach* (Bourges) présente quatre cas de spirochétose d'origine hydrique observés dans la région de Bourges au cours de l'été dernier. Trois ont revêtu une symptomatologie classique mais sans note méningée. L'un d'eux s'est terminé par la mort ; un autre, particulièrement grave avec forte azotémie et hypochlorémie a guéri par la rechloruration. Les deux autres eurent une évolution bénigne et dans l'un d'eux, on observa un rash qui accompagna la rechute. Dans tous les cas, la séro-réaction s'est montrée positive.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 13 mai 1936

Les médicaments anthelmintiques. — *M. Brissemoret.* donne une revue générale des médications anthelmintiques, et dans une étude importante en fait une critique serrée, reprenant tout le problème avec les diverses conceptions qui se firent jour à ce sujet.

Action possible d'un traitement parathyroïdien de la cataracte. — *MM. Parturier* et *Vallerix*, rapportent des observations de chiens et d'hommes atteints de cataracte et améliorés subjectivement et objectivement par la paratyrone. Cette médication est restée inefficace dans des cas de cataracte congénitale et de cataracte diabétique (chien et homme). Dans les cas favorables, l'amélioration a été obtenue, non seulement par l'injection de l'hormone, mais aussi quand celle-ci était administrée par la bouche ou sous forme de suppositoire.

Contribution au traitement médical de la maladie de Basedow. — *M. Roland Leven* présente le traitement suivant qui lui a donné d'excellents résultats :

a) *Régime alimentaire* équilibré, purement pondéral, capable de supprimer la dyspepsie gastrique surajoutée à la dyspepsie thyroïdienne modifiant la polyphagie, la polydipsie, la transpiration et même le fonctionnement thyroïdien.

b) *Médications : sédatives*, à dose élevée (2 grammes de bromure de sodium et 20 à 40 centigrammes de gardénal *pro die* à doses réfractées).

Les tonicardiaques : association de digitaline et ouabaïne donnée de façon continue pendant plusieurs semaines à la dose de 30 à 60 gouttes par jour.

c) Une modification de la statistique abdominale pour lutter contre la ptose secondaire à l'amaigrissement et à l'excitabilité du sympathique abdominal.

Remarques chimiques sur le sang des cancéreux (1re communication. — *Marcel Laemmer*, désirant se rendre compte si le magnésium présentait quelque intérêt dans le problème du cancer fit exécuter systématiquement le dosage de ce corps dans les sérums sanguins. L'auteur put ainsi établir et présenter quatre séries de malades = deux séries de cancéreux ; une série de malades douteux mais qui ont fait la preuve qu'ils n'avaient aucun néoplasme ; et une quatrième série de

divers malades, non cancéreux. Les résultats furent les suivants :

a) Le dosage du magnésium sérique ne descend jamais au-dessous de 15 milligrammes ‰ chez les malades non cancéreux.

b) Le même dosage chez les cancéreux est de 75 % au-dessous de 15 millirammes ‰, dont 60 % de dosages extrêmement bas (de 2 à 5 milligrammes ‰).

c) Les 25 % des cancéreux ayant un dosage *au-dessus* de 15 milligrammes ‰ avaient été, ou opérés récemment ou fortement magnésiés par thérapeutique.

Pratiquement chez des malades n'ayant pas encore subi de traitement (chirurgical ou autre), il semble que le dosage du magnésium sérique puisse donner des renseignements utiles, c'est ainsi que :

a) Un dosage de magnésium au-dessous de 10 milligrammes ‰ est une grande probabilité pour que l'on soit en présence d'un « terrain cancéreux » en voie de développement.

b) Un dosage variant entre 10 à 15 milligrammes ‰ présente un état de *minoris resistentide* envers la cancérose.

c) Entre 15 et 20 milligrammes ‰ : terrain « neutre ».

d) Au-dessus de 20 milligrammes ‰ : il y a équilibre.

Marcel Laemmer conclue en estimant que, s'il ne faut évidemment pas donner un très grand rôle au magnésium dans la cancérose, comme on l'a fait jusqu'alors, il y a lieu cependant de « remagnésier » les terrains cancéreux par trop déficients (dosages de 2 milligrammes, 4, 5 milligrammes, par exemple). Il insiste également pour que l'on considère le schéma qu'il présente comme devant être encore vérifié, ce que l'auteur continue de faire actuellement..

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 avril 1936

Deux cas de coxarthrie guéris par des moyens médicaux. — ***M. Sédillot***, pour protester contre une opinion récente de certains rhumatologues, qu'il n'y a pas de traitement médical efficace contre l'arthrite sèche de la hanche, « que seul le traitement chirurgical peut conditionner une reconstruction de l'articulation » (Jacques Forestier), présente deux de ses clients guéris de coxarthrie par la cure de désintoxication arthritique. Dans l'un la maladie évoluait depuis 31 années et la guérison n'a pu être qu'une guérison clinique : disparition de la douleur et reprise d'une vie normale, mais avec une demarche spéciale rappelant celle des luxations congénitales de la hanche non traitées. Dans l'autre cas, diagnostiqué coxarthrie cliniquement et radiologiquement par d'éminents spécialistes, la guérison, obtenue au cinquième mois de l'évolution de l'affection a été complète (clinique et anatomique) et définitive.

Les applications cliniques du dynamomètre cardiaque. — ***M. A. Pruche*** montre quel est le champ d'information clinique de son dynamomètre cardiaque qu'il a présenté et décrit au cours d'une séance antérieure. Il insiste sur le fait qu'en dehors de toute intervention les données cardio-dynamométriques restent, chez le même sujet, semblables à elles-mêmes, aussi bien les données normales que les pathologiques. Le dynamomètre cardiaque permet de se rendre compte si une lésion orificielle est compensée ou non, de suivre les actions des agents thérapeutiques, digitale, ouabaïne, etc. de régler, de doser les cures d'exercice, de determiner enfin à tous moments la valeur fonctionnelle des deux cœurs droit et gauche par une technique aussi simple que celle de la mesure des tensions artérielles.

La surveillance médicale des scouts de France. — ***M. Pierre Labignette*** montre qu'à la tête de cette organisation existe une Commission Médicale Permanente qui règle la surveillance sanitaire des scouts, l'organisation des déplacements, l'hygiène des camps internationaux. Chaque scout est soumis au moment de son admission à une visite médicale complète par le médecin de sa troupe. Cette visite se renouvelle tous les ans. Même surveillance médicale existe pour les louveteaux. Le mouvement scout, tel qu'il est actuellement organisé, donne les plus grandes garanties au point de vue médical.

Intradermo-réaction de Mutermilch et Grimberg avec polysaccharides gonococciques. — ***MM. L. Barbellion*** et ***L. Feld*** rappellent l'intérêt que présente souvent la gono-réaction mais aussi les difficultés de sa technique. Les auteurs ont expérimenté l'intradermo-réaction avec les polysaccharides gonococciques pour le diagnostic de la blennorragie. Ces essais ont porté sur des sujets ou manifestement indemnes ou manifestement malades. Parallèlement pour certains ils ont pratiqué la gono-réaction. L'intradermo-réaction leur a donné dans l'ensemble des résultats confirmés par la clinique, la bactériologie et la sérologie. Ils pourront maintenant procéder à son application dans les cas douteux où elle nous semble appelée à rendre de grands services.

L'anesthésie électrique, ses particularités, ses avantages. — ***M. R. Grain*** montre que, sans action sur l'évolution des lésions mais non influencée par elles, l'anesthésie électrique respecte la sensibilité tactile de la muqueuse dont la puissance de perception ne subit aucune modification. D'application simple, l'anesthésie électrique est complètement indolore, rigoureusement inoffensive et thérapeutiquement sûre.

La transfusion ne donne pas de choc. — ***M. Bécart*** après quinze années de pratique de la transfusion, présente des conclusions formelles : les accidents graves, qu'ils soient immédiats ou tardifs, ne relèvent que de l'incompatibilité sanguine, la règle des quatre groupes reste valable et personnellement, jusqu'à présent, il ne peut admettre les changements de groupe.

Il faut connaître les accidents d'ordre mécanique qui résultent de l'injection trop rapide du sang, le patient se plaint d'une sensation de gêne respiratoire et de constriction du thorax.

Les recherches ont montré que le rythme optimum d'injection était de 1 c.c. par seconde. Les accidents consécutifs à la transfusion d'une maladie dont est atteint le donneur tombent sous le sens. Il est évident que c'est là le gros écueil du choix du donneur. Les moyens actuels permettent d'éliminer la tuberculose, la syphilis et même le paludisme, question d'organisation non d'improvisation. Quant aux réactions post-transfusionnelles qui consistent surtout en frissons et en élévation de température, la plupart sont dues aux injections de sang auquel on a ajouté quelque chose : citrate de soude, sérum glucosé et même serum physiologique. Ces différents produits, peu toxiques en eux-mêmes, modifient l'équilibre colloïdal du plasma sanguin et sensibilisent le patient pour des transfusions ultérieures. Enfin, toute une série de réactions résultent des fautes de technique, énumérées, qui tiennent à l'opérateur et à un appareillage défectueux. Il tombe sous le sens que ces réactions ne doivent pas exister puisqu'on peut les éviter. Il faut donc, une fois pour toutes, que le médecin sache à quoi s'en tenir et le mot de transfusion ne doit plus être toujours accolé au mot choc, comme cela se fait souvent.

A propos de la sacralisation douloureuse. — ***M. C. Rœderer*** revenant sur la question de ce syndrome à l'occasion de quatre cas vus récemment, pense que le syndrome relève précisément de quatre facteurs. Exceptionnellement, une véritable compression nerveuse ; parfois, à l'occasion d'une chute, une entorse vertébrale ; une adaptation douloureuse à une position oblique de la 5e vertèbre lombaire, caractérisée dans les cas extrêmes, par une scoliose apparente ; une articulation pathologique véritable pouvant être le siège d'une arthrite traumatique ou infectieuse. En dehors de cela, il existe probablement des douleurs dues à des anomalies nerveuses, métamériques d'anomalies osseuses.

Présentation d'une série de sondes trachéo-bronchiques avec note de technique et de clinique médico-chirurgicale. — ***M. A. Soulas*** présente une série de sondes pour lavages bronchiques et pour tubage trachéo-bronchique. Ces sondes, numérotées de 1 à 8 ont des diamètres variables depuis 6 mm. 1/2 à 12 millimètres et peuvent être introduites dans l'arbre trachéo-bronchique soit par voie nasale, soit par voie laryngoscopique indirecte, soit par laryngoscopie directe. Elles sont les unes à un seul courant (aspiration ou inhalation) et les autres à double courant (aspiration et injection-aspiration et inhalation). Certaines dans un but de blocage trachéo-bronchiques sont munies d'une baudruche. Cette simplification de la méthode bronchoscopique comporte certains inconvénients mais elle est intéressante surtout en l'absence d'un laryngologiste spécialisé. Les indications de ce procédé sont les « lavages bronchiques » dans les dilatations des bronches ; la « séparation des airs » ; les tubages trachéo-bronchiques dans la chirurgie thoracique (aspiration des sécrétions et inhalations d'anesthésiques pendant l'acte opératoire.

G. LUQUET.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifflant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, où à vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Sur la radiesthésie. — *M. Auguste Lumière vient de consacrer à la question* (REVUE SCIENTIFIQUE, 9 mai 1936) *une intéressante étude dont voici le passage plus spécialement consacré à la radiesthésie médicale :*

« Depuis peu, une nouvelle branche de la radiesthésie semble devoir capter l'attention du public : c'est la radiesthésie médicale.

« Le médecin le plus averti, après de si longues années d'études, après une expérience clinique de praticien qui s'est poursuivie souvent une longue carrière, est parfois embarrassé pour poser certains diagnostics, et voici que des personnages, entièrement incompétents en pathologie, viennent préciser, avec leur seul pendule, les organes malades et la thérapeutique à appliquer ! ! ! Ces mirifiques diagnostics peuvent même se faire sur des photographies de malades ou d'après des lettres qu'ils ont écrites ! ! !

« De telles assertions, quelque miraculeuses qu'elles paraissent *a priori*, méritaient un examen critique auquel nous nous sommes livrés sans le moindre parti pris.

« Nous avons donc adressé à l'un de nos nouveaux pathologistes quatre photographies de sujets que nous avons choisis en parfaite santé, leur examen clinique minutieux, leur sérologie, leur hématologie, leur radiographie et l'analyse de leurs urines n'ayant permis de déceler chez eux aucune anomalie fonctionnelle ou organique.

« Le radiesthésiste répondit que l'une des photographies correspondait à un individu atteint d'une maladie de foie et qu'il était en outre tuberculeux ; le deuxième devait avoir l'estomac et l'intestin malade et était menacé de cancer ; le troisième devait être syphilitique et avoir un état hépatique déficient ; le quatrième enfin avait une maladie de cœur et le rein devait être touché.

« Ayant informé notre correspondant des erreurs qu'il avait commises, puisque les quatre sujets photographiés n'étaient nullement malades, on nous répliqua que leur bon état actuel n'était qu'apparent, que les systèmes organiques indiqués comme n'étant pas normaux devaient néanmoins être atteints sans qu'on s'en soit aperçu et que l'avenir devait le confirmer. Nous n'avions rien à répondre à cet argument et comme le résultat de l'expérience pouvait se faire attendre pendant des années, dans ces conditions, nous avons tourné la difficulté, en envoyant à notre opérateur quatre nouvelles photographies, en lui demandant de procéder à d'autres investigations sur ces images.

« La réponse fut celle que nous attendions, elle nous apportait quatre diagnostics très différents pour chacune des épreuves qui, en réalité, représentait un seul et même sujet, photographié quatre fois, au même moment, vêtu du même sarreau noir présentant seulement des plis différents et le visage étant masqué.

« Faut-il encore citer le cas du fameux Père C... qui prétend guérir le cancer et qui fait des diagnostics sur l'écriture des malades ?

« Nous lui avons fait demander conseil par l'un de nos amis, en recommandant à ce dernier d'écrire comme s'il appartenait au sexe faible, c'est-à-dire en mettant son texte au féminin. Le Père C... informa notre ami qu'il était menacé d'un cancer à l'utérus et que la pharmacie X... lui fournirait les remèdes pour le guérir (Total : 150 francs) !

« Les charlatans de cet acabit nuisent à la cause de la radiesthésie et peuvent, en outre, faire beaucoup de mal, en endormant les malades avec leurs promesses et en les empêchant de s'adresser, en temps utile, aux médecins compétents qui, en intervenant d'une façon précoce, eussent pu les sauver, alors que ces malfaiteurs ont, par leurs atermoiements criminels, laissé passer la période d'opérabilité, les proliférations tumorales ayant envahi les lymphatiques pendant leurs traitements.

Certains radiesthésistes auxquels nous avons communiqué ces piteux résultats, ont prétendu que si nos investigations avaient aussi lamentablement échoué, c'est que nos tentatives de vérifications ne portaient que sur des recherches effectuées d'après des photographies ou lettres, et que la prospection sur plans ou sur documents était sujette à caution ; ces auteurs estiment, non sans raison, qu'il faut opérer sur les objets ou sujets eux-mêmes ou sur les matériaux qui en dérivent et qui, seuls, émettent des radiations susceptibles d'être décelées.

« C'est pour répondre à cet argument de valeur que nous avons entrepris de nouvelles séries de contrôles, avec l'aide de personnalités occupant une place de premier plan parmi les radiesthésistes.

« Nous avons fait appel notamment à un ingénieur inventeur d'un appareil de détection, bien connu des spécialistes et affirmant pouvoir établir des diagnostics d'après les taches de sang fournies par les malades.

« Après avoir fait parvenir à cet ingénieur trente taches de sang recueillies avec toutes les plus minutieuses précautions, en les séparant les unes des autres par des isolants, nous avons reçu des réponses du genre de la suivante :

Tache no 1 : syphilis ;
Tache no 3 : cancer ;
Tache no 10 : diphtérie.

« Or, ces trois taches provenaient d'un seul et unique malade ; elles avaient été déposées sur le même papier filtre de support, au même moment, avec les mêmes instruments, c'est-à-dire qu'elles étaient rigoureusement identiques. Il s'agissait, en réalité, d'un phtisique atteint de lésions bilatérales, cavitaire à droite et ne paraissant présenter aucune autre tare (sérologie, hématologie, analyse d'urine et examen somatique négatifs par ailleurs).

« Nos trente taches ne provenaient, en vérité, que de dix malades, chacun d'eux ayant fourni trois taches qui étaient réparties dans l'ensemble avec des numérotages plus ou moins éloignés les uns des autres ; or, l'opérateur nous a invariablement donné les diagnostics différents pour les mêmes taches.

« La question étant ainsi jugée, il n'y avait rien, absolument rien qui eût la moindre valeur dans ces réponses des radiesthésistes d'après ces expériences de contrôle. »

Faut-il croire à la radiesthésie ? se demande en terminant M. Auguste Lumière.

« Nous n'avons pas le droit, dit-il, de nier les phénomènes radiesthésiques, et nous nous garderons de le faire, mais pour

le moment, nos multiples constatations négatives ne nous permettent pas de croire à toutes les mirifiques vertus que certains attribuent au pendule et à la baguette divinatoire.

« Pour que nous puissions nous rallier à toutes ces croyances si répandues, il faudra, répétons-le, qu'on nous apporte des expériences réalisées dans des conditions qui satisfassent aux exigences de la méthode scientifique ; il faudra notamment que plusieurs radiesthésistes, étant mis en présence d'un même problème, nous en donnent une solution unique ; il faudra, en outre, qu'un opérateur auquel on soumet plusieurs fois des questions rigoureusement identiques n'en donnent point des solutions entièrement différentes, ainsi que nous l'avons invariablement observé, dans tous nos essais de contrôle. »

Parmentier et l'hygiène alimentaire. — *Y a-t-il une nom plus connu que celui de Parmentier ? Et cependant personne ne sait au juste ce qu'il a fait. M. Charles Seince vient de l'exposer dans une fort bonne thèse (Bordeaux, 1935) dont voici les conclusions :*

« Si l'on peut dire que Parmentier n'a été agité par aucun bouleversement intérieur, par contre l'on ne peut nier que les événements extérieurs aient marqué d'une forte empreinte son existence. Il s'établit un curieux contraste entre toute cette agitation où il a vécu et les tendances tranquilles de sa personnalité. Son enfance difficile, les guerres auxquelles il participa, la révolution, toute la misère d'un peuple qu'il a souvent cotoyé, ont contribué à faire naître en lui un profond sentiment de pitié pour ses semblables malheureux. Cet état d'âme, qui l'a occupé tout entier, la Foi qu'une admirable mère lui a transmise, l'ont fait canaliser tous ses efforts vers un seul but : l'amélioration du sort de tous.

« Cela lui a valu de traverser naturellement trois passes difficiles : la fin de la Royauté, la Révolution, le début de l'Empire, et d'échapper aux haines en gardant l'amitié et l'estime en quelque sorte officielles. Alors que d'autres, tel Talleyrand plus tard, ne durent leur continuelle faveur qu'à une intelligence indéniable, mais trop mise au service de l'esprit d'intrigue et de l'ambition personnelle, Parmentier ne la dut qu'à sa valeur scientifique et morale.

Dans cette fin du XVIII[e] siècle, où l'esprit encyclopédique régnait en maître en France, où la littérature et la philosophie possédaient en Voltaire, Diderot et bien d'autres des maîtres incontestés ; où la science voyait, grâce à Lavoisier s'élargir son horizon, Parmentier occupe une place privilégiée. Tous ces hommes ont, certes, un seul désir : le bien public ; mais si le but poursuivi est le même combien différentes sont les façons de l'atteindre ! Les salons de l'époque appréciaient, à n'en pas douter, les belles théories bâtissant sur le papier un monde meilleur ; mais, le vrai peuple, celui dont la vie n'a guère changé depuis le Grand-Siècle, se souciait davantage des réalisations pratiques.

Parmentier l'a bien compris. S'il a hérité du siècle qui l'a vu naître le goût de l'étude, le désir de tout connaître, tout en se tenant un peu à l'écart du vaste courant d'idées où se jetaient les lettrés de son temps, il a su, en revanche, en faire profiter le plus possible d'êtres. Et pour ce faire, rien ne l'arrête : expériences, traités, conférences, voyages, il a tout entrepris. La récompense a été à la hauteur de la tâche : il a gagné, et déjà de son temps, la gratitude de tout un peuple.

« Ce n'était pas un mince travail que d'améliorer les moyens de subsistance à une époque où les disettes, les guerres et un peu plus tard le blocus s'alliaient pour faire mourir de faim tant de personnes chaque année. Aussi sa première idée a-t-elle été de trouver un aliment de fond. C'est son plus grand titre de gloire d'avoir fait passer dans l'alimentation de l'homme ce qui n'était utilisé qu'à nourrir le bétail. Mais il ne s'en tint pas là. On manquait de sucre ; aussitôt il prépara un sirop de raisin, d'une importance capitale à un moment où le sucre de betterave n'étant pas encore connu, le blocus interdisait l'importation du sucre de canne. En tant que patriote et économiste, il fit campagne pour intensifier les productions de notre terroir : les différents végétaux d'un usage ignoré, les dérivés du lait, etc...

« Mais Parmentier ne se tontente pas d'être un vulgarisateur, même génial ; aussitôt que les besoins immédiats d'un peuple malheureux sont satisfaits, le philantrope s'efface devant le savant, quoique dans ses idées les plus abstraites il soit toujours conduit par une fin humanitaire ; savant, en effet, dont la consécration officielle fut l'élection à l'Académie des sciences en 1795.

« Avant la découverte de son fameux sirop de raisin, il démontre la valeur alimentaire du gluten, inconnue jusqu'alors. A ce propos, rappelons que, en homme véritablement scientifique, il ignorait l'idée préconçue : Beccari venait d'entrevoir le pouvoir alimentaire du gluten. Parmentier le nia longtemps, jusqu'au moment où, grâce à ses propres expériences, lui-même reconnut s'être trompé.

« Puis il préconise l'emploi des substances « neutres » dans l'alimentation : le « lest », inutile si on le considère comme source de sucs nourriciers, mais nécessaire pour réaliser une bonne digestion.

« A l'occasion d'expériences sur le chocolat, il découvre la loi de l'équilibre calcique : ce minéral, indispensable à un sujet en voie de croissance, devient nuisible à l'adulte lorsqu'il est donné en excès.

« Poussant plus loin l'étude de ce qu'on appellera plus tard la ration alimentaire, il entrevoit la nécessité d'une quantité minimum et nécessaire d'albuminoïdes, en même temps qu'il démontre les méfaits de leur consommation, excessive chez un adulte, trop précoce chez l'enfant.

« Par analogie avec ce qui se passe dans le règne végétal, il suppose la possibilité de la transformation de l'amidon en sucre dans le corps humain.

« Le premier, il a l'idée d'utiliser le froid à la conservation des viandes.

« Enfin il s'élève avec force contre l'habitude d'incorporer, sous différente prétextes, des substances chimiques dans nos aliments. C'est également Parmentier qui a reconnu la nocivité des récipients en plomb pour conserver l'eau, lorsque celle-ci est peu chargé en sels calcaires.

« Une telle liste de travaux, pourtant limitée au domaine strict de l'hygiène alimentaire, n'est-elle pas suffisante à expliquer la gloire qui s'attache à ce nom ? Alors que ses contemporains n'avaient que de la vénération pour ce caractère où s'harmonisent si bien la science, le désintéressement et la bonté, comment adopter sans injustice une autre attitude ? Nous ne pouvons que reconnaître la noblesse de cette figure et rendre grâce à celui qui a imprimé à cette partie de la médecine un élan dont elle profite encore. »

Institut de beauté. — *Sous ce titre la* REVUE DE PARIS (1er mai 1936) *vient de publier un article de M. André Rivollet. En voici quelques extraits :*

... Aphrodite donne le bras à Esculape. Le directeur d'un institut de Beauté n'est plus aujourd'hui un médecin malgré lui. Homme ou femme, il est nanti de diplômes, de médailles de tous les pays. Parfois, il est même docteur, mais d'une faculté qui n'est pas toujours aussi exigeante que celle de Paris. Sinon, il s'adjoint pour les cas particulièrement risqués ou pour les clientes, qui sont disposées à toutes les dépenses, le contrôle d'un médecin qui inspecte, rassure et tourne lui-même le robinet de la fontaine de Jouvence.

A mesure, en effet, qu'on s'élève dans la hiérarchie des instituts embellisseurs, le cadre change. Souvent le hall de réception est orné de ce que l'art moderne a produit de plus hardi : nous sommes dans un temple voué à l'audace. Dès l'entrée, l'éclairage y est cruel. Il faut qu'au premier coup d'œil on soit impitoyablement jugé : la prêtresse de la caisse inscrit votre nom et vous mène chez le maître, dans son cabinet de consultations orné de tableaux rarement enchanteurs et parfois repoussants qui évoquent involontairement, sous la signature des peintres post-cubistes, la beauté selon leur idéal, c'est-à-dire l'écroulement d'une obèse, la tristesse des bajoues, pendant comme des fanons.

La plupart de ces dames — car presque tous ces docteurs sont femmes — ont un accent qui trahit une naissance lointaine, généralement d'un pays en bordure des steppes ; il était même de rigueur à une époque où il incitait à la confiance une clientèle en grande partie cosmopolite. Depuis l'embargo Sud-Américain, la baisse du dollar, les inquiétudes égyptiennes pour des fortunes qui fondent au soleil, il n'y a plus guère à Paris d'autres patientes que les Françaises.

« Des amoureuses pour la plupart, — m'a confié un de leurs mentors. Beaucoup moins, cependant, de ces follettes de dancing, de ces énervées qui venaient se faire gonfler les seins selon une recette, qui les remettaient à neuf pour une durée de cinq heures... Elles ont recours à nous pour retenir un mari trop vieux, un amant trop jeune. Rarement pour en trouver un ! »

Près des Tuileries, la devise d'un autre *Institut* est : « Mouvement perpétuel ». La théorie qui en découle est défendue par une intelligente, une éloquente directrice qui porte le même nom qu'un éditeur d'ouvrages historiques sérieux. Elle obtint ses diplômes médicaux en Helvétie et s'est vouée, déclare-t-elle, à l'embellissement de ses congénères, par féminisme. Pour atteindre un but aussi noble elle ne craint pas d'imposer de sévères restrictions. Sus aux cocktails, guerre aux épices ! En cas de défaillance, toute délinquante est condamnée au brouet de légumes. Mais son érudition lui permet d'appliquer des prescriptions bien moins anodines. Après avoir consacré quinze ans d'études, dont un séjour de quatre ans en Amérique du Sud et de deux ans à New-York, elle a acquis la conviction que tout était affaire de culture physique.

Les seins ou les hanches, les lèvres, les narines et les paupières ou les joues connaîtront comme les bras ou les jambes, le bienfait d'une gymnastique rationnelle. Mais il ne faut pas prononcer le mot sacrilège de *grimaces* ; ces exercices s'inspirent directement des théories thibétaines. Imbue des pratiques exercées par les *yobhis* qui dansent sur les vertèbres de leurs patients pour assouplir les muscles dorsaux, la voyageuse a eu l'idée d'appliquer chez nous un traitement adopté déjà par les Américains, et qui répond, là-bas, à l'appellation de *jazzing method*. Cette solennelle thérapeutique évoque seulement de très loin les orchestres de trompettes bouchées et de saxophones. Elle leur a emprunté seulement cette trépidante allégresse qui est communiquée à une sorte de lit-table coupé en quatre dans la largeur, et qui fait danser — c'est le cas de le dire — la partie du corps dont l'inertie réclame le plus impérieusement d'être combattue par des vibrations scientifiques.

Mais ce mouvement perpétuel peut inspirer des méthodes plus brusquées que l'on pourrait appeler de correction... Jamais terme ne fut plus exact, en effet, puisqu'une négresse à la chevelure rousse, qui dirige à Paris un institut de beauté, d'ailleurs très sérieux, n'admet qu'un traitement : les gifles et les coups ! Toutes, même celles qui sont hélas, servies gratis et à domicile, franchissent le seuil et paient fort cher des claques médicales, des pinçons scientifiques administrés par des mains gantées de caoutchouc.

....

Enfin plusieurs chirurgiens éminents n'ont pas craint de se

consacrer exclusivement à cette œuvre de beauté que certaines autorités ont longtemps eu le tort de condamner. Depuis peu, Paris ne le cède en rien à Londres. Si la Faculté de New-York, moins routinière que celle de Paris, est une des seules à avoir consacré quelques-uns de ces cours à ces opérations de rajeunissement, nous comptons dans notre capitale des chirurgiens éminents que l'on vient consulter, même d'Amérique.

L'un des plus réputés dont M. Jean Painlevé a filmé les opérations qui constituent des documents impressionnants, est un jeune savant venu de Bordeaux et à qui la ville de Prague vient de confier une chaire de chirurgie esthétique.

La production mondiale de l'huile de ricin. — *De M. C. Remacle* dans LA NATURE (1er mai 1936).

La production mondiale de la graine de ricin peut s'estimer à l'heure actuelle, à quelque 200.000 tonnes, dont les Indes Anglaises détiennent quasi le monopole, leur tonnage atteignant environ 155.000 tonnes.

La teneur en huile de la graine complète — enveloppe comprise — varie entre 46 et 53 pour 100, ce qui représente un chiffre annuel d'environ 100.000 tonnes d'huile mises sur le marché.

Cette importante extraction oléagineuse provient de différentes variétés de plantes dont le *Ricinus communis minor et major* des Indes et le *Ricinus sanguineus* Hort, des régions tropicales et subtropicales.....

L'extraction de l'huile varie suivant les qualités commerciales qui sont aujourd'hui au nombre de quatre : 1° l'huile pharmaceutique ; 2° l'huile de première pression ; 3° l'huile de deuxième pression ; 4° l'huile sulfinée.

L'huile pharmaceutique est obtenue après décortication de la graisse, le tégument contenant les principes âcres qui donnent à l'huile industrielle la saveur désagréable bien connue des usagers. Cette opération se réalise à l'aide d'un cylindre comprimant la graine suffisamment pour dilacérés la coque sans briser l'amande. Un violent courant d'air sépare les fragments du spermoderme de l'albumen, soumise à la presse hydraulique, l'amande cède son huile à froid. Il suffit alors de la raffiner par chauffage à 110° avec de l'eau, la matière oléagineuse qui surnage est filtrée sur du noir animal ou au filtre-presse. La coagulation est produite par un chauffage à 93° pendant quelques minutes après l'incorporation à la masse de 2 à 4 pour 100 de terre à foulon et de 1 pour 100 ne noir animal. Un dernier filtrage donne le produit pharmaceutique, souvent blanchi par exposition aux rayons solaires, dans de grands bacs ad hoc.

« ... Vous verrez, à l'hôpital, en attendant de les voir dans votre future clientèle, des malades comme celui du Docteur René Burnand, n'acceptant pas de reproche pour avoir couvert le sol de crachats bacillifères : « Cela ne peut pas faire de mal, monsieur le docteur, si je crache par terre ; je mets toujours le pied dessus pour écraser les microbes. » O complexité du problème social de la tuberculose et de la lutte contre ce fléau ! ».
(Prof. Maurice PERRIN. — La clinique école de formation sociale du médecin. *Paris Médical*, 25 avril 1936.)



— La science est impuissante. Tout ce vous pouvez essayer, c'est de lui faire lire « Clochemerle ».

BIBLIOGRAPHIE

Divers

L'enfer des classiques, poèmes légers des grands écrivains du XVe au XVIIIe siècle recueillis et annotés par Pierre DUFAY. Un volume in-16, broché 12 francs. Editions Jean Crès, rue Soufflot, Paris.

« De même qu'on connaîtrait peu l'antiquité sans Martial, sans Pétrone, sans Lucien, sans Apulée, il faut, dit M. Dufay, demander à la poésie *libre*, n'ayant pas subi le mensonge ou le dol de la stylisation, la peinture vraie d'une époque... Sans doute, les puritains, les cagots et toute la sotte engeance des poseurs de feuilles de vigne reprocheront à ces poètes de ne pas reculer devant l'audace du mot propre. Il ne les effrayait point, pas plus qu'il ne leur semblait malsain. »

M. Pierre Dufay s'est attaché à réunir ce qu'on *cache des classiques*. Son enfer est d'une lecture attachante et fort utile pour la compréhension de ces trois siècles d'histoire et de littérature.

Revue des cours et conférences. Paraît le 5 et le 30 de chaque mois. Abon. France : un an 60 francs. Boivin, édit., 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 30 avril 1936 : E. Tonnelat. — Le romantisme politique en Allemagne après 1812 (I). — P. Jourda : L'exotisme dans la littérature française depuis le romantisme (I). — R. Lebègue : Les ballets des Jésuites (I). — P. Yvon : Les crises de la morale et de la moralité dans l'histoire de la civilisation et de la littérature des pays anglo-saxons (II) : La crise morale de la Restauration. — G. Bachelard : La dialectique de la durée (VI) : La consolidation temporelle. — C. Seignobos : Histoire des conditions générales de la vie civilisée chez les peuples d'Europe (III) : Unité antique. — C. Sprietsma : Lamartine et Th. Foisset (V) : La visite à Saint-Point : la fin d'une amitié.

Les Livres de la semaine

Nouvelle Pratique dermatologique. Tome VII. Maladies des annexes de la peau. Dermatoses non classées. Dermatologie comparée. 1 vol. 896 p., 377 fig. : 300 fr. (Masson).

PAPIN (F.). **Dix-huit questions de gynécologie pratique** ; 230 p. : 15 fr. (Delmas, Bordeaux.)

BARBET (P.). **Nos devoirs spirituels envers nos malades** ; 2 fr. (Ed. Dillen).

BRUNET (F.). **Œuvres médicales d'Alexandre de Tralles**, le dernier auteur classique des grands médecins grecs de l'antiquité. Tome II. Traité des fièvres. — Lettre sur les vers intestinaux. — Livre premier des douze livres de médecine (affections de la tête), 258 p. : 30 fr. (Geuthner).

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 22 LE NUMÉRO : 50 Centimes 30 MAI 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Etudes sur la spirochétose

M. LOEPER et J. COTTET : La spirochétose ictéro-hémorragique 997

P. MOLLARET : Le diagnostic microbiologique de la spirochétose dite ictéro-hémorragique 910

H. VIGNES : A propos de la spirochétose ictéro-hémorragique évoluant pendant la grossesse 921

Thérapeutique clinique

La strychnothérapie dans la diphtérie maligne 922

Revue de Presse départementale et coloniale, par J. LAFONT 925

Sociétés savantes

Académie de Médecine 926
Société Médicale des Hôpitaux 927
Société de Médecine de Paris 928

Actualités

La part de la science française dans l'avance actuelle de la question du cancer 931

Nouvelles 891

Echos et Glanures 932

Bibliographie 894 912

Les Livres de la semaine 934

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — 25 mai. — M. Debray. Etude clinique de la lymphadénie tuberculeuse. — Mlle Kazakiewicz. Epidémie de diphtérie chez les nouveau-nés (Maternité Lariboisière). — Mlle Vacher. Sur la présentation du siège décompléte, mode de fesses chez la primipare. Etude statistique et thérapeutique. — Mme David. Les épreuves d'insuffisance hépatique dans la spirochétose ictérigène.

Agrégation. — *Section d'anatomie et d'histologie* : Sont proposés : MM. Coulouma et Salmon (anatomie) ; M. Morel (histologie).

Section de physique et chimie. — Sont proposés . M. Dubouloz (Physique). — MM. Machebœuf et Thivolle (Chimie).

Faculté de médecine de Paris. — M. Abrami, agrégé libre, chargé de cours de clinique annexe, est nommé, à compter du 1er octobre 1936, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

M. Laubry, docteur en médecine, est nommé, à compter du 1er octobre 1936, professeur de cardiologie clinique à la Faculté de médecine de l'Université de Paris (chaire nouvelle).

— *Travaux pratiques de bactériologie.* — Une série supplémentaire de travaux pratiques de bactériologie aura lieu du 3 au 13 juin 1936 inclus, de 14 à 16 heures.

Cette série supplémentaire est réservée aux étudiants de deuxième année qui n'ont pas pu, pour des raisons jugées valables par la Commission scolaire, suivre les travaux réglementaires et à ceux qui désirent faire une révision du programme.

Cette série comportera dix séances.

Droit d'inscription . 100 francs.

S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

N. B. — MM. les étudiants qui n'ont pas accompli les travaux réguliers devront, préalablement, adresser à M. le Doyen une demande sur timbre qui sera soumise à la décision de la Commission scolaire.

— *Concours de l'adjuvat.* — Sont nommés : MM. Chevallier, 109 ; Roux et Léger, 107 ; Delinotte, 106 ; Caby, 102.

Faculté de Lille. — Le titre de professeur sans chaire est conféré à MM. Delannoy et Paquet, agrégés libres à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

Faculté de Marseille. — MM. Gabriel et Brémond, professeurs sans chaire, sont nommés respectivement professeur d'histoire naturelle et professeur de clinique oto-rhino-laryngologique.

Asiles d'aliénés. — Ont été admis au concours du médicat des asiles publics .

MM. les Docteurs Guilbert, Tusques, Balvet, Hédouin, Beaujard, Mme André, MM. Aubin, de Boucaud, Gardien Royer.

Remise d'une épée à M. le Professeur A. Gosset. — Pour commémorer l'élection du Professeur A. Gosset à l'Académie des sciences, ses amis et ses élèves ont l'intention de lui remettre, au cours d'une cérémonie dont la date sera ultérieurement fixée, son épée d'académicien. C'est une occasion pour eux de témoigner au Professeur A. Gosset, leur amitié, leur dévouement et leur admiration.

Prière d'adresser le montant de la souscription à M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (VIe). (Compte chèques postaux. Paris 599).

Les noms des souscripteurs seront réunis dans une plaquette qui sera remise en même temps que l'épée, au cours d'un banquet par souscription, dont la date sera ultérieurement communiquée.

Médecins sanitaires maritimes. — A la suite de la session d'examens de mars 1936 au Centre de Marseille, MM. les Docteurs Guillaume, Jaubert, Mockers, Ozil, Perrin et Pointener ont obtenu le certificat d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime.

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié (Professeur : F. Rathery). — *Cours de perfectionnement sur les maladies des reins du 8 mai au 20 juin* 1936. — Ce cours sera fait par M. le Professeur Rathery avec la collaboration de MM. Chevassu, Boltanski, Julien Marie, Mollaret, Froment, Dérot, Mme Germaine Dreyfus-Sée, MM. Moline, Pautrat, Doubrow et de Traverse.

Programme du cours. — Les théories de la sécrétion rénale. — Les grands syndromes : Albuminurie ; Polyurie et diabète insipide ; Anurie ; Acidose rénale ; Œdèmes ; Les accidents nerveux de l'urémie. — Les méthodes d'exploration rénale : Sécrétion de l'eau, du NaCl et des substances minérales, des corps azotés, des lipides et des glucides, des substances colorantes. — Les méthodes d'exploration chirurgicale du rein en pathologie rénale. — Les classifications des néphrites. — Les lésions anatomo-pathologiques types. — Les néphrites aiguës : Néphrite mercurielle ; Néphrites infantiles ; Syphilis rénale ; Tuberculose rénale ; Hépatonéphrites aiguës ; Néphrites et transfusion sanguine ; La néphrose lipoïdique.—Les différents types cliniques des néphrites chroniques : Néphrites avec œdème ; Néphrites avec azotémie ; L'amylose rénale. — La thérapeutique des néphrites : Les diurétiques ; Les régimes.

Exercices pratiques. — Les auditeurs du cours seront initiés aux différentes méthodes concernant l'étude des fonctions rénales et aux recherches anatomo-pathologiques : La réserve alcaline ; Le dosage du NaCl dans le sang et les urines ; La recherche de l'urée sanguine ; La constante uréo-sécrétoire ; L'indoxylémie ; La réaction xantho-protéique ; La créatininémie ; Les épreuves de diurèse provoquée et la densimétrie ; L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine ; La cylindrurie ; Les techniques histologiques.

Les exercices seront faits sous la direction du Docteur Doubrow et de M. de Traverse, chefs de laboratoire.

Inscriptions. — Les inscriptions à ce cours seront reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M. (Faculté de médecine, salle Béclard), tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Droit d'inscription : 250 francs. Un diplôme sera délivré à l'issue du cours.

Hôpital-hospice d'Orléans. — Un concours pour la nomination de quatre internes titulaires, aura lieu à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, le lundi 3 août 1936, à 10 heures.

Pour tous renseignements et se faire inscrire, s'adresser au directeur de l'hôpital-hospice.

Ecole centrale des arts et manufactures. — Le poste de maître de conférences d'hygiène médicale est actuellement vacant à l'Ecole centrale des arts et manufactures.

Les candidats devront adresser leur demande, accompagnée de leurs titres, à M. le Directeur de l'Ecole centrale, 1, rue Montgolfier, Paris (3e), dans le délai de un mois à dater du 17 mai.

Congrès des médecins électroradiologistes de langue française. — Le prochain Congrès des médecins électroradiologistes de langue française aura lieu, du 7 au 20 octobre 1936, à la Faculté de médecine de Paris, pendant le Congrès de chirurgie.

Il y aura trois rapports .

1. Radiodiagnostic : Sémiologie radiologique des affections ostéo-articulaires dites rhumatismales (arthrites et arthroses), par MM. Robert et Forestier (Aix-les-Bains).

2. Radiothérapie : La radiothérapie à tension élevée, par MM. W. Wangermez et Auriac (Bordeaux) pour la partie physique, et par MM. Lachapéle et Mathey-Cornat (Bordeaux) pour la partie clinique.

3. Electrologie : L'électrothérapie dans les métrites, par MM. Delherm et Dausset.

La cotisation pour le Congrès sera de 100 francs pour les membres titulaires, 50 pour les membres associés.

Le Comité a décidé de nommer un commissaire aux fêtes. Le Docteur Truchot a été désigné pour remplir cette fonction.

Les Journées médicales de Bruxelles (XV[e] session) se tiendront à l'Université libre du 20 au 24 juin 1936, sous la présidence de M. le Professeur Robert Danis.

Le programme scientifique comprendra des séances opératoires et d'application pratique dans les hôpitaux et une série de conférences : E. Alibert (Liége) : Les troubles vaso-moteurs post-traumatiques, pathogénie et traitement ; J.-A. Barré (Strasbourg) : Les crises nerveuses : nouvelles conceptions cliniques et thérapeutiques ; G. Blanc (Casablanca) : La vaccination contre le typhus exanthématique au Maroc : E. Bürgi (Berne) : La perméabilité cutanée aux médicaments et poisons ; J. Dechaume (Lyon) : Les éléments nerveux dans la vie des scléroses ; V. Demole (Bâle) : La précarence en vitamine C ; sa détection ; L. Devraigne : (Paris) : Dix ans de consultation de stérélité conjugale à Lariboisière ; C. Jimenez Diaz (Madrid) : L'insuffisance rénale fonctionnelle. — R. dos Santos (Lisbonne) : La voie artérielle dans le diagnostic des tumeurs et la thérapeutique des infections. — P. Gastinel (Paris) : Etude sur l'allergie vaccinale. — R. Grégoire (Paris) : Les infarctus intestinaux. — A. Haire (Namur) : L'asthme de l'enfant. — R. Jemma (Naples) : La malaria des enfants. — J. Leclercq (Lille) : Maladies professionnelles causées par les rayons X et les substances radio-actives; Le Fèvre de Arric (Bruxelles) : Perméabilité et perméabilisation vasculo-méningée ; L. Mercklen (Nancy) : Sujet réservé. — M. Netousek (Bratislava) : Contribution à l'étude des hépatites et cirrhoses expérimentales et humaines. — Nicolas (Lyon) : La maladie de Nicolas Fabre : ses complications, ses localisations multiples ; I. Pavel : (Bucarest) : Les ictères par obstacle fonctionnel. — L. Pussepp (Tartu) : Les gliomes cérébraux ; E. Ramel (Lausanne) : Du réveil de la primo-infection tuberculeuse provoquée par la syphilis primo-secondaire ; E. Renaux (Bruxelles) : Les purpuras et les phénomènes hémorragiques ; Van Caneghem (Bruges) : Nos connaissances de la pathogénie des bourdonnements d'oreille ; F. Van Goidsenhoven (Louvain) : Le traitement d'entretien dans l'anémie pernicieuse ; G. Vermeylen : (Bruxelles) : Les affections mentales dans leurs rapports avec les vitamines C ; A. Weiss (Strasbourg) : La thérapeutique médico-chirurgiclae de l'ulcus peptique jéjunal.

Un programme de distractions comprendra notamment un raoût et une soirée dansante, une représentation de gala, un banquet dans les salons du Cercle « L'Etrier Belge », une excursion dans les Ardennes et visite des Grottes de Han, et, pour les dames, une réunion hippique, la visite guidée de l'Hôtel de Ville, la visite de châteaux et des réceptions diverses.

A la séance inaugurale, le Docteur Maurice Bedel fera une conférence sous le titre : *Pétition à MM. les médecins au nom des malades.*

Une exposition internationale des arts et sciences appliqués à la médecine, la chirurgie, la pharmacie et l'hygiène sanitaire se tiendra pendant la durée des journées.

Les chemins de fer belges accordent aux Congressistes, une réduction de 35 % et les chemins de fer français une réduction de 40 %.

La cotisation est fixée à 100 francs belges (50 francs pour les dames et les personnes accompagnant). Inscription et renseignements auprès du Docteur R. Beckers, secrétaire général, 141, rue Belliard, Bruxelles.

Manifestations médicales de juin. — 8 au 12 juin. — Vienne. VI[e] Congrès de la Société internationale d'urologie. — Renseignements : M. Th. Hrintschak, Rathausstrasse, 3, Vienne.

Juin. — Paris. XVI[e] Réunion neurologique internationale. — Renseignements : M. O. Crouzon, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris.

19 juin. — Gloucester. Congrès de la Fédération internationale des étudiants des Universités britanniques et étrangères. — Renseignements : Office britannique du tourisme, 28, Champs-Elysées, Paris.

20 au 24 juin. — Bruxelles. Journées médicales (XV[e] session), sous la présidence du Professeur R. Danis. — Renseignements : M. Beckers, 141, rue Béliard, Bruxelles.

Chicago. — 1° Association chirurgicale américaine ; 2° Association américaine pour l'étude du goitre. — Renseignements : M. Tupin, 36, boulevard Haussmann, Paris.

(*La Pédiatrie pratique*).

Association générale des médecins de France. — L'Assemblée générale annuelle vient d'avoir lieu à l'Hôtel Chambon, siège social de l'Association, sous la présidence de M. Chapon, président.

Cinquante sociétés départementales étaient représentées par leurs présidents et délégués.

M. Bongrand, trésorier, a rappelé que l'Association avait distribué en 1935 en secours à la famille médicale plus d'un million de francs.

Après le rapport du Docteur Lutaud, secrétaire général, l'assemblée étudia les vœux émis au cours de l'année par les Sociétés locales, puis suivit une discussion courtoise mais animée au sujet d'un projet de retraite du médecin émanant du Docteur Boullard, de l'Orne. Ce projet, substitué au projet primitif élaboré l'an dernier par ce confrère, prend désormais la forme mi-capitalisation mi-répartition adoptée par le Conseil général. Un versement annuel de 200 francs qui sera transféré au nom de chacun à la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse sera exigé pour avoir droit à la répartition des dons.

Ce projet a été voté à l'unanimité moins une voix et quelques rares abstentions.

D'autre part, il a été bien spécifié par l'Assemblée que l'Association générale accepterait des dons mais ne patronnerait et n'organiserait dans ce but aucune publicité commerciale.

M. Malbois, de Versailles, a été élu membre du Conseil.

Le soir, un banquet de 85 couverts a réuni les présidents et délégués des Associations départementales. Des discours ont été prononcés par MM. Chapon, Tissier-Guy, Dibos, M. Dartigues, M. Gadaud Cunéo , M. Siredey.

L'action en responsabilité dirigée contre les médecins se prescrit-elle par trois ans ou par trente ans ? — Grave controverse, qui divisait jusqu'ici cours et tribunaux, et à laquelle vient de mettre fin un important arrêt de principe rendu le 20 courant, par la Chambre civile de la Cour de cassation, présidée par M. G. Péan.

Le problème à résoudre se ramenait à la question de savoir si la responsabilité du médecin envers son client, victime d'une faute commise au cours d'un traitement, est d'ordre délictuel ou d'ordre contractuel. Dans le premier cas, l'action en respon-

sabilité se prescrirait par trois ans ; dans le second, par trente ans. On aperçoit donc tout de suite l'intérêt de la question et pour les médecins et pour leurs clients.

Un médecin avait fait une application prétendue vicieuse de rayons X et déterminé chez le patient une radio-dermite des muqueuses de la face. Action en dommages-intérêts introduite contre lui. Comme les faits remontaient à plus de trois ans au moment de l'introduction de cette instance, ce médecin avait opposé devant le tribunal civil de Marseille d'abord, et la Cour d'appel d'Aix ensuite, l'exception tirée de la prescription triennale, c'est-à-dire fondée sur les articles 1382-1383 du Code civil de l'article 638 du Code d'instruction criminelle soutenant que sa responsabilité était délictuelle, et non contractuelle.

Par jugement du 5 mai 1930 et arrêt du 16 juillet 1931, l'exception dont s'agit était déclarée mal fondée et la responsabilité du praticien déclarée contractuelle. La demande était donc déclarée recevable et une expertise ordonnée.

Pourvoi du médecin contre l'arrêt d'Aix. C'est, dans ces conditions qu'après un arrêt d'admission de la Chambre des requêtes, la Chambre civile sur le rapport du conseiller Louis Josserand, après observations de Mes Morillot et Le Sueur, et sur les conclusions conformes du procureur général Paul Matter, a été appelée à statuer.

Son arrêt, rendu après un long délibéré en chambre du Conseil, pose en principe que la responsabilité médicale est d'ordre purement contractuelle, comme se rattachant au contrat qui se forme au préalable entre les parties et qui comporte pour le praticien l'obligation, non pas, évidemment, de guérir son client, mais du moins de lui donner des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données de la science, pour arriver à le guérir ou à le soulager. Du moment que cette obligation est violée — et c'est le rôle des juges du fond d'examiner et de décider si elle l'a été — l'action en responsabilité du client est fondée sur le manquement à la loi du contrat, et non pas sur les articles 1382 et 1383 du Code civil, qui relèvent, eux, de la responsabilité à caractère délictuel.

C'est donc la seule prescription de droit commun, c'est-à-dire celle de trente ans qui est applicable en pareille matière. Le pourvoi du médecin a, en conséquence, été rejeté.

(*Le Temps.*)

Service de Santé. *Mutations semi-mensuelles.* — Les médecins capitaines . Vialleton, du 8e d'inf., aux troupes du Maroc ; Bidault, de l'hôp. Gama à Toul, au 20e tir. algériens.

Les médecins lieutenants . Aigrot, des troupes du Maroc, à la place de Valence ; Rimbal, de la place de Tournoux, au 73e bat alpin de fort. ; Garnier, du 23e tir. algériens, aux troupes du Tunisie ; Le Meur, du 18e chasseurs à cheval, aux troupes de Maroc.

Les médecins au Parlement.—*Voici les noms des médecins élus aux dernières élections législatives :*

Républicains U. R. D. — Docteur Jean Bernex (Haute-Savoie), Docteur Biétrix (Doubs), Docteur Cousin, de Paris (9e) Docteur de Framond (Lozère), Docteur Gaillemin (Vosges), Doceur Oberkirch (Bas-Rhin). Total : 6.

Jeune République. — Docteur Paul Boulet (Hérault), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Total : 1.

Républicains de gauche. — Docteur Joly (Ille-et-Vilaine), Docteur Lecacheux (Manche), Docteur Rocca-Serra (Corse), Docteur Talandier (Cantal). Total : 4.

Radicaux socialsites. — Docteur Dezar, Naulds (Nièvre), Docteur Henry Gout (Aude), Docteur Pécherol (Drôme), Docteur Camille Perfetti (Haute-Marne) — Total : 4.

S. F. I. O. — Docteur René Arbeltier (Seine-et-Marne), Docteur Léon Bondoux (Nièvre), Docteur Dupré (Nord), Docteur Arsène Fié (Nièvre), Docteur Gardiol (Basses-Alpes), Docteur Guy (Haute-Savoie), Docteur Hollande (Aisne), Docteur Martin (Isère). Total : 8.

Communistes. — Docteur Georges Lévy (Rhône). Total : 1.

Totaux : 24. L'ancienne Chambre comptait trente-huit médecins

Association française des Femmes médecins. — La prochaine réunion se tiendra le mercredi 10 juin à 21 heures, 4, rue de Chevreuse, Paris (VIe).

Pur tous renseignements s'adresser à la secrétaire générale Mlle Serin, 11, boulevard Port-Royal, Paris (XIIIe).

BIBLIOGRAPHIE

Divers

Barnave ou les deux faces de la Révolution (1761-1793), par Jean-Jacques CHEVALLIER. Préface de Gabriel Hanotaux. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, avec huit gravures hors texte, 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

« Barnave, écrit l'auteur, représente mieux que personne, avec ce qu'elle avait de meilleur, avec ses étroitesses et ses erreurs aussi, cette bourgeoisie française cultivée, propriétaire et à « son aise », ce jeune Tiers-Etat qui voulut et poussa dans sa course la Révolution. En ce sens il incarne à la perfection (et Sainte-Beuve l'a bien vu) l'Assemblée Constituante, cette Assemblée bourgeoise. Il l'incarne dans son audace à livrer au vieil ordre un assaut victorieux, dans sa générosité, sa force constructive. Il l'incarne dans ses fautes, ses excès, dans ses hésitations, ses oscillations, losqu'elle s'arrête effrayée devant la poussée populaire et cherche, trop tard, à reprendre appui sur le trône chancelant. Peindre l'évolution, les mouvements intérieurs de Barnave, c'est donc inévitablement retracer la courbe psychologique de l'Assemblée, refaire par le dedans le récit de la « première Révolution », celle de 1789-1791. Il n'y a guère de cas où l'homme et l'époque fassent corps plus étroitement. »

Barnave, jeune bourgeois de province, jeté dans la lutte politique à vingt-six ans, est illustre à vingt-huit, tient plusieurs fois en échec, Mirabeau à la tribune, balance pendant quelques mois La Fayette en popularité. Puis c'est, à vingt-neuf ans, le déclin rapide sous les coups de Brissot, futur chef des Girondins, de Robespierre — un Robespierre débutant, en pleine ascension, dont l'auteur nous trace un portrait magistral. Le drame de Varennes met en contact, dans la berline de la fuite, Barnave et Marie-Antoinette, parachevant l'évolution politique du jeune homme, qui devient pendant six mois le conseiller secret de la reine. Retiré ensuite dans son pays natal, Barnave est arrêté après le 10 août 92 et guilloti né en 93, à trente-deux ans.

Ce destin tragique avait vivement frappé l'imagination des contemporains et des générations qui suivirent pendant la première moitié du XIXe siècle. Puis la figure attachante de Barnave était tombée dans un oubli relatif. Depuis vingt ans, à la suite du livre d'une érudite Anglaise, miss Bradby, des nouvelles recherches des spécialistes de la Révolution, enfin de la publication toute récente par Alma Soderjhelm de la *Correspondance secrète* avec la Reine, cette figure se trouve replacée dans une nouvelle et plus précise lumière. Le présent livre constitue la première biographie complète, en français, de ce jeune révolutionnaire dépassé par son œuvre et qui a écrit ce mot profond « Il est bien intéressant de commencer une révolution, mais il est bien à charge d'être obligé de la finir. »

Les tentations de Saint-Antoine, par Claude-Roger MARX. Numéro de mars-avril 1936 de *La Renaissance*. Prix : 25 francs. *La Renaissance*, 53, rue de Verneuil, Paris.

Ce numéro orné de 62 reproductions, dont un grand nombre à pleine page, constitue une monographie complète du thème de la tentation. A placer à côté du livre de Flaubert.


THÉOSALVOSE

ETUDES SUR LA SPIROCHÉTOSE

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE : PROF. LOEPER

La spirochétose ictéro-hémorragique

Par M. LOEPER et J. COTTET

Nous avons récemment observé deux cas de spirochétose ictéro hémorragique. Le terme peut paraître impropre puisqu'il n'y eut, comme c'est l'usage en Europe, pas d'hémorragies, mais il est consacré. Le mot même de spirochétose pourrait aussi surprendre puisque beaucoup d'auteurs, et particulièrement des auteurs étrangers, ont à plusieurs reprises signalé que le nom de spirochète n'était pas exact, et que ce parasite devrait en réalité s'appeler « leptospire », nom que lui avait donné d'ailleurs Nogushi (1).

Peu importe cette distinction. La spirochétose ictéro-hémorragique est une maladie née de la guerre, et nous l'ignorerions probablement encore si les cas ne s'étaient multipliés vers 1916-1917.

C'est une maladie dont nous avons, grâce aux recherches remarquables d'auteurs japonais, Inada et Ido (2), connu très rapidement le parasite, parasite indiscutable et indiscuté. Ce parasite permet non seulement de reconnaître la maladie sur les coupes, mais encore il permet par son agglutination de la reconnaître pendant la vie.

Elle a une symptomatologie et un cycle évolutif parfaitement connus ; elle peut se manifester sous des aspects multiples, et perd quelquefois certains symptômes, pour évoluer sous une forme purement fébrile ou méningée

Voici l'histoire de nos deux malades :

L'un n'est pas encore complètement guéri, mais il est en bonne voie. L'autre est sorti de l'hôpital en parfait état.

Le premier est un homme de 40 ans, qui a été amené en ambulance à l'hôpital Saint-Antoine le 16 novembre 1935 pour un ictère accompagné de délire. Il est égoutier de son métier c'est un point important.

Le 30 octobre, au cours de son travail, il a deux doigts écrasés dans une vanne, et le certificat médical porte : « contusion de la main par écrasement avec fracture probable de la deuxième phalange des deuxième et troisième doigts, fracture ouverte au troisième, et reconnaît une incapacité de travail de trois semaines.

Dans les jours suivants, aucun trouble n'apparaît, mais on pense plus sage de l'opérer, ce qu'on fait le 6 novembre sous anesthésie locale. A la suite de cette petite intervention le malade est pris de fièvre avec frissons et claquements de dents, de lassitude extrême, de douleurs généralisées ; le malade accuse également des courbatures surtout marquées aux membres inférieurs. A ce moment sept jours nous séparent de la blessure.

Du 7 au 12 novembre, la température reste élevée aux environs de 39°. Le malade tousse et crache un peu. Il accuse une telle faiblesse dans les membres inférieurs qu'il ne peut rester debout.

Le 12, l'état s'aggrave ; un médecin diagnostique une névrite des membres inférieurs.

(1) *J. of. exp. Méd.*, 1918, t. XXVII, p. 593.
(2) INADA, IDO, HAKI, ITO et WARIN. *J. of exp. Méd.*, 1916, p. 377.

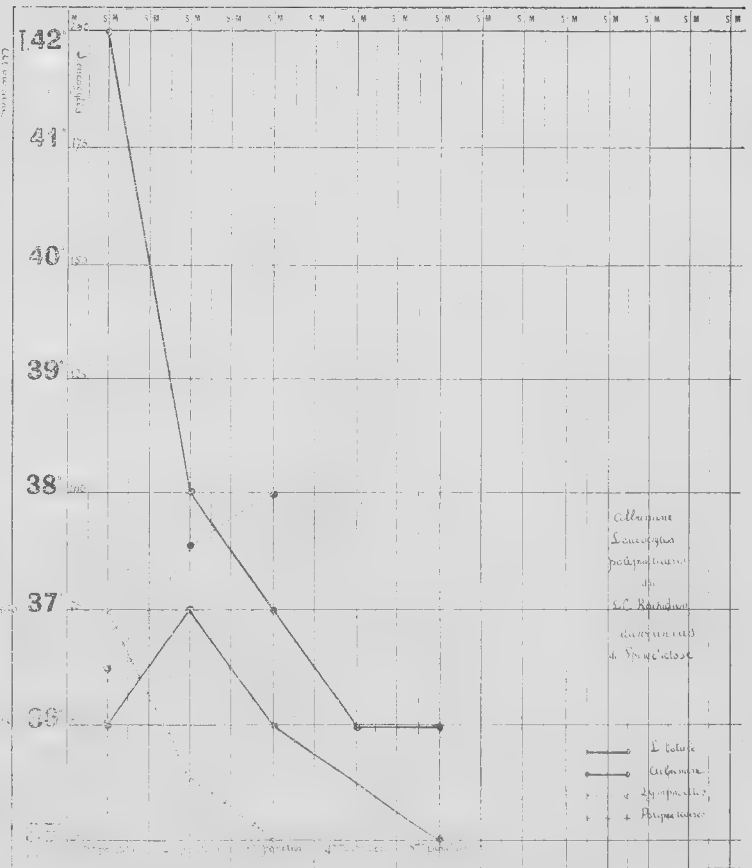
Le malade entre à l'hôpital le 14, soit huit jours après l'intervention chirurgicale, à un moment où l'ictère venait de faire son apparition. Cet ictère s'accompagne dans la nuit du 14 au 15 de selles mastic, qui deviennent liquides le lendemain. Les urines sont très foncées, peu abondantes. En même temps la fièvre diminue et les myalgies sont moins intenses. Mais un délire assez important s'installe pendant le séjour à l'hôpital.

Quand nous l'avons examiné nous avons trouvé une teinte jaune orangé très soutenue des téguments avec une certaine rougeur de la face qui perçait sous l'ictère. La température est peu élevée ; le pouls bat à 100.

On note des traces d'herpès labial, une langue assez rôtie, qui contraste avec la température. Le foie est volumineux, descendant au niveau de l'ombilic : la rate est percutable.

L'auscultation du poumon décèle des râles de bronchite des deux côtés. Le cœur est normal, la tension artérielle est de 11-8. Les réflexes tendineux sont normaux.

Le malade reçoit quotidiennement du sérum glucosé et de l'urotropine. La température reste subfébrile, oscillant entre 36°9 le matin et 38°2 le soir.



Albumine. Leucocytes polynucléaires du Liquide C. R. dans un cas de spirochétose

Le délire s'atténue progressivement ; l'ictère régresse ; aujourd'hui, alors que nous sommes au vingtième jour, il n'est plus très marqué, mais un certain nombre de signes cependant nous montrent que le malade n'est pas guéri.

Nous n'avons trouvé dans le liquide céphalo-rachidien aucun signe bien caractéristique. L'examen cytologique du sang a révélé 26.000 leucocytes et une anémie marquée à 2.800.000 ; nous n'avons observé aucune modification notable, ni de la résistance globulaire, ni de la formule, à part une polynucléose très élevée sur laquelle nous reviendrons. Par contre, phénomène capital, en regard des réactions hépatiques très légères, c'est-à-dire d'une absence de glycosurie alimentaire, d'une absence d'hyperglycémie alimentaire durable, d'une absence de modifications marquées de coefficient azoturique, il y avait une azotémie considérable : un jour de 3 gr. 50, un autre 2 gr. 36, un autre de 1 gr 75, un quatrième 0 gr. 65 ; aujourd'hui ce malade n'a pas encore retrouvé son chiffre normal. Parallèlement la constante uréo-sécrétoire est très élevée, à 0,36.

Après avoir été élevée, la température est à l'heure actuelle peu marquée.

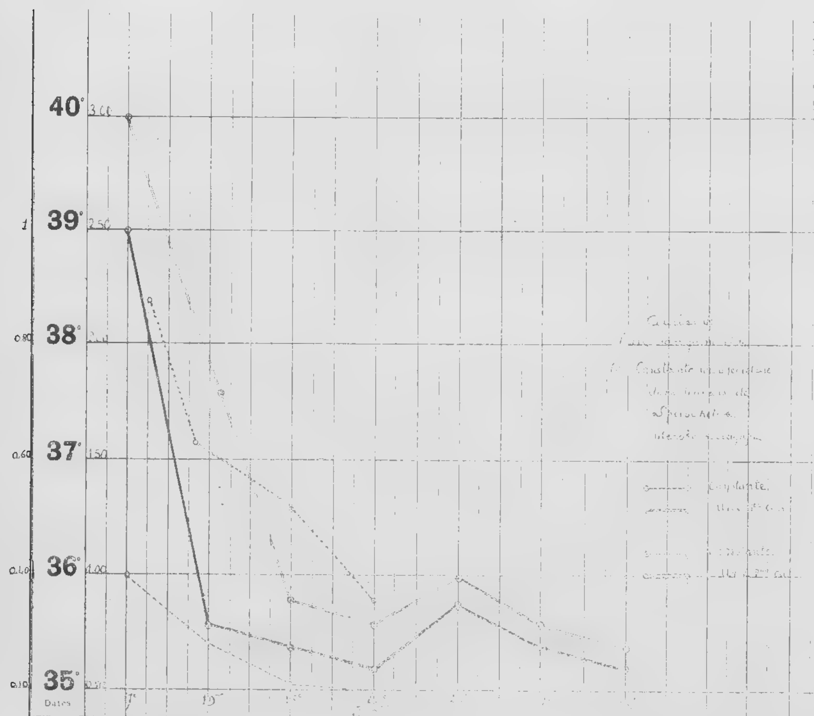
◆

En fait le malade est en train de guérir. Mais à un certain moment, étant donnée son imprégnation éthylique, nous pouvions craindre une évolution grave.

La deuxième observation concerne également un homme ; il est maintenant convalescent. D'ailleurs la spirochétose de nos pays guérit presque toujours, alors qu'au Japon elle est grave ; sa mortalité y atteint environ 15 %.

Voici donc l'histoire de ce cas qui nous apporte une nouvelle preuve de la bénignité relative de cette affection en France. Ce malade n'est pas égoutier, mais il est garçon de café, c'est-à-dire que ses mains plongent assez souvent dans des eaux qui ne sont pas impeccables, et s'il n'y a aucune comparaison à faire entre les eaux dans lesquelles plongent ses mains et les eaux dans lesquelles vit le malade précédent, il s'agit toujours d'eaux plus ou moins polluées ; c'est un point à retenir et qui mérite intérêt.

Il s'agit d'un homme de 37 ans, entré dans le service le 23 octobre 1935. Le début de la maladie semble remonter à dix jours :



Courbe de l'urée sanguine et de la constante uréo-sécrétoire dans deux cas de spirochétose ictéro-hémorragique

la température a fait une ascension subite à 40° s'accompagnant de céphalée, d'asthénie, de vomissements, de douleurs articulaires et musculaires. Ces myalgies ont été très marquées. Pendant cinq jours les signes restent à peu près aussi intenses qu'au début ; la température se maintient aux environs de 39°.

Le cinquième jour l'ictère apparaît, c'est-à-dire un peu plus tôt que chez le précédent sujet, sans aucune modification des signes généraux. Ce n'est qu'au dixième jour de sa maladie et au cinquième jour de l'ictère que le malade entre à l'hôpital.

A l'interrogatoire on ne retrouve ni bain dans une piscine, ni contact avec les rats, mais seulement des bains fréquents de mains dans une eau de vaisselle.

A l'examen nous avons remarqué, outre l'asthénie et l'ictère flamboyant colorant la peau et les muqueuses, un peu d'herpès sur la joue droite qui, à un moment donné, est devenu noir, par conséquent hémorragique, une congestion bilatérale des conjonctives extrêmement marquée, un peu de prurit, des épistaxis assez abondantes mais pas d'autres phénomènes hémorragiques. Il n'y a ni bradycardie, ni modifications cardiaques ; la diurèse est de deux litres. La température est aux environs de la normale et descend assez rapidement aux environs de 36°2, 36°3. Puis, après quatre ou cinq jours d'apyrexie, la température remonte. Il y eut donc deux périodes différentes et peut-être même trois ; durant la troisième la température oscilla pendant une dizaine de jours.

Cependant, à partir de ce moment, malgré cette température oscillante, tous les symptômes montraient une évolution vers la guérison.

Le malade reçut de l'extrait hépatique, de l'urotropine, du sérum glucosé. A partir du 30 octobre, c'est-à dire dix-sept jours après le début des accidents ses téguments commencèrent à reprendre une coloration normale, l'ictère ayant presque disparu ; la diurèse était de trois litres et le malade entrait en convalescence, gardant simplement de sa maladie un certain degré de pâleur et une anémie un peu prolongée.

Un instant durant la période du début, nous avions pensé à un ictère dothienentérique.

Nous avons fait faire un examen du sang pour rechercher si le bacille d'Eberth ou bien le paratyphique n'étaient pas en cause ; peut-être avions-nous tort de faire cette recherche car les 24.800 leucocytes n'étaient pas en faveur d'une dothienentérie ; d'ailleurs le séro-diagnostic fut négatif non seulement à l'Eberth mais au paratyphique.

On étudia dans ce sang les différentes substances en rapport avec les troubles hépatiques : le cholestérol qui était normal à 1 gramme p. 1.000 ; la cholalémie était très faible ; la bilirubinémie très élevée au contraire ; il s'agissait donc d'un ictère dissocié.

Le tubage duodénal a ramené une bile assez abondante tant de la vésicule que des canaux biliaires avec un chiffre de lipase très voisin de la normale, ce qui tend à indiquer que le pancréas fonctionnait à peu près bien et que les phénomènes divers que présentait ce malade dépendaient des modifications sanguines importantes.

Les temps de saignement, de coagulation étaient à peu près normaux ; mais la rétractibilité du caillot était prolongée.

La glycémie donnait un chiffre physiologique ; la glycosurie alimentaire ne se manifestait pas et le rapport azoturique était au chiffre banal de 82. Mais l'azotémie fut considérable : 3 gr. 10 p. 1.000. Quant à l'examen du liquide céphalo-rachidien, il révéla non seulement une augmentation de la quantité d'urée, mais une certaine quantité de polypeptides sur lesquels M. Fiessinger a attiré l'attention ; la réaction albumineuse était à 0,98 avec accroissement des résidus azotés.

Assez rapidement le chiffre d'urée tombait de 3 gr. 10 à 0 gr. 51 p. 1.000 ; à la sortie de l'hôpital il était à 0 gr. 37 et la constante uréo-sécrétoire de 0,10. A ce moment on trouva le chiffre des plaquettes sanguines ou des globulins à 220.000 ; il n'avait d'ailleurs jamais été très diminué pendant la maladie.

En somme, si on résume ces deux observations, on dira que cette affection a eu chez l'un et chez l'autre malades un début très brusque, dans la première période chez l'un la température resta élevée pendant plusieurs jours, tandis qu'elle baissa de façon rapide et paradoxale chez l'autre ; l'incubation de la maladie de l'un fut de six jours, tandis que chez l'autre elle fut plus longue. La période d'invasion fut de cinq à huit jours chez l'un et l'autre avant l'ictère et l'ictère apparut vers le neuvième jour chez l'un et l'autre. Tous deux ont présenté une petite rechute, l'une à peine ébauchée, l'autre prolongée et peut-être double. Tous deux ont eu un ictère superbe avec décoloration presque complète, sinon complète, des matières fécales ; tous deux ont été anémiques, tous deux ont présenté de la leucocytose avec une polynucléose marquée ; tous deux ont eu des phénomènes nerveux au début qui se sont atténués par la suite ; tous deux ont eu un chiffre d'urée considérable, qui chez l'un n'a pas encore baissé complètement ; qui chez l'autre, après un temps très court, est retombé à la normale, après avoir été de 3 gr.

Cette évolution générale de la spirochétose est tellement typique qu'on la retrouve à peu près dans toutes les observations classiques. Voyons donc maintenant un certain nombre de signes caractérisant l'évolution de la spirochétose ictéro-hémorragique :

Symptomatologie

Le début de cette maladie est en général brusque dans **90 % des cas** ; la température monte à 39° ou 40° ; l'incu**bation n'est pas toujours** identique : les gens qui ont été **mordus ou blessés** dans l'eau, ont ordinairement une in**cubation plus longue** que ceux qui ont contracté la spiro**chétose** d'autre manière.

La durée de la période d'invasion avait été chez l'un de **nos malades** de cinq jours ; c'est là un fait classique ; l'ic**tère attend parfois** cinq à huit jours pour apparaître, quel**quefois seulement** trois ou quatre jours.

Dans l'une de nos observations la rechute a été plus **nette que dans** l'autre ; dans la plupart des cas, on observe **une rechute** ; elle est parfois très atténuée, mais elle man**que rarement** ; parfois même on peut observer jusqu'à **cinq ou six récidives.**

Mais il est surtout important dans une étude de ce **genre, purement** analytique, de mettre en relief un certain nombre de symptômes capitaux caractérisant la spirochétose **ictéro-hémorragique**. Revenons d'abord sur les *troubles nerveux* : ils **marquent** le début de la maladie. Ce **sont des** symptômes à allure méningée, avec signe de **Kernig assez** fréquent, pour ne pas dire constant ; dans **une observation** de Pissavy une crise convulsive est notée. **Ce sont aussi** des manifestations mentales comme chez **notre malade** éthylique qui pouvait d'ailleurs tenir son délire de son intoxication alcoolique antérieure. Plus fré**quemment on note** de la torpeur, de l'asthénie qui du**rera pendant toute** l'évolution de la maladie et se pro**longera même** pendant la convalescence ; mais surtout **il faut noter** la fréquence de douleurs parfois très mar**quées au niveau** des membres et principalement des mem**bres inférieurs**, douleurs se manifestant par des arthral**gies et des myalgies** survenant dans certains cas par **crises** ; **l'hyperesthésie** est parfois telle que les malades **supportent mal** leurs couvertures ; enfin Sacquépée et **Guy-Laroche** (1) ont signalé de véritables ostéalgies.

Ces signes nerveux sont doublement importants : ce **sont les** premiers à apparaître et rapprochés de l'ictère **ils permettent** de faire le diagnostic clinique de spirochétose ; **d'autre part** nous verrons plus loin que l'ictère peut **ne pas apparaître** au cours de cette affection et qu'alors **les symptômes** nerveux résument toute sa symptomatologie.

Insistons en passant sur la fréquence des *épistaxis* et **sur l'extrême** rareté, au contraire, des signes hémorragiques, **tout au moins** dans la spirochétose de notre pays. **On note une rougeur** conjonctivale pendant les quatre à **cinq premiers** jours ; c'est là un signe très important **que beaucoup** d'auteurs considèrent comme spécifique quand on le constate au début d'un ictère.

L'herpès **ne se produit** que dans 20 à 21 % des cas ; en **général il est** labial et non pas facial ; il prend parfois **une allure hémorragique** avec des taches noir d'encre ; le **plus souvent** cet aspect n'est pas d'un bon pronostic ; **cependant** chez notre malade il n'a pas empêché la **guérison**.

Un autre symptôme dominant, primordial, va apparaître du quatrième au sixième jour après avoir été précédé par les signes nerveux, *l'ictère*. C'est un ictère foncé, jaunâtre, rougeâtre, couleur orangé, safran rouge que Pagniez a comparé à la grenade mûre. Le foie est souvent **volumineux** ; cependant cette hépatomégalie n'est jamais **très importante**.

Plus atténuées, oui certes. Pendant la guerre en 1917, **nous nous souvenons** d'avoir vu à Mesgrigny, aux envi**rons de Troyes** un soldat de 25 ans qui faisait partie d'un **groupe d'ictériques**, et qui présentait un ictère d'appa**rence catarrhale** ; c'était dans un endroit inondé par les **eaux** de l'Aube. Chez ce malade le début avait été brusque ; la fièvre était modérée, la langue saburrale, les selles décolorées ; nous avons pensé à l'ictère catarrhal, mais avons eu la surprise de prouver des spirochètes dans ses urines. Cependant, nous même avons mis un point d'interrogation sur ces spirochètes jusqu'au jour où d'autres malades observés dans le même endroit, ont donné tous des inoculations positives : nous étions donc bien en présence d'ictère catarrhal spirochétosique. D'autres cas ont été signalés par Garnier et Reilly (1), Pagniez, Cayrel, P.-P. Lévy et De Leobardy (2), J. Decourt (3), Brûlé (4). Il semble donc que cette spirochétose ictéro hémorragique soit en même temps méningo-ictéro-hémorragique et qu'elle puisse n'être ni neuro, ni hémorragique et simplement ictérique et même légèrement ictérique.

Peut-elle durer plus longtemps que chez nos deux malades. Incontestablement oui. Des observations de Garnier et Reilly montrent une spirochétose qui a duré 100 jours, s'est renouvelée trois fois, cinq fois et six fois même.

Peut elle être plus grave ? Comment meurt un spirochétosique ?

Nous avons déjà dit que dans nos pays la **mortalité était faible**. D'après ce qui a été publié elle n'atteindrait que 2 à 3 %. Mais au Japon il n'en est pas de même : le pourcentage est de 15 % ; cette spirochétose revêt d'ailleurs un caractère bien plus souvent hémorragique qu'en France, d'où le nom qui lui a été donné par les Japonais d'ictéro-hémorragique.

Comment meurent ces malades ? Ils meurent par le foie ; ils meurent par le cœur ; ils meurent par le rein.

Mort par le foie. — Comme dans l'ictère grave, plus ou moins tôt ; au cours de la rechute l'urée monte de plus en plus dans le sang, l'ictère au lieu de changer de teinte s'accentue, la température souvent tombe alors brusquement et le malade reste hypothermique ; le pouls est rapide, en contradiction avec la température. Puis apparaissent divers signes de l'ictère grave : saignement des gencives, pétéchies, ecchymoses, taches bleues sur le corps, melæna, vomissements, herpès noir et surtout anurie et le malade meurt d'insuffisance hépatique et d'urémie.

Nous avons vu pendant la guerre un malade, sergent au 57e, âgé de 40 ans, qui avait un ictère très foncé, un état général très grave, des spirochètes dans les urines ; le sang injecté au cobaye donna la mort à l'animal avec une hémorragie viscérale et une teinte ictérique des conjonctives. Ce malade mourut six jours après son entrée dans le service. Son foie était d'apparence normal mais présentait une dissociation des diverses cellules avec un début de sclérose. Les examens du foie et des reins étaient négatifs, mais peut-être à cette époque ne savait-on pas encore les faire. Voilà donc un cas de mort par ictère grave.

Mort par le cœur. — Les cas de mort par le cœur, dans la spirochétose ictéro-hémorragique ne sont pas nombreux. Le cœur cependant depuis quelque temps paraît être l'objet des préoccupations d'un certain nombre de médecins qui s'intéressent à la spirochétose. Nous avions jadis avec notre ami André Lemaire et regretté interne Schulmann publié une observation intéressante où il y avait eu défaillance cardiaque au cours d'une spirochétose avec insuffisance aortique probablement fonctionnelle.

Coste et Troisier (5), Garnier et Reilly ont également montré que le cœur pouvait être touché au cours de la spirochétose. Tout récemment Mollaret (6) a rapporté à

(1) *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 1917, p. 677.

(1) *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 19 janvier 1917.
(2) *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 30 novembre 1917.
(3) *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1932, p. 521.
(1) *Annales de médecine*, janvier 1935, p. 62.
(5) *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1917, p. [illegible].
(6) Mo[illegible]. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hop. Paris*, p. 1622, 1935.

la Société médicale des hôpitaux une observation où il s'agit d'un homme entré à l'hôpital le 23 août 1935 pour une fièvre durant depuis huit jours, accompagnée de céphalalgie, de vomissements, signe de Kernig, obnubilation, confusion. Le liquide céphalo-rachidien contenait des leucocytes. Ce malade guérissait de sa maladie lorsqu'au 57e jour il fit une arythmie et mourut subitement avec angoisse, dyspnée. L'autopsie montra une altération considérable des fibres myocardiques, avec zones de nécrose manifeste et assez étendues, une multiplication des noyaux des éléments musculaires, des lymphocytes interstitiels ; l'auteur se demande si en dehors de l'inflammation du myocarde il n'y a pas une certaine nécrose par suite d'infarctus septique dû au spirochète.

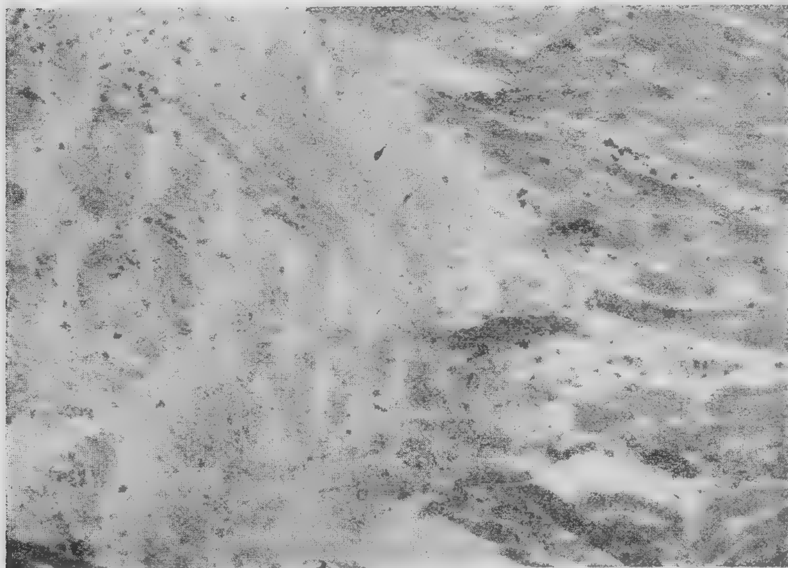


FIG. 3. — Foyer de nécrose du myocarde dans un cas de spirochétose hémorragique (Obs. Mollaret)

Mort par les reins. — Ces malades meurent aussi par le rein surtout quand celui-ci est déjà malade ; certaines observations décrivent des altérations rénales dans la spirochétose ictéro-hémorragique, mais en réalité ces lésions pouvaient exister antérieurement. Elles ont facilité encore la maladie, de même que des affections hépatiques antérieures ont pu faciliter la mort des malades.

Cependant dans une observation de Pissavy (1), assez curieuse, il semble que le malade, après des crises épileptiques, fit, après quelques jours, une diarrhée intense et une oligurie, augmenta en un mot son urémie et mourut au 53e jour. A l'autopsie on trouva une sclérose médullaire très marquée, des altérations nombreuses des cellules nobles et, semble-t-il, une néphrite atrophique et pyramidale de caractère inflammatoire et scléreux. Pissavy croit à une origine spirochétique et assimile ces lésions à celles qui se peuvent produire dans des observations expérimentales.

Pettit et Martin de leur côté ont signalé cette action sclérosante des spirochètes sur le rein des animaux.

Nous voyons donc que si cette maladie peut tuer par le cœur et aussi par le rein, elle tue surtout par le foie.

Diagnostic

Le diagnostic ne peut guère être difficile que dans les cas où il n'y a pas d'ictère, et que nous étudierons plus loin ; alors le diagnostic de la spirochétose peut être prévu cliniquement, mais il ne peut être sûrement posé que sur la constatation dans le liquide céphalo-rachidien, le sang ou les urines du spirochète ou sur la constatation d'un séro-diagnostic positif.

(1) *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1928, p. 835.

Il ne faut pas espérer constater le spirochète directement dans le sang ou dans le liquide céphalo-rachidien ; par contre, on le trouve assez aisément dans les urines.

Il faut surtout rechercher dans le sérum son agglutination ; elle n'est pas toujours précoce, mais on la trouve constamment à la période de convalescence et elle se prolonge longtemps.

On peut encore étudier la neutralisation d'une injection ultérieure de spirochètes à l'animal par le sang du malade, méthode indirecte, mais intéressante.

Nous n'insisterons pas sur les différents éléments du diagnostic différentiel. Nous dirons simplement que quelques points particuliers doivent être mis en évidence.

C'est d'abord la présence au-dessous de l'ictère d'une sorte d'érythrodermie à peu près constante qui fait que cet ictère est de couleur rouge-orangé, grenade mûre.

C'est d'autre part, la rougeur presque de règle, des conjonctives, signe capital qu'on ne retrouve dans presque aucune autre maladie.

C'est l'asthénie et les phénomènes nerveux qui y sont particulièrement prononcés et disproportionnés d'avec l'ictère ; c'est l'urée qui est constante, et d'autre part la rechute qui l'est à peu près aussi.

C'est donc une maladie bien définie et en général assez bénigne malgré son apparente gravité. Quelques éléments nous permettent d'ailleurs d'en établir le pronostic.

La précocité de l'ictère, son caractère foncé, la précocité de l'azotémie et son intensité, la chute brusque de la température dans la période d'état de la maladie, sont autant de symptômes graves.

Les phénomènes nerveux, la prostration persistante (qu'il faut distinguer des délires alcooliques) doivent aussi faire réserver le pronostic ; c'est encore la sécheresse de la langue, l'importance de l'oligurie d'autant plus à redouter que cette maladie donne assez fréquemment des urines abondantes, bien qu'il y ait azotémie ; on se méfiera aussi d'une albumine abondante. Mais sur tout on redoutera les hémorragies autres que l'épistaxis et particulièrement celles qui touchent l'estomac, l'intestin, les gencives. L'herpès noir indique une gravité particulière, bien que nous l'ayons noté chez l'un de nos deux malades.

Le pôle inférieur de *la rate* est parfois palpable, mais cette splénomégalie, inconstante, n'est jamais très accentuée.

Les urines sont très foncées ; leur volume est assez paradoxal puisque en pleine période aiguë il est des gens qui éliminent par vingt-quatre heures deux litres à deux litres et demi d'urines de couleur véritablement acajou.

Souvent les selles sont incomplètement décolorées ; d'autres fois elles le sont totalement ; dans certaines observations les selles sont d'abord décolorées puis se recolorent ; tantôt c'est l'inverse ; tantôt encore elles ne sont jamais décolorées.

En général le prurit est peu marqué.

Il est important de rechercher les *sels biliaires.* La réaction de Hay est souvent négative dans les urines ; Jean Cottet (1) a signalé qu'il y a fréquemment dans le sang dissociation entre les pigments biliaires, dont le chiffre est très élevé et les sels dont le chiffre peut être très bas. Il y a donc dissociation non seulement dans les urines, où d'ailleurs la recherche des acides biliaires est passible d'erreur, mais aussi dans le sang où la technique d'E. Chabrol, R. Charonnat et Jean Cottet permet

(1) J. COTTET. Une nouvelle méthode de dosage des sels biliaires du sang. Ses résultats cliniques. Th. Paris, 1935, Lefrançois, édit.

d'obtenir des dosages précis. Comme dans la plupart des autres ictères (ictères par obstruction plus ou moins durables cette dissociation n'existe pas, il y a là une particularité intéressante à signaler.

Epreuves d'insuffisance hépatique

En face de ce tableau ictérique, en face de cette réaction hépatique pourtant inquiétante on est étonné de voir les épreuves hépatiques donner des chiffres normaux ou en rapport avec une insuffisance hépatique très légère.

Le coefficient azoturique est un peu abaissé, mais cependant presque normal.

Si on recherche *le coefficient azoturique*, on est surpris de voir qu'il n'indique pas une évolution vers l'insuffisance hépatique.

Les polypeptides sont parfois accrus mais pas dans une proportion très élevée.

La glycosurie alimentaire pas plus que la *galactosurie* n'apparaissent dans la plus grande majorité des cas.

Le foie réagit d'une façon violente, apparente, brutale, dramatique, objective, mais le plus souvent il est peu touché dans ses éléments, son fonctionnement restant assez satisfaisant.

Le sang. — Dans les observations *la leucocytose* oscille entre 8.000 et 30.000 éléments ; les polynucléaires dépassent en général 80 %, ce qui permet d'éliminer certaines réactions ictériques d'origine typhique.

Les polynucléoses qui dépassent 80 % et atteignent 95 % sont, en général, suivies de mort. Nos malades peuvent donc faire exception, car celui qui est en bonne voie de guérison avait 95 % de polynucléaires.

La coagulation du sang est peu touchée ; le temps de saignement ordinairement peu accru et la rétractilité du caillot assez fréquemment réduite. Les plaquettes sont souvent très peu nombreuses.

Mais à cette règle il est des exceptions : l'un de nos malades, celui qui est aujourd'hui guéri avait 170.000 plaquettes au lieu de 200.000 pendant sa période aiguë et 220 000 à sa sortie de l'hôpital ; il n'a donc pas répondu absolument à ce type et cependant la rétractilité du caillot était chez lui notablement diminuée.

A côté du foie il importe tout particulièrement d'étudier *le rein* et surtout *l'azotémie.*

Le rein traduit son trouble fonctionnel de façon assez précoce et surtout de façon assez durable. L'albumine n'apparaît pas très marquée et oscille entre 0,50 centigr. et 2 grammes.

L'hématurie est discrète mais assez fréquente puisqu'elle est signalée dans 40 % des observations.

La cylindrurie n'est pas rare, mais on trouve surtout des cylindres hyalins ; les cylindres granuleux sont plus rares.

L'azotémie : le gros signe capital est cette azotémie découverte par Widal il y a déjà longtemps quand il décrivit cette forme d'ictère à rechutes avec son élève Abrami où la caractéristique était une azotémie de 2 grammes et qu'on sait depuis être la spirochétose. L'azotémie est retrouvée dans la plupart des observations. Peut-être est-elle en rapport avec l'intensité de l'ictère, certains faits le prouvent, mais ce n'est pas absolu. Peut être est-elle en rapport avec l'intensité du processus rénal : c'est probable, mais on ne voit pas de rapport cependant entre l'importance des manifestations urinaires, les cylindres, l'albumine et l'importance de l'azotémie.

Elle ne semble pas en rapport avec l'intensité des réactions nerveuses : en effet les malades présentant seulement des réactions nerveuses et ne faisant pas d'ictère ou peu, ont une azotémie en général moins marquée que ceux qui ont un ictère avec des déterminations rénales.

En un mot, l'urée paraît être en rapport avec le fonctionnement hépatique et avec une rétention rénale, mais non pas avec le spirochète, au sens strict du mot ; nous verrons que dans les affections qui ne se traduisent que par des réactions nerveuses l'urée est moins importante que dans les cas où il y a ictère.

Voici quelques chiffres relevés dans diverses observations : 3 gr. 33 (Sacquépée et Boidin), chez un second malade 1 gr. 85 à 4 grammes (Troisier), 6 gr. 10 (Cain), 3 et 4 grammes (Widal et Et. May).

Dans les spirochétoses nerveuses pures les chiffres ne dépassent guère 0 gr. 60, 0 gr. 52 et 0 gr. 31 (Guillain et Richet) 0 gr. 65 (Kourilsky), 0 gr. 40, 0 gr. 28, 0 gr. 45 et 0 gr. 47 (Troisier).

Le taux de l'azotémie déborde sur le liquide céphalo-rachidien, et un grand nombre d'observations montrent qu'on peut y trouver 2 à 3 grammes d'urée sans que le pronostic soit grave ; cela veut dire que le liquide suit fidèlement les oscillations du sang.

A ce tableau nous ajouterons encore quelques manifestations secondaires :

Des éruptions sont rencontrées dans 10 % des cas ; elles peuvent être multiformes.

Pagniez a insisté sur la fréquence d'une *alopécie* spéciale « en clairière » commençant aux environs du vingt-cinquième jour de la maladie : il a donné comme chiffres 21 cas d'alopécie sur 26 ; cependant cette proportion semble moins élevée qu'il ne l'a dit.

Evolution

Comment évolue cette spirochétose ictéro-hémorragique ?

Vous venez de voir deux cas graves dont l'un est guéri, l'autre en voie de guérison. Y a-t-il d'autres formes qui peuvent être plus atténuées, ou plus prolongées ou plus sévères ?

Une forte élévation dans le sang du taux des polynucléaires, certaines oscillations thermiques peuvent indiquer une suppuration surajoutée.

Anatomie pathologique

Au point de vue anatomique cette affection est caractérisée par des lésions qui ne sont pas très graves. De fait quand on examine les organes d'un malade mort par exception de spirochétose ictéro-hémorragique, on est frappé de trouver dans la plupart des organes des lésions superficielles, des lésions de vaso-dilatation, d'hémorragie, de congestion ; les cellules sont en général peu touchées, et quand elles le sont, c'est dans des conditions d'exacerbation, d'hyperplasie, d'hypertrophie et d'hyperactivité qui sont assez insolites et dont le spirochète doit être responsable.

Le foie. — Chez l'animal le foie peut être assez altéré, mais chez l'homme, il ne présente ordinairement pas de lésions cellulaires marquées, à part quelques éléments un peu œdématiés, dans lesquels on trouve un peu de graisse ; la dégénérescence graisseuse n'existe pas comme elle existe dans la fièvre jaune.

On voit des leucocytes disséminés ou disposés en amas. Parfois l'altération cellulaire est un peu plus accentuée avec dégénérescence acidophile : les cellules, au lieu d'être teintées par les réactifs basiques le sont plutôt par les réactifs acides. Quelquefois on observe de très gros noyaux ; d'autres fois des noyaux en chromatine ou même présentant des mitoses.

C'est là qu'apparaît le caractère de spécificité du spirochète qui, dans ce foie qu'il touche de façon intense mais peu profonde, réalise des altérations hypertrophiques qui sont des réactions de défense bien connues.

Il y a, certes, des formes graves où les cellules sont altérées, où le foie semble entièrement morcelé, où les cel-

lules sont isolées les unes des autres par une sorte d'œdème trabéculaire.

Mais dans la majorité des cas, le foie n'est pas très altéré. Les cellules présentent simplement des réactions de défense et même d'hyperplasie et de multiplication.

Tous ces phénomènes ont été mis en évidence par un certain nombre d'auteurs, en particulier par MM. Widal et Abrami, dans une observation publiée en 1910, où ils n'avaient pas trouvé de spirochètes mais qui était cependant une spirochétose. Des observations analogues ont été faites dans les maladies infectieuses; Bénard l'a signalée dans les foies scarlatineux ; Fiessinger dans une intoxication par le chloroforme ; Cornil et Carnot, dans une hémisection du foie, où une partie de l'organe est supprimée.

La chimie du foie a beaucoup préoccupé Garnier et Reilly ; je ne crois d'ailleurs pas qu'on puisse accepter leurs conclusions sans réserve.

L'importance du rôle du glycogène dans la défense de la cellule hépatique a été mise en évidence par Roger, il y a plus de trente ans et par nombre d'auteurs parmi lesquels il faut citer particulièrement Brault. Le glycogène du foie, disent Garnier et Reilly, quand on a pu examiner un fragment de foie quelques minutes après la mort, comme cela s'est fait pendant la guerre, n'existe dans un foie spirochétosique que dans la proportion de 1 gr. 30 pour 1.000, chiffre extrêmement faible, car dans la majorité des cas, à l'état normal, on en trouve dix fois plus. Il semble cependant que 1 gr. 30 pour 1.000 représente une quantité appréciable si l'on considère que la plupart des foies infectieux prélevés une demi-heure ou trois quarts d'heure après la mort ne montre plus de glycogène : le fait d'en trouver quelques centigrammes est un signe d'intégrité relative de l'organe.

Le rein est plus altéré que le foie chez les spirochétosiques ; il présente un tissu conjonctif un peu œdématié et quelques altérations cellulaires portant surtout sur les pyramides : ce sont les néphrites pyramidales avec aussi quelques karyokinèses : le rein participerait donc à ce processus d'irritation, d'excitation, dont nous parlions tout à l'heure à propos du foie.

Les surrénales sont hémorragiques.

Le système nerveux présente un fin piqueté hémorragique de la substance blanche et quelques petites altérations cellulaires.

En général, il n'y a pas d'altération des organes des sens ni des muscles striés.

Si *le cœur* est rarement touché dans cette maladie, il peut cependant jouer un rôle dans certains cas de mort rapide. Le spirochétosique, nous le répétons, peut mourir : par son foie : ictère grave ; par son rein qui continue à retenir de l'urée ; par son cœur, ce qui est d'ailleurs exceptionnel. Dans une observation récente, Pierre Mollaret et Jean Ferroir (1) ont signalé une altération profonde des fibres myocardiques qui entraîna la mort du malade ; les coupes de cœur présentaient des foyers inflammatoires multiples et des zones d'altérations nécrotiques portant sur une étendue assez considérable des parois du cœur comme dans l'infarctus microbien ou parasitaire. Le cas de Mollaret et Ferroir paraît être unique, mais il permet d'expliquer la mort de son malade.

Les lésions sont donc relativement superficielles sauf dans quelques rares cas ; ce sont des lésions qui régressent et qui régressent dans leur totalité avec retour de l'organe *ad integrum*. Peut être sont-elles susceptibles de passer à la chronicité, bien que ce point soit encore assez imprécis mais puisse se déduire d'un examen rénal tardif de Troisier.

Si l'on en croit certaines observations, dont celle de Pissavy (2) et celle de Garnier et Reilly, je ne dirai pas celle de M. Harvier, car elle comporte de grosses réserves sur l'existence antérieure d'un processus altérant du foie on peut croire que dans certains cas les lésions aiguës de la spirochétose ictéro-hémorragique sont capables de passer à la chronicité ; il est possible que certaines néphrites naissent d'un souvenir durable de cette atteinte de la spirochétose et peut-être aussi que certaines hépatites en apparaissent dans l'avenir ; jusqu'ici il s'agit surtout d'hypothèses, mais d'hypothèses qui valent des recherches multiples et qui malheureusement n'ont pas encore été démontrées de façon assez précise pour qu'on puisse se prononcer formellement.

Il est bien évident que c'est le spirochète qui est la cause de toute les altérations que nous venons de décrire ; c'est lui qui pénètre dans le sang d'abord, dans les espaces intercellulaires ensuite, jusque dans l'intérieur des éléments cellulaires, dans le foie, puis dans le système nerveux et pour s'éliminer, se localise dans le rein pour un temps plus ou moins long et se retrouve dans l'urine ; c'est ce parasite qu'on a retrouvé dans un très grand nombre de coupes et d'observations.

Dans le foie, à l'autopsie des malades on retrouve rarement le spirochète ; on le trouve peut-être avec un peu plus de fréquence dans le rein. Mais quand on le recherche chez l'animal, dans différents organes, on le trouve alors avec une fréquence considérable. On injecte par exemple au cobaye du sang de spirochétosique dans le péritoine : l'animal fait de la fièvre, son état général paraît très rapidement et fortement touché ; il présente de l'ictère pendant quatre ou cinq jours et meurt dans une proportion de 99 pour 100. L'ictère expérimental n'est pas absolument constant, mais il se retrouve dans 90 % des cas ; quoiqu'il en soit, on retrouve le spirochète dans le foie, les reins, les glandes surrénales et le système nerveux du cobaye.

Cette maladie a un caractère de réaction hyperplasique que provoquent fréquemment les parasites, les amibes, le spirochète de la syphilis et celui de la fièvre récurrente, mais plus rarement les microbes ; c'est cette irritation cellulaire qui aboutit à une hypertrophie, à un gonflement des noyaux du protoplasma, quelquefois même à une tendance à la multiplicité, aux mitoses et aux karyokinèses.

En conséquence, nous conclurons de cette brève discussion anatomo-pathologique que le spirochète excite les organes et les cellules et qu'il y crée une suractivité réelle avec des réactions de défense particulièrement précises.

C'est donc une maladie bien limitée, bien caractérisée par ses symptômes, bien caractérisée par son parasite, bien définie par ses lésions ; maladie typique de laquelle on ne peut presque rapprocher aucune autre affection aussi complètement connue, aussi rapidement connue, on peut même dire presque aussi définitivement connue.

Historique

Est-ce une maladie très nouvelle ? Evidemment elle apparaît telle pour nous médecins, car si nous n'avions pas eu la guerre, si nous n'avions pas eu les années 1915 à 1918, mais surtout 1917, nous ne connaîtrions probablement pas encore la spirochétose ictéro-hémorragique : nous serions encore obligés de nous reporter à certaines vieilles observations dans lesquelles on nous a dit qu'il y avait des ictères avec quelques taches hémorragiques et de les attribuer rétrospectivement, mais sans preuve absolue à de la spirochétose.

Etant données les conditions dans lesquelles se sont produites jadis les épidémies, étant donnés les endroits où elles se sont développées et les malaises présentés par les sujets qui en furent atteints, on peut se dire que la spirochétose existe en réalité depuis fort longtemps et que nous avons pour le croire des points de repère assez nombreux.

En 1718, en effet, apparaît dans le Piémont une fièvre

(1) *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. Paris*, 1935, p. 1622

(2) *Loc. cit.*

avec ictère et des douleurs dans les membres, bien entendu on ne donne ni la définition ni l'étiologie de cette fièvre, mais on signale déjà qu'elle se produit dans les endroits humides

En 1745, au cours de la guerre des Flandres, on voit encore se produire des manifestations du même genre avec des caractères assez semblables de jaunisse grave fébrile.

En 1800 pendant la campagne d'Italie et en Egypte, en 1849 au siège de Rome, en 1863 dans la guerre de Sécession et plus tard sur le Lac Majeur on voit apparaître des épidémies de fièvre qui, par leurs caractères ressemblent étonnamment à la fièvre ictéro-hémorragique : certaines s'accompagnent de taches purpuriques, de douleurs qui intriguent beaucoup les médecins. Toutes sont ictériques et si l'on relit cette petite notice très courte de Dominique Larrey à propos du siège d'Héliopolis, en 1800, on voit que : « Les accidents mortels qui surviennent à une « grande partie de nos blessés de la bataille d'Héliopolis « avaient fait craindre à nos soldats que les balles des en- « nemies fussent empoisonnées. »

L'histoire se renouvelle et on retrouve au cours de la grande guerre chez nos malades des symptômes analogues à ceux d'il y a plus de cent ans. Nos malades sont pris de frissons, avec des conjonctives très jaunes, un visage cramoisi et souvent des hémorragies nasales, des douleurs violentes de tête et vomissements. La maladie se termine en général par une crise urinaire après quinze à vingt jours et beaucoup guérissent. Et, comme le disent MM. Martin et Pettit dans leur livre, il est vraiment curieux de voir que Larrey s'est trouvé en présence de spirochétose, d'ailleurs abondante dans le bassin de la Méditerranée.

Plus tard ce sont les travaux de Landouzy sur le typhus hépatique (*Revue de médecine*, 1883), les leçons de Lancereaux sur l'ictère grave, le travail de Mathieu (*Revue de médecine*, 1886), qui précède de quatre mois celui de Weil (*Deutsche Archives für klinische Medizin*, 1886) qui décrit un ictère infectieux avec albuminurie, augmentation du volume de la rate et même avec rechutes, enfin l'observation de Widal et Abrami, en 19[?]8, qui au point de vue anatomo-clinique et évolutif est plus précise. Il y a ensuite les admirables recherches des Japonais Inada et Ido (1914) qui démontrent l'existence du spirochète (1).

Malgré tout, répétons-le, cette maladie serait encore à peu près inconnue en France et en Europe si pendant la guerre, dans les Flandres, près de Poperinghe, et à Villers-Cotterets, nous n'avions eu l'occasion de voir le spirochète envahir le front français, anglais et même quelques groupements italiens et si nous n'avions vu venir à ce moment dans les hôpitaux des quantités de soldats, de malades, présentant par « bouffées » si l'on peut dire, de l'ictère, de la céphalée et autres symptômes que nous savons être maintenant ceux de la spirochétose ictéro-hémorragique.

Epidémiologie

Mais pourquoi a-t-on vu au cours du mois de novembre dernier deux cas de spirochétose dans notre service, pourquoi en a-t-on rencontré encore des cas épars dans divers hôpitaux à cette même période ; pourquoi les bulletins du mois de novembre 1935 de la Société médicale des hôpitaux en contiennent un certain nombre d'observations ? C'est que cette spirochétose apparaît dans des conditions climatiques spéciales et qu'en général c'est une maladie du mois d'août et du mois de septembre. Evidemment certains disent : c'est une maladie de tout temps, de l'hiver, du printemps, peut être de l'été ; d'autres sont plus formels, parce qu'ils vivent en Europe, et, dans nos climats on peut dire que le maximum des cas se voit entre juillet et octobre ; les observations des *Bulletins* de la Société médicale sont en effet recueillies à cette époque de l'année, et c'est en octobre que nos deux malades sont entrés à l'hôpital.

Il y a donc des conditions climatiques favorisant l'éclosion de la maladie, mais il y a aussi des conditions hygiéniques que la guerre a mises en valeur : c'est au moment de la guerre des tranchées qu'on a vu survenir la spirochétose, quand les soldats nageaient durant des semaines, des mois dans la boue et c'est à ce moment qu'on a pensé que la spirochétose apparaissait surtout dans les milieux humides.

C'est tellement vrai que les cas ont toujours été nombreux dans les endroits humides ou inondés. Vers 1916-1917, après la bataille de l'Yser, dans les plaines inondées, beaucoup de soldats ont été atteints de spirochétose, conséquence des conditions d'hygiène, de l'humidité et de la boue dans lesquelles ils vivaient.

On remarque également que les égoutticrs, les gens qui travaillent dans des endroits humides, dans les cimetières, les ouvriers qui remuent la terre ou qui travaillent dans des conditions plus ou moins malpropres tels que les plongeurs de restaurant, les garçons de café, les baigneurs sont souvent atteints da spirochétose.

Cette question de l'eau est capitale ; la spirochétose est née au moment du curage des marais, des rivières, des ruisseaux et il est reconnu, d'autre part, que dans le plus grand nombre de cas ce sont les baignades qui ont provoqué la spirochétose. Chose curieuse, c'est au mois de juillet, d'août, de septembre qu'on se baigne et c'est, nous l'avons dit, l'époque où la spirochétose apparaît au maximum ; chose curieuse encore, c'est après les baignades dans l'Ourcq, dans le Loing, dans le Rhône, dans la Seine, que les cas ont été le plus fréquents.

Les spirochétoses contractées dans le Rhône ont peut-être été moins fréquentes et moins graves.

Voilà donc la fièvre des tranchées, voilà donc cette fièvre de la boue, voilà donc cette fièvre des mines de Fukuoka, cette fièvre des vases que décrivent les Allemands certainement due au spirochète d'Inada et Ido, que l'on prend en se baignant ou en buvant de l'eau contaminée.

C'est là un élément étiologique capital et il a fallu chercher à réunir sous un même vocable étiologique et pathogénique tous ces cas où l'eau intervient et leur trouver une cause commune : cette cause commune, c'est le rat. Il semble que le rat soit véritablement le véhicule de la spirochétose. Il y a à ce sujet nombre d'observations intéressantes ; en voici quelques-unes :

Lorsqu'en 1916 pour la première fois on commença à rechercher en France et en Europe, sur le front français ou allemand, les causes de la spirochétose, on vit à ce moment apparaître un certain nombre de conditions qui pour beaucoup d'auteurs et en particulier pour M. Pettit étaient vraisemblablement d'origine murine ou ratière : on vit certains sujets qui avaient été mordus par les rats, on vit des endroits envahis par les rats, où la spirochétose se développait avec prédilection ; on en conclut qu'il fallait incriminer le rat dans l'étiologie de la maladie. De leur côté les Japonais firent des recherches à ce sujet. Dans les mines de Fukuoka sur cinquantedeux rats saisis vingt-deux étaient parasités. Un auteur japonais Myazima désigna plus particulièrement le rat vivant dans les mines et aussi les surmulots des champs.

M. Pettit avec Costa a fait d'importantes recherches sur des rats contenant du virus. Il est allé dans le port de Lorient, à Rennes et à Marseille. C'est à Lorient qu'il trouva le plus de rats parasités.

Courmont et Durand (1) firent les mêmes recherches à Lyon sur les rats d'égout ; Nicolle et Lebailly (2) à Tunis sur les rats des abattoirs. Ainsi petit à petit nous vîmes

(1) INADA, IDO, HAKI et WANI. *Journ. of exp. med.*, mars 1916.

(1) *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. Paris*, 1917, p. 115.
(2) *C. R. Soc. Biol.*, 1918, p. 349-351 et 169.

apparaître le rat comme le réservoir certain du virus de la spirochétose, comme l'hôte intermédiaire entre l'homme et l'eau : ou bien le rat infecte l'eau, ou bien il mord. De toutes façons le rat est le véhicule de la parasitose ictéro-hémorragique.

Une fois fixé sur l'étiologie, sur le parasite et la cause de la contamination, quand on a connu le milieu, on a pensé qu'il y avait encore autre chose : cette spirochétose n'est peut-être pas toujours ictéro-hémorragique, elle est peut-être dans certains cas autre chose. Nous allons en voir quelques formes cliniques.

Formes cliniques

Nous entrevoyons aujourd'hui des observations où il n'existait que des symptômes méningés, de la fièvre et pas d'ictère hémorragique ; un certain nombre d'auteurs dont il faut se rappeler les noms, Guillain et Richet (1), Laubry et Foy, Laubry et Parvu (2), Rist et Rolland (3) en 1910, Costa et Troisier (4) en 1918, Bloch et Hébert en 1917 (5), ont décrit à la Société médicale des hôpitaux de Paris des formes méningées pures produites par le spirochète d'Inada et Ido.

Il ne faut donc pas croire récente la question de la spirochétose à forme purement fébrile et même méningée : elle reparaît ces derniers temps après un silence de vingt-cinq ans.

En 1910, dans un travail auquel il faut toujours faire allusion, car l'observation clinique en est remarquable, le Professeur Guillain avec Charles Richet (1) publiait quatre observations de malades ayant présenté à la fois de l'ictère et de la méningite ; ces affections étaient survenues dans une période où il y avait des cas de peste à Paris et des cas de méningite sans microbe, dont on ne trouvait pas la cause. Rist, Laubry et Foy et d'autres, ayant étudié de tels malades, ont indiqué que cette coexistence n'était pas fortuite, qu'il s'agissait d'une maladie dont ils ne savaient pas la cause mais dont on ne pouvait séparer les manifestations nerveuses (céphalée, signe de Kernig, contractures, douleurs musculaires, lombaires) qui simulaient une méningite, de l'état ictérique qui survenait en général après ; et M. Guillain ajoutait : chose particulière ces malades font des rechutes assez fréquentes ; en effet sur les quatre malades dont il parle, l'un d'eux, tout au moins, fit une rechute très nette, évidente, au quinzième jour, dont la gravité, du reste, n'empêcha pas la guérison.

Au point de vue des rapports existant entre la méningite et l'ictère ces observations sont tout à fait probantes ; personne, à l'heure actuelle, ne peut nier que les quatre observations de M. Guillain fussent déjà des spirochétoses ; mais on n'en connaissait pas le parasite.

Lorsque *les douleurs* sont isolées, sans ictère, parfois les malades se présentent à la consultation comme des rhumatisants ou des myalgiques.

On cite souvent une observation de Hébert et Bloch qui a trait à une spirochétose sans ictère ; celle de MM. Sacquépée et Boidin est également très démonstrative : il s'agit d'un homme de 21 ans entré dans le service pour une céphalée accompagnée de vomissements, mais aussi de manifestations rhumatismales ; on constate que ce rhumatisme est compliqué de signes cérébraux ; au quatrième jour il présente un subictère et des épistaxis ; malgré cela les urines sont assez abondantes : l'azotémie monte à 3,33 gr., puis s'abaisse à 0,80 gr. : Sacquépée et Boidin ne nient pas un seul instant avoir été en présence d'une spirochétose ; d'ailleurs les examens de laboratoire confirment le diagnostic : l'inoculation des urines et du sang est positive ; le cobaye meurt en neuf jours sans ictère ; mais dans le foie des animaux on trouve de très nombreux spirochètes. Sacquépée et Boidin insistent sur les phénomènes douloureux et les décrivent avec soin : ce sont des crises algiques très fréquentes qui se produisent plus encore pendant la rechute que pendant la phase initiale, alors que la réaction méningée parraît avoir complètement disparu ; vers cinq heures du soir, quelquefois, la nuit, pendant quatre ou cinq heures consécutives, leur malade présente dans la nuque, dans la face, au voisinage de l'ombilic, surtout au genoux et dans les mollets une sensation indéfinissable de broiement qui le fait crier.

Voici maintenant une observation toute récente que Loisel a bien voulu nous communiquer : il s'agit d'un malade de 36 ans, ingénieur aux Chemins de fer de l'Etat, ayant présenté jadis, ce qui rendait le diagnostic particulièrement délicat, une tuberculose rénale droite avec épididymite bilatérale et qui avait été néphrectomisé. Subitement, en septembre 1933, il est pris d'un frisson, de myalgies aiguës très intense, prédominant aux jambes, d'une céphalée frontale sus-orbitaire droite atroce ; il vomit par deux fois dans la journée ses aliments ; la température est à 39°5.

L'examen révèle une légère raideur de la nuque, ébauche du signe de Kernig, une rougeur de la face avec hyperémie conjonctivale ; il n'y a ni herpès ni albuminurie.

Le diagnostic de grippe paraissait probable lorsque voyant l hyperémie conjonctivale, les myalgies et la raideur de la nuque, on pense à une piemérite bacillaire étant donné que le malade avait fait jadis des troubles tuberculeux du rein qui avaient amené l'ablation de celui-ci.

Mais le soir du cinquième jour alors que le diagnostic paraissait exact, une albuminurie assez abondante apparaît, un examen cytologique révèle un nombre de globules rouges important, de rares cylindres hématiques et granuleux, quelques leucocytes. Le dosage de l'urée sanguine donne 1,28 gr. pour 1.000.

Donc hyperémie conjonctivale, albuminurie, manifestations brusques, douloureuses, température à 40° ; alors Loisel pense à une spirochétose méningée, il fait faire à l'Institut Pasteur au quatorzième jour un séro-diagnostic qui est positif.

En résumé, voilà un cas typique de spirochétose ictéro-hémorragique à forme méningée, qui paraît être analogue à une de ces formes nombreuses que l'on a vues pendant la guerre, il y a une quinzaine d'années déjà ; ces formes ont fait l'objet du très beau volume de Troisier et Bocquien (1) paru il y a deux ans. Et des cas également très nombreux ont été rapportés à la Société médicale des hôpitaux en novembre 1935.

La connaissance exacte de la spirochétose méningée pure remonte au mois de juillet 1918, époque à laquelle MM. Costa et Troisier ont publié à la Société médicale des hôpitaux une observation concernant un boucher de 23 ans qui dans un abattoir est pris subitement de céphalée, de vomissements ; il entre à l'hôpital le 16 décembre avec une dilatation très marquée de ses vaisseaux conjonctivaux, sans subictère ; il y a un léger signe de Kernig : la ponction lombaire révèle un liquide hypertendu sans réactions cellulaires, contenant 0,30 gr. d'albumine, 7 gr. de chlorures, 0,80 gr. de glucose, avec d'autre part une leucocytose assez abondante dans laquelle les leucocytes mononucléaires sont en proportion de 80 %. L'inoculation du sang de ce malade aux cobayes est positive : avec le même liquide céphalo-rachidien l'un des animaux meurt sans ictère et sans hémorragies en l'espace de quinze jours : d'ailleurs MM. Costa et Troi-

(1) G. Guillain et Ch. Richet. — Etude sur une maladie infectieuse caractérisée par de l'ictère et un syndrome méningé. *Bull. et mém. de la Soc. Méd. des Hôp.*, Paris, 1910, p. 289.
(2) *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 1910, p. 280 et 236.
(3) *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 1910, p. 245.
(4) *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.*, Paris 1918, p. 762.
(5) *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 1917, p. 75.

(1) Troisier et Bocquien. La spirochétose méningée. Masson, éd., 1933.

sier ont fait une réaction de neutralisation ; ils ont injecté au cobaye 2 c. c. de sérum du malade, et même après avoir injecté une certaine quantité de foie spirochétostique à ce même animal, ils n'ont pu provoquer aucune maladie. C'est la première observation de spirochétose méningée pure où l'on voit affirmée la nature spirochétosique.

Il y en a également chez l'enfant. C'est ainsi que MM. Apert et Broca (1), il y a quatorze ans environ, avait déjà publié une observation démonstrative qui n'est peut-être pas mentionnée suffisamment dans les travaux actuels.

Julien Marie et Pierre Gabriel (Société médicale des hôpitaux de Paris, 8 novembre 19 5) ont rapporté les observations concernant trois enfants qui tous ont fait des accidents méningés avec rougeur conjonctivale et un liquide céphalo-rachidien assez riche en lymphocytes ; tous ont guéri ; or, tous se baignaient soit dans le Loing, soit dans le canal de l'Ourcq.

Il s'agissait là d'une forme spirochétosique méningée chez l'enfant, forme pure, forme connue depuis longtemps, depuis dix-huit ans environ chez l'adulte, mais plus rare chez l'enfant ; cependant de nombreux cas ont été signalés durant ces vacances dernières.

Il y a d'autre part des formes qui ne sont pas seulement méningées, mais aussi douloureuses auxquelles on peut donner le nom de *formes myalgiques*.

Une observation intéressante a été publiée à ce sujet par notre collègue Hébert en 1917 ; il n'y manque que quelques détails au sujet de la ponction lombaire : il s'agissait d'un malade de 20 ans, soldat d'infanterie, qui se trouvant au dépôt divisionnaire le 3 octobre 1916, entre à l'hôpital avec le diagnostic de méningite aiguë. L'examen du liquide céphalo-rachidien révèle une légère leucocytose, on ne fait pas d'inoculation. Puis le malade souffre dans tous les muscles du ventre, des mollets, des cuisses et accuse des douleurs assez marquées dans le coude. Les auteurs, Hébert et Bloch (2), étonnés de ces myalgies, se demandent s'il ne s'agit pas d'une forme spirochétosique myalgique. Le malade guérit après une petite rechute.

Il existe une observation de M. Troisier où les accidents ont été à peu près semblables : le liquide céphalo-rachidien est clair, eau de roche. Un certain nombre d'examens sont faits ; comme on pense à une spirochétose, le sang du malade est injecté à un cobaye (3 c. c.) et provoqua l'ictère et la mort au septième jour de l'inoculation.

Nous ne croyons pas qu'il faille dire comme M. Troisier qu'il manque quelque chose à cette observation ; peut-être y manque-t-il quelques détails au point de vue de l'examen du liquide céphalo-rachidien, mais non pas au point de vue de l'expérimentation, puisque le sang du malade a été inoculé, qu'on a constaté des spirochètes dans le foie de l'animal inoculé et que celui ci est mort d'un ictère tout à fait caractéristique, tout comme un animal infecté de la spirochétose la plus banale.

On voit donc que les formes de spirochétose myalgiques étaient connues depuis 1917 puisque ces observations datent de cette époque.

Y a-t-il une autre forme nerveuse ? Oui, il y a des formes *psychiques*. Elles ont été surtout étudiées par le Professeur Guillain qui a fait jadis une communication sur la spirochétose avec troubles méningés dont nous avons parlé ; en 1910, il n'avait évidemment pas donné le titre de spirochétose, mais de fièvre méningo ictérique, il est revenu récemment (8 novembre 1935) sur ce sujet à la Société médicale des hôpitaux avec M. Jean Lereboullet à propos d'une malade ayant eu des crises épileptiques, qui pouvaient évidemment la rendre plus particulièrement sujette à l'eclosion des symptômes mentaux. Trois semaines avant son entrée à la clinique, en se promenant sur les berges de la Seine, elle était tombée dans l'eau au cours d'une crise. On la sauva. A son entrée à l'hôpital, la malade était dans un état de torpeur accentuée, avec profonde obnubilation ; les réflexes tendineux ne sont modifiés pas plus que les réflexes cutanés. Sa sensibilité superficielle et profonde est intacte ; elle présente seulement un état douloureux assez vif aux pressions des masses musculaires. L'examen ophtalmologique révèle une injection conjonctivo-ciliaire de l'œil gauche ; les réflexes cornéens sont très affaiblis.

La température oscille entre 38° et 40° ; l'azotémie est à 0,45 gr. L'examen du liquide céphalo-rachidien révèle une albumine à 0,30 gr. et 84 éléments par millimètre cube. Malgré l'absence totale de tout ictère les auteurs pensent à la possibilité d'une spirochétose à cause de la chute dans la Seine, des douleurs musculaires et de l'injection conjonctivo-ciliaire. Un séro-diagnostic de Pettit devait prouver l'exactitude de ce diagnostic.

La maladie perd donc parfois son ictère, elle avait également perdu en France ses hémorragies, elle va maintenant perdre des réactions méningées et devenir cette forme que Troisier appelle, pour reprendre l'expression de Nogushi, une leptospirose fébrile pure.

Là encore on peut dire qu'il n'y a rien de très nouveau, et que les cas sont seulement devenus plus fréquents. Dans les publications antérieures on trouve d'assez nombreux cas où ce terme de spirochétose anictérique est indiqué. Et Fiessinger le savait si bien que pendant son enquête à Rennes ou à Nantes il a décrit une fièvre anictérique purement fébrile à laquelle il a donné le nom de « forme française de la spirochétose ». Il a pensé même, avec des auteurs étrangers, pouvoir décrire le parasite d'Inada et Ido sous le nom de parasite « grippo-typhique de la spirochétose ».

Une autre observation de Troisier, Bariéty et Marcrez (Société médicale des hôpitaux, 8 novembre 1935) concerne un malade pris pour un typhique ; un cas de Devé paru dans la *Normandie Médicale*, en 1934 signale un malade pris pour un rhumatisant, arthritique, puis pour un grippé ; dans une observation de Mollaret du 23 avril 1935, le malade fut pris également pour un grippé ; Kourilski et Mamou dans leur communication à la Société médicale des hôpitaux de novembre 1935 donnent à la maladie le nom « formes pseudo-grippales » de la spirochétose anictérique.

Il ne faudrait cependant pas croire que la spirochétose soit fréquemment anictérique ; il faut bien dire que ces cas sont des exceptions dans la règle, jusqu'ici tout au moins. Ces maladies apparaissent comme une première étape de la spirochétose, elles s'arrêtent à la période de spirochétosémie, à la période méningée sans ictère, ou grippale sans troubles méningés.

D'ailleurs dans tous ces cas on retrouve le début rapide, le frisson solennel, quelquefois la température à 40°, la céphalée marquée, quelquefois des rachialgies, quelquefois des douleurs musculaires, très souvent la raideur de la nuque avec signe de Kernig ; l'herpès apparaît dans la proportion de 27 %, la conjonctivite, la dilatation des vaisseaux conjonctivaux dans 40 % des cas ; enfin la reprise possible de la maladie sous forme de rechutes n'est pas rare. Debré dans une très belle observation signale qu'il se produisit une rechute à trois reprises différentes. On note encore quelques petites hémorragies, la fréquence des épistaxis. Par contre on ne trouve pas de grande modification sanguine.

Chez de tels malades on trouve toujours des variations marquées du liquide céphalo-rachidien. Les observations de Guillain montrent des lymphocytes et des polynucléaires ou seulement ces derniers. Mais, fait particulièrement curieux, bien souvent le taux des leucocytes est assez faible alors que celui des albumines est un peu plus élevé que normalement.

Il est possible également, comme on le voit dans certaines observations, que le liquide céphalo-rachidien, d'ailleurs louche, contienne jusqu'à 30, 100 et 600 leuco-

(1) *Presse Médicale*, 20 décembre 1922.
(2) *Loco cit.*

cytes par millimètre cube ; l'observation de Harvier mentionne jusqu'à 600 leucocytes et une quantité d'albumine de 2 gr. d ailleurs passagère.

On peut voir sur les courbes des variations de la leucocytose et des albumines telles que : 75 cgr. d'albumine puis une descente à 25, alors que parallèlement les lymphocytes montent tandis que les polynucléaires s'abaissent. Au début la polynucléose augmente dans le liquide céphalo-rachidien, mais en général au bout de deux ou trois jours les lymphocytes dominent : ceci est un phénomène banal que nous signalons sans autre détail : quand on injecte dans le liquide céphalo-rachidien d'un animal un microbe quelconque, la leucocytose est d'abord polynucléaire et devient ensuite lymphocytique.

D'autre part on note une participation presque constante du rein sous forme d'une légère albuminurie mais l'azotémie est toujours atténuée. La moyenne représente 0,60 gr. à 0,70 gr. pour 1000 alors que dans les formes avec ictère elle atteint 2 gr., 2,40 gr., 3 gr.

Voilà donc des éléments de diagnostic, mais dans bien des cas on peut se tromper à cause du polymorphisme même de la spirochétose.

Aussi ne pourra t-on affirmer ce diagnostic que s'il est basé sur la recherche de l'agglutination qui est parfois énorme et atteint non seulement 1 pour 500, 1 pour 60.000, 1 pour 500 000 mais 1 pour 1.000.000.

C'est ce que va chercher Mollaret dans l'article suivant.

Le diagnostic microbiologique de la spirochétose dite ictéro-hémorragique

Par le Dr Pierre MOLLARET

Médecin des Hôpitaux de Paris

Chef de Laboratoire à l'Institut Pasteur

L'importance des données microbiologiques est considérable dans le domaine du diagnostic de la spirochétose dite ictéro-hémorragique. Même dans les formes les plus typiques de l'affection, c'est à la microbiologie que l'on demande la conclusion définitive. Dans les formes atypiques, formes sans ictère ni hémorragies et dont la diversité et la fréquence vont grandissantes, les critères légitimes relèvent du laboratoire. Enfin, les différentes techniques exposées plus loin, permettent seules d'aborder certains problèmes fondamentaux d'ordre étio-pathogénique actuellement en cours d'étude et dont nous ne pourrons qu'à peine évoquer l'intérêt.

L'exposé qui va suivre, inspiré essentiellement de la pratique courante du laboratoire du Prof. Pettit à l'Institut Pasteur, sera divisé en deux parties, de façon à mieux schématiser les différentes alternatives :

I. Diagnostic microbiologique des formes cliniques typiques.

II. Diagnostic microbiologique des formes cliniques atypiques.

Pour apprécier la spécificité des techniques employées, le complément logique de cette étude résiderait dans celle des documents microbiologiques concernant le rôle pathogène constant et exclusif de *Spirochæta ictero-hemorragiæ*. Mais c'est là un problème considérable que nous ne pouvons aborder dans les limites de ce bref exposé.

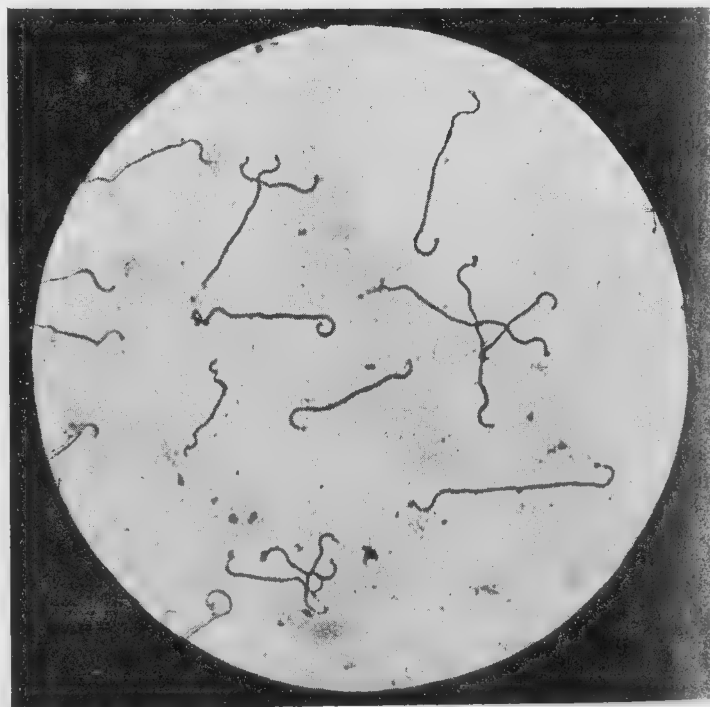
I. DIAGNOSTIC MICROBIOLOGIQUE DES FORMES CLINIQUES TYPIQUES

Le caractère majeur des formes cliniques typiques de la spirochétose dite ictéro-hémorragique, formes à type d'hépato-néphrite aiguë curable, réside dans le déroulement cyclique de différents syndromes. Aussi insisterons-nous, au préalable, sur la nécessité de sérier, dans un cycle parallèle, les différents gestes à faire pour acquérir la certitude microbiologique.

Dans un but purement mnémotechnique, découpons en tranches de cinq jours en moyenne, chacun des stades évolutifs et faisons-leur correspondre les techniques à mettre en œuvre.

Du premier au sixième jour, se déroule la phase infectieuse pure, véritablement septicémique. A ce moment, on tentera de démontrer la présence de *Spirochæta ictero-hemorragiæ* dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, et l'on s'adressera, dans ce but, moins à l'examen direct ou à la culture, qu'à l'inoculation au cobaye.

Du sixième au dixième jour, va s'affirmer l'hépato-néphrite spirochétosique. Ce n'est souvent qu'à ce moment, qu'aura pu être envisagée la vraisemblance d'une spirochétose ictéro-hémorragique. Or il faut bien savoir qu'un tel retard est très regrettable, car cette phase correspond à une véritable solution de continuité quant aux possibilités du laboratoire.



Spirochæta ictero-hemorragiæ

Frottis traité par l'albuminate d'argent (d'après L. Martin et Auguste Pettit : Spirochétose ictéro-hémorragique, Masson, éd.).

La mise en évidence du micro-organisme sera ordinairement devenue impossible dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, et il sera encore trop tôt pour constater son élimination dans les urines, et pour saisir dans les humeurs une signature antigénique quelconque. A cette période d'installation de l'hépato-néphrite correspond donc, malheureusement, une carence totale de la microbiologie.

Du dixième au quinzième jour, moment où se dessine la rémission clinique, le séro-diagnostic va s'affirmer rapidement positif. La remarque précédente, concernant les cas où le rôle du spirochète n'aura pas été soupçonné précocement, montre déjà que le séro-diagnostic représentera pratiquement le maître-test du laboratoire.

Après le quinzième jour, c'est-à-dire lors de la rechute thermique si hautement suggestive, comme après celle-ci, on s'adressera encore au séro-diagnostic (dont le taux ira rapidement croissant). Mais on s'adressera parallèlement à la mise en évidence du spirochète éliminé par les urines et à la réaction des immunisines du sérum sanguin.

Tel est le schéma chronologique fondamental pour le laboratoire. Il est certain que de tels délais ne seront pas toujours

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

La première enfance et ses maladies, par RIBADEAU-DUMAS. Encyclopédie médico-chirurgicale, deux volumes.

La pathologie de la première enfance est très spéciale : elle présente le mélange bien curieux d'une invraisemblable résistance et d'une fragilité décevante due aux ratés de la régulation thermique, aux drames de la nutrition, aux désastres de l'infection contre laquelle le nouveau-né est à la fois désarmé et immunisé et, enfin, aux malédictions héréditaires. C'est pour soigner de tels malades qu'a été créé le service de RIBADEAU-DUMAS : c'est le refuge des nourrissons dont l'état est quasi-désespéré. Et ceci a été le point de départ de toute une école en sorte qu'après l'école de la Salpétrière de CHARCOT, qui a été la Mecque de la neurologie, il existe maintenant une autre Ecole de la Salpêtrière, celle où contre toute espérance, RIBADEAU-DUMAS et ses élèves se passionnent pour arracher à la camarde des nouveau-nés qui n'ont plus qu'un souffle. Mais qu'on ne s'y trompe pas, il n'y a pas là, seulement, une immense bonne volonté et une grande ardeur à guérir. Il y a, plus encore peut-être, un grand désir de connaître et de comprendre, un souci d'observation minutieuse et toujours en éveil et, ce qui est plus difficile encore, un ferme propos de concilier cet esprit d'observation clinique rigoureuse avec la volonté de rester ouvert à toutes les théories nouvelles plausibles, avec l'idée bien arrêtée de ne mépriser aucun progrès. Et c'est de cela qu'il faut louer RIBADEAU-DUMAS; car il est capable d'enthousiasme à la différence de certains qui se croient de bons esprits critiques parce qu'ils sont des sceptiques. C'est dans cet ardeur à lutter contre la maladie et à améliorer nos connaissances qu'a été écrite cette *Somme* de nos connaissances physio-pathologiques et de nos possibilités thérapeutiques, en matière de puériculture. H. VIGNES.

La syphilis gastrique. *Etude clinique*, par A. LANDAU et J. HELU. Un volume de 186 pages, avec 15 figures, 32 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Suivant les auteurs de ce livre qui ont eu à leur disposition un matériel clinique important et ont pu poursuivre de nombreuses observations, la syphilis gastrique est plus fréquente qu'on ne la diagnostique, bien qu'on doive considérer que les syphilitiques peuvent être porteurs de diverses affections gastriques auxquelles la syphilis prédispose plutôt sans qu'on puisse en suspecter l'apparition.

Une systématisation précise des affections syphilitiques de l'estomac et leur classification rationnelle sont donc des conditions nécessaires pour satisfaire au diagnostic. Cette classification paraît rationnelle si elle est divisée en deux groupes.

1° Affections organiques dont l'étude anatomique fait découvrir la présence des lésions syphilitiques, soit directement, soit indirectement ;

2° Affections fonctionnelles de l'estomac sans lésions anatomiques de celui-ci. Les lésions syphilitiques concernent ici les autres organes et provoquent du côté de l'estomac des plaintes qui dominent le tableau clinique de la maladie.

On trouvera donc dans ce livre une étude clinique et thérapeutique de toutes les formes de syphilis gastrique qui peuvent se présenter et que les auteurs ont pu observer.

Recherches sur les eaux polluées. Consommation d'oxygène et capacité d'épuration, par André LEYS. I vol. gr. in-8, 112 pages, figures, 20 francs. Baillière, 19, rue Hautefeuille! Paris (VIe).

L'auteur s'est proposé comme but de rassembler dans ce travail, tous les renseignements nécessaires pour effectuer, selon les méthodes anglo-américaines, une enquête sur l'intensité de la pollution provoquée par un affluent comparée à la capacité d'épuration spontanée du cours d'eau dans lequel il se jette.

Après avoir exposé les principes de ces méthodes, il a décrit avec détails les techniques et il a ajouté un certain nombre de remarques personnelles et des exemples d'application à des cas particuliers dans la région du Nord.

Les colites amibiennes, les colites à lamblas, les colites à trichocéphales, par le Docteur Pierre MARTIN (de Châtel-Guyon). Un volume de 145 pages, prix, 12 francs. Librairie Maloine.

Cet ouvrage pratique et documenté constitue une mise au point de l'un des chapitres les plus discutés de la pathologie intestinale.

Divers

Sorcellerie. Ses rapports avec les sciences biologiques, par le Docteur Jules REGNAULT. In-8°, 365 pages, 9 illustrations, 1936. Prix : 40 francs. Amédée Legrand, 93, boulevard Saint-Germain. Paris.

Cet ouvrage fut présenté comme thèse de doctorat devant la Faculté de Bordeaux il y a quarante ans. Cette nouvelle édition a été revue et augmentée par l'auteur, qui a fait de multiples expériences sur les sciences occultes et qui, médecin de la Marine, a pu recueillir directement quelques nouveaux documents dans les pays visités par lui.

Dans la première partie il étudie la sorcellerie dans les différentes races, ses rapports avec les diverses religions, enfin les conséquences de la croyance au pouvoir des sorciers.

« La seconde partie est plus spécialement scientifique et critique. Après avoir constaté que la foi aux sortilèges se retrouve chez tous les peuples, le Docteur Jules Regnault se demande si cette croyance, qui est universelle, est aussi universellement erronée : ou si, plutôt, elle ne correspondrait pas à certains faits réels, sous le revêtement séculaire des légendes invraisemblables ou absurdes dont l'imagination populaire s'est complu à les affubler.

Il détaille les pratiques de la sorcellerie (messes noires, charmes, ligature d'aiguillette, envoûtements d'amour ou de haine, etc.), il étudie ceux qui

jouent le rôle de sorciers, puis il classe les malades qui sont ou se croient victimes de sortilèges.

« Très intéressé et aussi, sans doute, très amusé par les surprenantes consultations qu'il est allé demander aux sorciers, aux spirites, aux prêtres occultistes, aux mages, dont il recueillit pieusement les témoignages, M. Jules Regnault nous promène, dans ces milieux grouillants, inquiétants et bizarres. C'est chez les médecins, comme il convenait, que l'enquête se termine.

Cet ouvrage, écrit avec la plus grande indépendance et très documenté, fournit de nombreuses données sur l'Histoire et l'Ethnographie et sera utile au médecin et à l'Européen vivant aux colonies ou dans des pays étrangers, exposé à choquer les indigènes, sans le vouloir, en allant à l'encontre de croyances qu'il ignore.

L'Origine des Mondes, par Paul Labérenne. Un volume in-8 couronne de 320 pages, 12 francs. Collection « Problèmes ». Editions sociales internationales, 24, rue Racine, Paris (VI[e]). Chèque postal 974-41.

La question de l'origine des mondes est l'une des questions fondamentales de toute philosophie ; elle est aussi devenue, avec le développement des connaissances humaines, un problème scientifique dont on connaît de mieux en mieux les données et dont on peut déjà envisager quelle pourrait être la solution. Dans aucun autre domaine, toutefois, la lutte entre la religion et l'idéalisme, d'une part, le matérialisme et la science de l'autre, n'a atteint, sans doute, un degré aussi aigu. C'est précisément cette lutte que Paul Labérenne a entrepris de suivre dans ses détails, en retraçant l'histoire du problème cosmogonique, depuis les premiers balbutiements des mythologies et de la genèse, jusqu'aux théories les plus récentes, basées sur les extraordinaires découvertes des physiciens et des astronomes contemporains. L'axe de cette étude, comme dans les précédents ouvrages de la Collection, est le matérialisme dialectique. Lui seul, en effet, permet de comprendre pourquoi des théories matérialistes ont pu apparaître à certaines époques de l'Antiquité — où la science était très peu développée — et pourquoi l'on peut, au contraire, voir aujourd'hui, des savants de valeur essayer d'exploiter à des fins idéalistes, la constatation de la rareté de la vie dans l'Univers, les lois de la thermodynamique ou la fuite des nébuleuses spirales. Lui seul permet également de découvrir au sein des hypothèses contradictoires, celles qui sont dictées par des arrière-pensées créationnistes et celles qui peuvent, par contre, se révéler comme fécondes dans l'avenir.

Ecrit dans une langue simple et élégante, cet ouvrage réussit à vulgariser et à rendre accessible au plus grand nombre — sans pour cela sacrifier la rigueur scientifique — des questions dont certaines sont, par essence, fort délicates. Des annexes détaillées — traitent de certains points plus particuliers : Conflit entre la Science et la Religion ; Procès de Galilée ; Finalisme de Bernardin de Saint-Pierre : Cosmogonies orthodoxes et fantaisistes de M. Belot ou de l'abbé Moreux.

Potemkine (1736-1791), par Robert Michel. Traduction française de G. Welter. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, 15 francs). Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans toute l'histoire on ne peut trouver un personnage plus représentatif de la mentalité russe que Potemkine, « l'amant, l'ami, le conseiller de Catherine la Grande », et, en fait, pendant des années le corégent de l'Empire russe. Robert Michel a traité son sujet de la façon la plus complète et Potemkine nous apparaît tel que le comte de Ségur voulait, dans ses Mémoires qu'on le peignît : « Pour faire le portrait véritable de Potemkine il faut le dépeindre comme l'emblème de la Russie, comme un symbole vivant de l'Empire sarmate. Il était colossal comme la Russie elle-même. Comme elle, il offrait en même temps la civilisation et la barbarie; on voyait en lui l'Asiatique et l'Européen, le Tartare et le Cosaque, la rudesse du XI[e] siècle et la corruption du XVIII[e].... ».

Cette savoureuse biographie de Potemkine reproduit en manière de préface une lettre du prince de Ligne. Celui-ci qui a connu tous les personnages marquants de son temps a été frappé par la personnalité de Potemkine plus que par toute autre : « C'est l'homme le plus extraordinaire que j'aie jamais rencontré.... Quelle est donc sa magie ? Du génie, et puis du génie, et encore du génie ! »

Ce livre complète d'une façon fort intéressante la biographie de Catherine II de M. Brian-Chaninov, publiée il y a quelque temps dans la même collection.

Editions Germinal

Sous le pseudonyme de Jacques Germinal, le Docteur Ch. Fouqué a publié une série de livres qui abordent les questions sexologiques les plus hardies. Ils ne s'adressent qu'au public médical. En demander la liste aux Editions Germinal, 23, rue Pasteur, Saint-Fons (Rhône).

Code de la Bibliographie moderne, par Maurice Robert. Préface de Francis de Miomandre. 1 vol. 17 × 22. Fac-similés inédits de Berthold-Mahn, Decaris, Edy-Legrand, Mariette Lydis, Marcel Jeanjean et Maximilien Vox. Prix : 10 francs. Union latine d'éditions, 33, Quai des Grands-Augustins, Paris.

Un technicien de la belle édition nous initie à l'art de constituer à coup sûr une précieuse bibliothèque, en un spirituel exposé luxueusement édité.

aussi absolus. D'autre part, certains auteurs ont rapporté des résultats positifs, obtenus précocement, par exemple à partir des urines ou des crachats. Mais nous avons tenu à n'énumérer jusqu'à présent que les données définitivement acquises.

Reprenons maintenant, une à une, chacune des techniques fondamentales.

Les inoculations

1° ***Le cobaye demeure l'animal réceptif de choix.*** — ***Les techniques d'inoculation*** au cobaye sont très simples.

Le sang sera injecté avant le sixième jour à la dose de quelques centimètres cubes, par voie intra-péritonéale et non par voie sous-cutanée, car celle-ci entraîne parfois la formation d'escharres, sources d'infections secondaires. Il est préférable de procéder, d'autre part, à l'inoculation au lit du malade, en réinjectant le sang extemporanément ; ceci permet d'éviter l'adjonction de citrate de soude, qui déclenche souvent un véritable état de shock chez le cobaye.

Le liquide céphalo-rachidien sera prélevé dans les mêmes délais et injecté après centrifugation, tout le culot de centrifugation étant repris dans quelques centimètres cubes de liquide ; l'inoculation peut être faite indifféremment sous la peau ou dans le péritoine.

L'urine sera injectée avec des précautions plus particulières. On centrifugera une quantité assez importante (300 c. c.) d'urines fraîches, recueillies aussi aseptiquement que possible et l'on reprendra un demi-centimètre cube du culot dans cinq centimètres cubes d'urines, l'inoculation étant faite sous la peau. Cette inoculation des urines doit être repétée quotidiennement, à partir du quinzième jour par exemple, car il faut bien savoir que la virulence des spirochètes ainsi éliminés est souvent très faible, et surtout qu'elle varie selon différentes qualités des urines (pH par exemple).

La maladie expérimentale du cobaye est souvent très fruste quant aux symptômes cliniques. Après une incubation d'une semaine en moyenne (de quatre à huit jours, mais une surveillance minima de trente jours est indispensable), apparaît une hyperthermie avec hérissement des poils et aspect atone de l'animal. Souvent tout ceci résume seul le tableau clinique. Beaucoup plus rarement que ne l'écrivent les auteurs, se produisent des hémorragies nasales ou vulvaires et une injection conjonctivale. L'ictère est un symptôme terminal, difficile à affirmer, même au niveau de la sclérotique et des muqueuses ano-génitales. Les urines sont rares, mais extrêmement contagieuses. Finalement l'animal meurt dans l'hypothermie, souvent d'une façon si rapide qu'elle surprend les observateurs non avertis.

A l'autopsie les constatations sont, dans la règle, infiniment plus suggestives. Dès l'ouverture de l'animal s'affirme la teinte ictérique de la face profonde des téguments et du péritoine. D'autre part, un syndrome hémorragique doit être recherché, avant tout au niveau des poumons (où il réalise un processus d'infarctus multiples), puis au niveau de la graisse péritesticulaire, de la surrénale, de la muqueuse gastrique. Au niveau du foie, les lobules hépatiques présentent des lésions variables pouvant aller jusqu'à la dégénérescence graisseuse avec nécrose ; les karyokinèses y sont fréquentes. Les reins présentent des lésions variables.

On *mettra le spirochète en évidence*, d'une part dans le sang du cœur et dans les urines, et d'autre part dans certains viscères : surrénale, foie, reins, plutôt que dans la rate, les poumons ou le système nerveux.

La transmission en série au cobaye pourra être tentée. Mais il importe de savoir que le pouvoir pathogène du spirochète est souvent faible au début. Il semble qu'on puisse l'exalter en réalisant les passages successifs avec le sang du cœur prélevé, non lors de la mort de l'animal, mais un ou plusieurs jours auparavant.

2° ***Autres animaux réceptifs.***

Les muridés doivent être mis à part. En effet, chez le rat la souris, le campagnol, l'inoculation d'un matériel contenant *Spirochæta ictero-hemorragiæ* s'avère dépourvue de pouvoir pathogène, mais entraîne un parasitisme indéfini avec élimination de spirochètes par l'urine. De telles inoculations n'ont d'ailleurs de sens que si l'on s'est assuré au préalable que les animaux correspondants n'étaient pas déjà spontanément parasités.

Le lapin est généralement résistant. Cependant Inada et Ido, Uhlenhuth et Fromme, Monti, Costa et Troisier ont pu obtenir chez lui un ictère curable.

Le chien jeune est sensible, alors que le chien adulte est résistant, mais il faut connaître le problème spécial actuellement posé par les spirochétoses spontanées du chien, au moins au nombre de deux.

Les différentes espèces de singes sont ordinairement peu sensibles. Cependant Stéfanopoulo (1) a pu provoquer, au laboratoire du Prof. Pettit, une forme ictérigène assez typique chez un *macacus sinicus*, mais cela au prix de l'injection intra-péritonéale des trois-quarts d'un foie virulent de cobaye ; l'animal guérit ultérieurement. D'autre part, Noc (2) a obtenu une forme mortelle chez un cercopithèque (patas), inoculé avec une émulsion obtenue à partir de plusieurs rats.

A regarder de haut, au point de vue du pouvoir pathogène de *Spirochæta ictero-hemorragiæ*, on peut dire que l'homme revendique une situation intermédiaire à celle du singe et à celle du cobaye.

Les cultures

Les cultures seront pratiquées à partir du matériel d'inoculation, soit donc au cours de la maladie humaine, à partir du sang, du liquide céphalo-rachidien et des urines, soit dans la maladie expérimentale du cobaye à partir du foie, du rein et de la surrénale, ainsi qu'à partir des urines, recueillies à l'autopsie par ponction de la vessie.

Différents milieux de culture ont été proposés :

Au laboratoire du Prof. Pettit, le milieu couramment employé, est celui préconisé par Reiter et Ramme.

Sérum de lapin	1 partie
Sérum physiologique stérile à 8,5‰ (pH 7,7)	5 parties

Filtrer sur bougie Chamberland. Répartir en tubes sous une couche d'huile de vaseline de 1,5 cm. Tyndalliser trois jours de suite, pendant 30 minutes à 56°.

Noguchi a recommandé différents milieux, dont le suivant sera seul cité :

Mélanger stérilement :

Solution de NaCl à 9 ‰	80 volumes
Sérum frais de lapin	10 volumes
Gélose à 2 % (pH 7,2)	10 volumes
Sang laqué (1 partie de sang de lapin dans 3 parties d'eau distillée stérile)	1 à 2 vol.

Répartir sous huile de vaseline.

Le milieu de Verwoort est également d'emploi fréquent. Porter à l'ébullition une solution de peptone de White à 1‰, additionnée d'acide phosphorique normal (pH 6,8). Ajouter 5 à 10 % de sérum de lapin. Répartir, par doses de 3,3 c. c., dans des petits tubes stériles. Tyndalliser une demi-heure à 56°.

Quel que soit le milieu choisi, les cultures de *Spirochæta ictero-hemorragiæ*, exigent certaines conditions :

(1) Stéfanopoulo. — Spirochétose ictéro-hémorragique expérimentale chez un *macacus sinicus*. *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, 1921, LXXXIV, pp. 63-64.

(2) Noc. — Les spirochétoses humaines à Dakar. *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, 1920, XIII, n° 8, pp. 672-679.

pH optimum 7,6 à 7,8, condition formelle, déjà affirmée par Noguchi : la plus légère acidité est en effet incompatible avec la survie du spirochète.

Anaérobiose relative. En réalité, alors que Noguchi voyait dans le spirochète un anaérobie strict, certains auteurs considèrent comme inutile une couche d'huile de vaseline au-dessus des cultures.

Température de 10 à 39º, avec optimum vers 29º.

Les délais de culture varient précisément selon la température. Les cultures deviennent positives à 29º, à partir du troisième jour, à 21º à partir du huitième jour ; la densité maxima est obtenue du dixième au dix-huitième jour. La durée peut atteindre un mois à 37º, trois mois à 29º, des années à la température ordinaire et à l'obscurité relative.

Les repiquages ne peuvent réussir qu'à condition de transporter une grande quantité de germes (prélever à la pipette au moins 1 c. c. et ne pas se contenter d'une anse de platine comme pour les bactériacées).

La virulence s'atténue par repiquage. Mais elle peut être habituellement récupérée en repassant par le cobaye.

La filtrabilité des cultures a été discutée. Inada et Ido ont admis la filtrabilité à travers les filtres Berkefeld V, N et W. Le Prof. Pettit, employant la bougie Chamberland L_3, a constaté que le filtrat ne décelait rien de visible ; il demeurait cependant virulent et donnait des cultures positives. Cette filtrabilité a été niée par Cesa-Bianchi, qui considère que le passage à travers la bougie Berkefeld ne permet plus d'infecter le cobaye.

D'une manière générale, *la vitalité du spirochète* apparaît extrêmement faible, dans le milieu extérieur. Il est tué par une température de 40º, comme par une réaction à peine acide du milieu.

Il est tué par la lumière, la dessication, les agents chimiques. Il résiste à la saponine et il n'est détruit par la bile qu'*in vitro* (ce qui ruine l'affirmation de Garnier et Reilly du rôle de la bile pour expliquer la rémission clinique). Il ne peut donc subsister dans le milieu extérieur, que si se trouvent réunies les conditions suivantes : température moyenne, obscurité, milieux humides et faiblement alcalins, toutes conditions qui ne seront réalisées que dans certaines eaux courantes ou stagnantes et dans certaines boues (Buchanan, 1917). Si l'on voulait juger d'un point de vue finaliste, on trouverait là la justification du parasitisme quasi-obligatoire du spirochète chez certains muridés.

Le diagnostic morphologique

Il nous paraît préférable de n'aborder les caractères morphologiques de *Spirochæta ictero-hemorragiæ*, qu'après avoir décrit les inoculations et les cultures. En pratique, c'est en effet à partir des matériels correspondants, que l'on aura la possibilité d'étudier le germe lui-même. La constatation initiale directe du germe à partir du sang, du liquide céphalo-rachidien, ou des urines du malade constituera un fait plus rare et devra toujours être considérée comme insuffisante pour fonder un diagnostic.

1) *A l'état frais*, ce spirochète doit être étudié à l'ultra-microscope. Il se révèle alors comme un organisme hélicoïdal, de 6 à 20 μ de long, avec des spires très serrées, presque jointives (d'où le terme de *Leptospira*, proposé par Noguchi et conservé par certains).

Dans son ensemble, *Spirochæta ictero-hemorragiæ* apparaît comme trapu et rigide ; la silhouette générale ne se profile pas comme parfaitement rectiligne mais présente des ondulations, les extrémités se recourbent souvent plus brutalement, le tout évoque certaines lettres de l'alphabet (C, S, J). Dans quelques cas, la structure hélicoïdale cesse d'être perceptible et se réduit à un aspect un peu noueux (d'où le terme de *Spirochæta nodosa* de Huebener et Reiter). La structure intime demeure d'ailleurs inconnue ; Mlle Zuelzer admet l'existence d'une spire plasmatique entourant un axe central dépassant les extrémités.

La mobilité de Spirochæta ictero-hemorragiæ est très nettement inférieure à celle du spirochète de la syphilis. Elle comporte des mouvements de rotation et des mouvements en fouet ; il semble qu'il y ait contraction et relâchement des spires avec des amplitudes variables selon la vitalité.

En cultures on peut observer des formes longues, des formes avec corpuscules granuleux terminaux, des formes de dégénérescence, grossièrement spiralées ; on peut trouver, d'autre part, des amas enchevêtrés, irrégulièrement sphériques ; dans quelques cas on aura la chance de saisir au passage un stade de bipartition transversale ; à citer enfin des corpuscules sphériques énigmatiques (Martin et Pettit).

2) *Dans l'étude après colorations*, il faut distinguer les frottis et les coupes de tissus.

a) Pour les frottis, on peut s'adresser pratiquement à toutes les colorations applicables aux protozoaires, spécialement à la fuchsine phéniquée à chaud et aux colorations ayant la coloration de Giemsa comme prototype. Dans ces conditions les spires ne sont pas visibles et les spirochètes apparaissent comme des éléments fins, peu colorés, ondulés en crosse.

Si le frottis à été fait avec un tissu riche en graisse (foie par exemple), il faut savoir que la coloration peut devenir très difficile à obtenir. Il convient alors, non seulement de faire des frottis extrêmement minces, mais surtout de laver plusieurs fois, au préalable, à l'éther sulfurique.

Les frottis peuvent être étudiés également par *la nitratation*, en particulier par le procédé de Fontana-Tribondeau. Les frottis doivent être très minces, bien fixés et bien déshémoglobinisés au formol-acétique. Le lavage doit se faire à l'eau distillée et non à l'eau du robinet qui décolore ; de même l'huile de cèdre décolore et doit être soigneusement enlevée après l'examen. Un frottis bien réussi ne doit comporter aucun précipité noir et se présenter avec une teinte brun clair à reflets mordorés.

Dans un tel frottis, les spirochètes apparaissent plus empâtés encore ; non seulement les spires ont disparu, mais le spirochète se présente comme un filament ondulé, effilé aux extrémités. Quelques-uns d'entre eux semblent supporter de petits sphérules terminales.

L'existence de cils terminaux, recherchée par le procédé de Van Ermongen, ou avec l'encre de Löffler (Martin, Pettit et Vaudremer, 1916), a été discutée, d'autant que certains veulent faire de l'absence de cils, un caractère général des spirochétidés.

b) Pour les coupes de tissus, seules demeurent utilisables les méthodes d'imprégnation argentique. Les spirochètes doivent être recherchés à la périphérie des cellules (cellules hépatiques par exemple) ; il ne faut pas s'attendre à retrouver des aspects aussi nets que sur les frottis, étant donné que la coupe n'intéressera qu'une partie des corps microbiens.

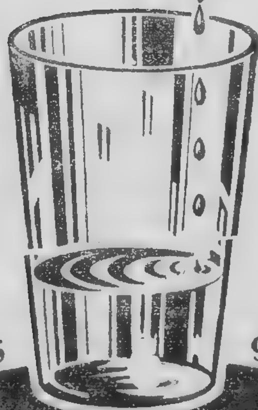
Toutes ces considérations montrent suffisamment le caractère relativement accessoire, pour le diagnostic microbiologique, des données morphologiques, spécialement lorsqu'il s'agit des urines, avec lesquelles les causes d'erreur sont considérables.

Le séro-diagnostic

Le séro-diagnostic représente la modalité de diagnostic microbiologique qui possède, peut-être, l'importance pratique la plus grande. S'il ne peut donner de résultat positif qu'après le dixième jour, il présente par contre l'avantage d'être toujours praticable à partir de ce moment et de fournir, d'autre part une réponse en quelques heures ; finalement la certitude peut donc être acquise, grâce à lui, avant que ne soient constatables les résultats d'inoculations au cobaye, les plus correctement pratiquées.

Mais, comme nous allons le voir, le séro-diagnostic implique un certain nombre de précautions très délicates, qui font que cet examen ne saurait être interprété que par des observateurs très entraînés.

A l'heure actuelle on trouve, dans la littérature internationale, trois modalités de séro-diagnostic pour la spirochétose ictéro-hémorragique.



le séro-diagnostic par agglutination de Martin et Pettit (1),
le séro-diagnostic par lyse de Schüffner (2),
le test d'adhésion de Brown et Davis (1927) (3).

Avant d'exposer longuement la première technique et très brièvement les deux autres, faisons remarquer combien impropre, apparaît maintenant le terme de séro-diagnostic étant donné que la technique correspondante a été appliquée, non seulement au sérum sanguin, mais également au liquide céphalo-rachidien et à l'urine ; elle pourrait l'être éventuellement à toute autre humeur (liquide acitique, pleural, péricardique etc.). Néanmoins la consécration par l'usage du sens général du terme est telle que le besoin d'un néologisme ne se fait guère sentir.

1. *Le séro-diagnostic de Martin et Pettit* est de beaucoup le plus anciennement employé et nous estimons devoir lui demeurer fidèles à tous points du vue. La technique actuellement suivie au laboratoire du Prof. Pettit, a été récemment exposée par B. Erber (4). Dérivée du principe du séro-diagnostic typhique, la méthode consiste à rechercher, à l'ultramicroscope, l'agglutination d'une culture de *Spirochæta ictero-hemorragiæ* de quatre jours, exempte de tout amas spirochétien spontané, mise en présence de dilutions croissantes de l'humeur à étudier, dans des petits tubes à hémolyse placés à 37° pendant une heure :

Avec le sérum du malade, la réaction ordinaire s'effectue avec quatre tubes, les trois premiers vont correspondre à des dilutions à 1/10e, 1/100e et 1/1.000e du sérum étudié, le quatrième tube contenant du sérum normal ou du sérum physiologique sert de témoin. Chaque tube reçoit 0,1 c. c. d'une dilution décuple du taux désiré et 0,9 c. c. de la même culture. Ainsi se trouve obtenu le taux de la dilution définitive et la même densité spirochétienne dans chaque tube. Après une heure d'étuve à 37°, une goutte de chaque tube est placée entre lame et lamelle, sous l'ultramicroscope.

La lecture est faite de la manière suivante :

1° Une réaction franchement négative montre l'absence d'agglutination dans les quatre tubes.

2° Une réaction franchement positive correspond à une agglutination franche au 1/100e et au 1/1.000e par exemple, sans agglutination franche au 1/10e (mais parfois avec lyse). Autrement dit, l'agglutination typique comporte un phénomène de zone, sur la nature duquel il ne saurait être question de nous étendre ici, mais dont la valeur diagnostique nous apparaît de plus en plus réelle.

3° Mais une troisième éventualité est possible. Il peut y avoir une agglutination nette au 1/10e, sans agglutination au 1/100e et au 1/1.000e ; autrement dit une agglutination légère et sans phénomène de zone initial. Une telle réaction est douteuse et ne sera interprétée avec certitude qu'en recommençant l'examen avec un sérum recueilli une semaine plus tard et, au besoin, en pratiquant des titrages comparatifs des agglutinines pour *Spirochæta ictero-hemorragiæ* et pour d'autres spirochètes, et cela à des taux très étendus (de 1/10e à 1/1.000.000e et plus).

En effet, une telle réaction douteuse peut ne correspondre qu'au début de l'apparition dans le sang d'agglutinines pour *Spirochæta ictero-hemorragiæ*. Il s'agit alors d'un spirochétosique dont le sang a été prélevé tôt, au dixième jour par exemple. Prélevé plus tard, le sérum du même malade présentera une agglutination à des taux de plus en plus élevés (1/10.000e, 1/100.000e, 1/1.000.000e et plus), en même temps que l'agglutination aura disparu à 1/10e. Non seulement le séro-diagnostic est positif, mais le parallélisme du cycle clinique et du cycle d'agglutination montre que la maladie en cause est bien l'épisode spirochétosique responsable.

Cette réaction douteuse peut, au contraire, correspondre à une évolution très ancienne de la spirochétose ictéro-hémorragique. Après des mois, ou mieux après des années, le taux des agglutinines peut baisser progressivement au point de ne donner d'agglutination qu'à 1/10e, sans phénomène de zone. Dans ces conditions, l'examen pratiqué à une semaine de distance ne montrera aucune modification du taux des agglutinines. Il importe alors de rechercher, dans l'histoire du malade, si un épisode pathologique ancien n'était pas de nature spirochétosique, tandis que l'épisode récent, celui qui fut la raison du séro-diagnostic, à toute chance de relever d'une autre étiologie.

Dans un dernier groupe de faits, cette réaction douteuse doit être interprétée autrement et indique la présence d'agglutinines de groupe, la présence de coagglutinines pour *Spirochæta ictero-hemorragiæ*. Une telle éventualité ne peut être affirmer que si les examens répétés ne montrent, d'une part, aucune variation du taux de l'agglutination pour *Spirochæta ictero-hemorragiæ*, alors que les mêmes recherches effectuées avec les autres variétés de spirochètes, révèlent pour l'une d'entre elles, une agglutination franchement prédominante, dessinant même une courbe ascendante, puis stationnaire, puis descendante, parallèle mais retardée par rapport à l'épisode pathologique. Cet épisode traduit bien une spirochétose humaine, mais non une spirochétose due au germe d'Inada et Ido. Il s'agit là d'un problème capital que nous ne pourrons que mentionner plus loin en évoquant l'existence de plusieurs autres spirochétoses humaines.

Avec le liquide céphalo-rachidien, la réaction ordinaire sera pratiquée à des taux très faibles : 1/10e, 1/50e, 1/100e. La lecture et la discussion des résultats seront en tous points comparables. Nous verrons les différences de chronologie et de taux, entre le sang et le liquide céphalo-rachidien, au moment ou nous étudierons le diagnostic microbiologique de la spirochétose méningée pure.

Avec l'urine, le séro-diagnostic peut être également pratiqué. Les premières recherches ont été effectuées à l'aide de la technique de Schüffner mentionnée plus loin, par un élève de ce dernier, J. Van der Hoeden (1 et 2). Différents essais confirmatifs ont été obtenus, au laboratoire du Prof. Pettit, par B. Erber, avec le séro-diagnostic par agglutination.

Les recherches de Van der Hoeden ont montré que chez 27 malades la réaction fut 26 fois positive ; chez 45 anciens sujets, la réaction fut 40 fois positive (la maladie des 5 autres sujets remontait à plusieurs années). Au contraire, chez 194 malades de contrôle, la réaction fut négative dans 191 cas. Enfin, l'injection seule de sérum antispirochétosique ne suffit pas à donner une réaction positive dans l'urine.

Mais remarquons que cette réaction n'apparaît que très tardivement par rapport à la réaction faite avec le sérum sanguin ; le taux y est d'autre part, infiniment plus faible. C'est dire qu'en pratique l'intérêt de cette réaction avec l'urine ne saurait être comparé à celui de la réaction avec le sérum.

2. *Le séro-diagnostic par lyse de Schüffner* (*loc. cit*), assez analogue dans son principe mais assez différent dans les modalités de lecture, représente la technique employée en

(1) L. Martin, A. Pettit et A. Vaudremer. — Sur les propriétés agglutinantes et immunisantes du sérum sanguin chez les sujets atteints de spirochétose ictéro-hémorragique. *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, 1917, LXXX, pp. 949-950.
L. Martin et A. Pettit. — Séro diagnostic de la spirochétose ictéro-hémorragique. *Bulletins et mémoires de la société médicale des Hôpitaux*, 1918, XXXIV, pp. 672-675.
(2) Schüffner et Mochtar. — Experiments of the differential characters of Leptospira-strains with introductory remarks on the process of agglutination and lysis. *Koninklijke Akademie van Wetenschappen te Amsterdam*, 1926, XXX, 30 octobre, n° 1.
(3) Brown et Davis. — *British Journal of experimental Pathology*, 1927, VIII, p. 397.
(4) B. Erber. — Séro-diagnostic par agglutination de la spirochétose ictéro-hémorragique. *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, 1935, CXX, pp. 618-622.

(1) J. Van der Hoeden. — Specifieke antistoffen in urine big de ziekte van Weil. *Nederlandske Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1935, LXXIX, n° 17, pp. 1913-1953.
Anticorps spécifiques de la maladie de Weil dans l'urine. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1936, LVI, n° 2, pp. 206-220.

Hollande et dans certains laboratoires étrangers. Le Docteur Kotter, assistant de Schüffner, est venu récemment, au laboratoire du Prof. Pettit, nous en faire l'exposé. Sans entrer dans le détail, disons que la réaction se pratique dans une série de petits godets de porcelaine formant bloc, contenant la culture traitée par le formol et le sérum dilué à des titres décroissants à l'aide d'une solution de peptone à 1/1.000 ; le tout est distribué par gouttes à l'aide d'une seule pipette, rincée successivement. L'ensemble, protégé contre la dessication par un couvercle de grande boîte de Petri, est mis à l'étuve à 32°, pendant un temps assez long (17 heures dans la technique initiale, 2 heures dans la pratique actuelle). Au moment de l'examen, une goutte est prise dans chaque godet puis déposée, à petite distance de la précédente, sur une même lame ; *aucune lamelle ne recouvre les gouttes* ; l'examen est fait à l'ultra-microscope, mais avec un grossissement faible. Pour Schüffner, la lecture consiste à apprécier ce que cet auteur considère comme un phénomène de lyse ; à titre accessoire, il apprécie l'agglutination et même la densité des spirochètes survivants.

Dans l'ensemble, le sens des phénomènes correspond parfaitement à ce que l'on observe dans le séro-diagnostic de Martin et Pettit. Par contre, au point de vue quantitatif, les résultats sont très différents puisque la lyse constitue pour Schüffner le phénomène comportant la limite la plus élevée. Cette discordance tient vraisemblablement dans le fait que certains détails de technique diffèrent et surtout dans le fait que la lecture est pratiquée d'une manière, en réalité semi-macroscopique, et non comme par nous, sur les caractères mêmes des corps spirochétiens observés pour ainsi dire individuellement.

3. *Le test d'adhésion de Brown et Davis* est basé sur le phénomène, signalé dès 1901 par Laveran et Mesnil, que des particules microscopiques, des corps bactériens ou des plaquettes sanguines, viennent adhérer aux trypanosomes ou aux spirochètes plongés dans un sérum immun. En 1927, les deux auteurs anglais ont appliqué ce principe au diagnostic sérologique de différentes spirochétoses humaines. H.-C. Brown nous a personnellement initié à sa technique en 1935, à Londres, au *Wellcome Bureau of scientific Research*. La réaction se pratique dans des tubes à hémolyse recevant les dilutions du sérum étudié, la culture de spirochètes, une suspension de culture jeune de *bacillus coli* et une dilution de sérum frais de cobaye (« celle-ci est inutile si le sérum du malade a été titré »). Les tubes sont placés à l'étuve à 37°, pendant 30 minutes et l'examen est fait comme dans la technique de Schüffner. En cas de réaction négative, spirochètes et bactéries sont uniformément répartis. En cas de réaction positive, les bactéries s'accolent aux spirochètes et les intervalles séparant ceux-ci s'éclaircissent nettement. Certaines remarques mériteraient d'être faites à propos de cette technique, mais elles ne sauraient trouver place ici.

A la fin de cet exposé des séro-réactions dans la spirochétose ictéro-hémorragique, disons, à nouveau, que la technique première, celle de Martin et Pettit, nous paraît demeurer la méthode la plus simple comme la plus sûre.

La réaction des immunisines

Dernière modalité de diagnostic microbiologique, la réaction des immunisines semble avoir été pratiquée dans la spirochétose, d'abord par Hoki et Ido (1916). Elle ne doit être tentée qu'après le quinzième jour. La pratique en est fort simple et se réduit à l'inoculation de trois cobayes. Le premier reçoit exclusivement une dose sûrement mortelle de culture de *Spirochæta ictero-hemorragiæ* ; il servira de témoin. Les deux autres reçoivent la même dose de culture, mais après que celle-ci a été mise, pendant quinze minutes, en contact avec 1 c.c. pour l'une, avec 2 c.c. pour l'autre, du sérum étudié. Dans les cas démonstratifs, la mort du premier cobaye et la survie des deux autres permettent d'affirmer que le malade était bien atteint de spirochétose ictéro-hémorragique. Une réaction analogue peut être pratiquée avec le liquide céphalo-rachidien, et même avec l'urine (J. Van der Hoeden).

Cette réaction des immunisines, ainsi que le séro-diagnostic, permettent des diagnostics rétrospectifs (huit ans dans un cas de Troisier, vingt-deux ans dans un cas d'Uhlenhuth et Fromme).

Méthodes accessoires

A côté des techniques précédentes, qui ont fait leurs preuves, nous pouvons citer encore deux ordres de recherches plus discutées et d'intérêt certainement moindre.

La réaction de déviation du complément a été tentée par certains auteurs, qui conclurent d'abord à l'existence d'affinités entre *Spirochæta ictero-hemorragiæ* et le tréponème de la syphilis. Ainsi Costa et Troisier (1), employant un antigène syphilitique et des sérums de spirochétosiques, trouvèrent souvent une réaction positive. Réciproquement Martin et Pettit, employant comme antigène un foie de cobaye riche en *Spirochæta ictero-hemorragiæ*, obtinrent une réponse positive avec des sérums de spirochétosiques comme avec des sérums de syphilitiques. Mais plus récemment, Bessemans et Nélis (2), utilisant différents antigènes, affirment que le sérum des spirochétosiques ne réagit que vis-à-vis des antigènes à *Spirochæta ictero-hemorragiæ*. Il en est de même de Gaethgens qui utilisa comme antigène des cultures de spirochètes (3).

Un précipito-diagnostic a été très récemment proposé par Lusena et Carlinfanti (4). Le sérum étudié doit être employé pur ; on lui ajoute des dilutions successives d'antigène, constitué par une culture vieille (au stade de fragmentation) ou une culture chauffée à 60°. On peut obtenir, en quelques minutes, une précipitation positive pour une dilution au 1/20e de l'antigène, si le sérum agglutine au 1/800e. Quoique ces auteurs concluent à la spécificité d'une telle précipitation, ils accordent eux-mêmes la suprématie pratique au séro-diagnostic par agglutination.

II. DIAGNOSTIC MICROBIOLOGIQUE DES FORMES CLINIQUES ATYPIQUES

On sait comment, à côté des formes typiques de la spirochétose ictéro-hémorragique, doivent prendre place des formes atypiques, dont la fréquence et le polymorphisme sont telles que les frontières de la maladie ne sont pas encore parfaitement définies. C'est pour de tels cas, que l'importance des données microbiologiques apparaît maxima et certaines remarques sont nécessaires à leur sujet ; ces remarques ne porteront évidemment pas sur les détails des techniques précédentes, mais sur la chronologie de leur application comme sur le choix à faire entre elles selon le tableau clinique observé.

C'est ainsi qu'en ce qui concerne les *formes ictérigènes atypiques*, il faut opposer les *ictères graves spirochétosiques* et les *formes à allure d'ictère catarrhal*. Pour les premières, l'épreuve fondamentale est représentée par l'inoculation au cobaye, aussi précoce que possible, du sang (et du liquide céphalo-rachidien, dans le cas où une ponction lombaire aura paru

(1) Costa et Troisier. — Sur la spirochétose ictéro-hémorragique. II. La réaction de fixation dans la syphilis et dans la spirochétose ictéro-hémorragique. *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, 1916, 2 décembre, p. 1040-1041.

(2) Bessemans et Nélis. — La spécificité des épreuves de Wassermann et de Bordet-Gengou dans la maladie de Weil et dans l'infection spécifique. *Archives internationales de médecine expérimentale*, 1928, IV, nº 3, p. 337.

(3) Gaethgens. — Die Serodiagnose der Weilschen Krankheit mittels Komplementsbildung und Flockungsreaktion. *Zeitschrift für Immunitätsforschung und experimentelle Therapie*, 1933, LXXIX, nº 5-6, p. 4[illegible].

(4) Lusena et Carlinfanti. — Antigène pour le diagnostic sérologique de la spirochétose ictéro-hémorragique. *Bollettino della Societa internationale di microbiologia*, 1931, VI, nº 3, p. 77.

indiquée). Dans ces formes, parfois rapidement fatales, la mort peut survenir avant le dixième jour, donc dans la période où le laboratoire ne peut être d'aucun secours. Aussi nous paraît-il de bonne règle d'affirmer comme nécessaire dans tous les cas d'ictère grave infectieux d'apparence primitive, l'inoculation précoce du sang au cobaye.

A l'inverse, dans *l'ictère catarrhal spirochétosique*, la certitude sera ordinairement acquise grâce aux seuls examens tardifs. Aussi comprend-on pourquoi, en cas d'ictère catarrhal autorisant le moindre soupçon de l'étiologie spirochétosique, il faut pratiquer un séro-diagnostic, une réaction des immunisines et des inoculations tardives des urines.

Plus précieux encore seront les documents microbiologiques pour les *formes anictériques*, dont les plus importantes sont les *formes méningées pures*, ou maladie de Costa et Troisier. La notion générale, la plus importante peut-être à connaître, concerne l'identité physio-pathologique de la forme méningée pure et de la réaction méningée des formes ictérigènes. Nous en avons apporté une démonstrations assez complète avec J. Ferroir d'une part (1) et avec B. Erber (2) d'autre part. Nous en avons repris l'étude d'ensemble avec le Prof. Pettit, dans un rapport au III[e] Congrès international de Pathologie comparée (3). Dans ces conditions, les renseignements fournis par le laboratoire porteront d'abord sur les modifications du liquide céphalo-rachidien, qui sans être pathognomoniques, réaliseront cependant un type habituel et maintenant bien précisé.

Quoique la maladie semble n'intéresser essentiellement que les méninges, il importe de savoir que le sang demeure, en réalité, l'humeur fondamentale à étudier. Le séro-diagnostic, la réaction des immunisines y conservent la même valeur que dans les formes à type d'hépato-néphrite ; de même l'élimination du spirochète par les urines peut y être vérifiée avec les mêmes chances de succès.

Même dans de tels cas, la recherche des agglutinines dans le liquide céphalo-rachidien, positive naturellement, ne donne que des taux très faibles. Nous avons apporté récemment, avec B. Erber, des chiffres tels que les suivants :

Noms	Sang	Liquide céphalo-rachidien
M. André.....	1/50.000	1/100
B. Claude.....	1/500.000	1/50
	1/2.000.000	1/100
B. Jacqueline..	1/1.000.000	1/50
	1/5.000.000	1/50

Par contre les titrages répétés des agglutinines sont intéressants, car ils démontrent, contrairement à ce que l'on aurait pu supposer *a priori*, que leur apparition dans le liquide céphalo-rachidien est secondaire à leur apparition dans le sang. La maladie n'est méningée pure qu'en apparence et l'on conçoit l'intérêt doctrinal de ces données que le laboratoire est seul à pouvoir apporter.

* * *

En terminant, rappelons que pour affirmer la spécificité des réponses du laboratoire, il faudrait aborder le problème, non encore tranché, du rôle pathogène exclusif de *Spirochæta ictero-hemorragiæ*, comme celui toujours discuté des spirochètes aquicoles. Par ailleurs, la question est encore compliquée par l'existence d'une série d'affections humaines, de nature spirochétienne, telles que les autres spirochétoses du Japon : « l'Akiyami ou fièvre d'automne due à *Spirochæta autumnalis A et B* de Stéfanopoulo et Hosoya (1), et la fièvre des sept jours due à *Spirochæta hebdomadis*, telle l'infection des Indes Néerlandaises due à *Leptospira pyrogenes* de Verwoort (Sumatra 1923).

Inversement, le problème se complique également par l'existence d'autres spirochétoses animales que celle des muridés, telles, chez le chien, la leptospirose de Klarenbeck-Schüffner, ou ictère enzootique, due à *Leptospira canicola*, et la maladie de Stuttgart ou typhus canin, due à *Spirochæta melanogenes*.

Tout ceci impose une révision critique des spirochétoses sanguicoles de l'homme et des animaux, qui doit être basée essentiellement sur les données microbiologiques. Une telle étude aboutira sans doute à la séparation précise de plusieurs maladies humaines, chacune plus ou moins polymorphe et chacune en liaison avec une ou plusieurs maladies animales. De telles notions permettront de fonder parallèlement une prophylaxie enfin réellement efficace.

(1) P. Mollaret et J. Ferroir. — A propos de deux observations de spirochétose ictéro-hémorragique, dont une avec myocardite mortelle. Contribution à l'étude de la réaction méningée des formes typiques ictérigènes. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 1935, pp. 1622-1632.

(2) P. Mollaret et B. Erber. — I. A propos du diagnostic microbiologique de la spirochétose méningée pure et II. Contribution à l'étude physio-pathologique de la spirochétose méningée pure. *Ibidem*, pp.1632-1613.

(3) A. Pettit et P. Mollaret. — Le neuro-méningotropisme dans la spirochétose humaine et simienne. *Rapport au III[e] Congrès International de Pathologie comparée* (Athènes, avril 1936), Tome I, pp. 244-258.

A propos de la spirochétose ictéro-hémorragique évoluant pendant la grossesse

Par **Henri VIGNES**

La gravité de la spirochétose ictéro-hémorragique est-elle plus grande du fait de la grossesse ? Il est difficile de répondre à cette question, car les documents sont peu nombreux. Mirto (2) a signalé l'observation d'un soldat italien revenant du front autrichien pendant la guerre, qui présentait une forme bénigne et qui guérit en quelques jours ; or, sa femme, qui était enceinte et qui aurait été contaminée (3), présenta des symptômes suraigus et succomba : il y eut une extrême différence entre l'intensité des symptômes chez l'un et l'autre, et ce fait frappa beaucoup l'auteur. Si l'on en juge par la différence du pronostic dans les ictères épidémiques non spirochétosiques (ou non démontrés comme étant spirochétosiques), suivant qu'il s'agit d'une femme enceinte ou d'un autre sujet, on comprendrait que la grossesse aggrave le pronostic.

Mirto a eu l'idée d'étudier le problème de l'aggravation par grossesse en s'adressant à l'expérimentation sur le cobaye. Aussi bien avec des virus purs qu'avec des virus atténués, il a

(1) Stéfanopoulo et Hosoya. — Recherches sur les spirochétoses ictérigènes. Les spirochètes de l' « Akiyami » ou fièvre d'automne au Japon. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 1929, XXII, n° 10, pp. 923-937.

(2) Mirto. — Spirochetose ictero-hemorragica e gravidanza. *Atti della Societa lombarda di Scienze mediche*, vol. VI, fasic. 4.

(3) Je dis « qui aurait été contaminée », parce que, très probablement, la spirochétose ne passe pas directement d'homme à homme.

obtenu de façon constante soit une mort plus rapide des femelles pleines, soit la mort de la femelle pleine avec survie du témoin.

Pour WILLIAM H. PERKINS, la gravité de la spirochétose chez la femme enceinte est proportionnelle au degré de la température et à sa durée. L'importance de la lésion rénale est un facteur de mauvais pronostic. Il n'est pas signalé de fréquence particulière des hémorragies de la délivrance (*In* ADAIR et STIEGLITZ, p. 233).

***

L'interruption de la grossesse n'est pas rare. Au point de vue expérimental, Mirto l'a observé dans 70 % des cas ; COSTA et TROISIER ont eu des effets abortifs presque constants (1).

Chez la femme, l'avortement ou l'accouchement prématuré n'est pas rare. Ces faits s'observent en particulier sous les tropiques et dans tous les cas où les conditions mésologiques sont médiocres. La fréquence de l'avortement serait très grande au Japon où les formes graves sont fréquentes.

GORO HIYEDA (Infection fœtale par le spirochète ictéro-hémorragique, *Tokio Ijii Shinshi*, sept. 1927) qui en a publié une belle observation, a vu l'avortement se produire au vingtième jour de la maladie.

***

Le fœtus est habituellement contaminé. COSTA et TROISIER vaient déjà signalé la virulence du liquide amniotique. SAENZ (Infection transplacentaire du cobaye par le spirochète ictéro-hémorragique, *C. R. de l'Ac. des Sciences*, 1929, t. 188, p. 1455) a vu que le spirochète passe. Naturellement, le passage n'a lieu qu'après le temps nécessaire pour réaliser l'état septicémique de la mère.

***

Le traitement ne comporte aucune particularité : lit, balnéation, régime liquide, glucose rectal ou veineux, sérum de Pettit ou sérum de convalescent, uroformine. On sera très sévère pour permettre le lever.

(1) COSTA et TROISIER. — *C. R. Soc. Biol.* 1916, t. 79, p. 1041.

THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

La strychnothérapie dans la diphtérie maligne

Quel que soit le mode thérapeutique employé et la date, même très précoce, de l'institution de la sérothérapie, la mortalité dans la diphtérie maligne reste très élevée, variant entre 30 et 90 p. 100 suivant les cas.

La strychnothérapie intensive a été appliquée depuis le début de 1934 dans le service de M. Paisseau au traitement de cette forme de la diphtérie, aussi bien dans les angines hypertoxiques et malignes que dans les angines communes graves.

L'expérience de deux années d'application hospitalière a ainsi conduit à formuler des règles que M. J. Walen Frank rapporte dans sa Thèse (Paris 1936).

Toutes angines présentant un caractère quelconque de malignité sont justiciables d'un traitement strychnique intensif. Une seule contr'indication : l'association à un croup.

Le traitement peut être appliqué également aux complications de la diphtérie maligne (syndromes toxiques, paralysies), si les malades ne sont vus qu'à ce moment. Mais dans ces conditions, les résultats obtenus deviennent essentiellement aléatoires.

Les doses doivent être proportionnées à la gravité de l'angine et au poids de l'enfant. Le tableau suivant que donne M. Frank indique les doses quotidiennes à administrer, calculées par kgr. de poids corporel, suivant la gravité de l'angine :

Angines hypertoxiques : 1 mgr. 25 à 2 mgr. Dose maxima : 80 mgr.

Angines malignes types : 0 mgr. 8 à 1 mgr. Dose maxima : 50 mgr.

Angines communes graves : 0 mgr. 5 à 0 mgr. 6.

La dose quotidienne doit être répartie et fractionnée au cours de la journée. Là encore, chaque dose sera déterminée par l'âge, le poids de l'enfant et la gravité de l'angine. On ne dépassera pas 1 mgr. par injection chez les nourrissons jusqu'à 1 an 1/2 ; 2 mgr. par injection jusqu'à 3 ans ; jusqu'à 5 ou 6 ans, 3 mgr. dans les angines malignes, 4 mgr. dans les angines hypertoxiques où on veut faire une dose totale très élevée. Chez les enfants plus âgés, on pourra aller jusqu'à 5 mgr. par injection ; dans certains cas présentant une gravité particulière on sera même autorisé à dépasser cette dose de 5 mgr. par injection.

L'intervalle entre deux injections consécutives devra être d'au moins deux heures et si possible de trois heures. Ces doses, dit M. Frank paraissent indispensables. Des doses moindres, même si le total quotidien reste élevé, peuvent être pas agissantes.

Des doses aussi élevées peuvent être administrées impunément grâce à l'augmentation considérable de la tolérance à la strychnine au cours de la diphtérie maligne, fait que l'auteur a contrôlé expérimentalement.

Le traitement n'est efficace que s'il est commencé dans les cinq premiers jours à partir du début de l'angine. Au delà de cette date, la guérison ou l'absence de complications ne peuvent plus être assurées avec certitude.

a) Dans les formes malignes types et dans les angines communes graves, un délai de deux à quatre jours est autorisé pour atteindre les doses nécessaires et accoutumer l'organisme au médicament. Le traitement préconisé dans ces formes n'offre pratiquement aucun risque.

b) Dans les formes hypertoxiques, il faut d'emblée instituer des doses très élevées, sous peine de voir mourir le malade dans les premiers jours. L'extrême gravité de ces angines et leur évolution régulièrement fatale avec le traitement classique autorisent à faire courir ainsi au malade certains risques thérapeutiques qui, du fait des moyens actuels à opposer à l'intoxication strychnique, ne présentent pas le plus souvent de gravité réelle.

La durée du traitement doit être de cinquante jours à partir du début de l'angine. Cependant, après une certaine date, variable avec la gravité de l'angine et avec l'absence ou l'existence de complications, la dose initiale doit être diminuée progressivement.

Le traitement strychnique ne doit être envisagé qu'associé à la sérothérapie. Pour cette dernière, les règles habituelles restent de mise.

Le traitement strychnique n'élimine nullement l'emploi de tonicardiaques, dès que ceux-ci s'avèrent nécessaires. Avant tout est indiquée l'ouabaïne. L'emploi de la digitale par contre, comme le montrent les faits cliniques et expérimentaux, est à déconseiller.

Le traitement strychnique intensif n'est possible qu'avec une surveillance constante du malade et une parfaite connaissance de la conduite à tenir au cours du traitement et devant les différents incidents qui pourraient se produire.

RÉSULTATS. — Ce traitement a permis de réduire de façon considérable le taux de la mortalité dans la diphtérie maligne. S'il ne peut sauver les malades vus trop tardivement, il permet par contre d'obtenir en principe la guérison des formes traitées précocement, quel qu'en soit le degré de gravité.

Les cas bien traités ont évolué sans complications (sauf

quelques paralysies sans gravité et de la tachycardie dans les formes très graves).

Les cas traités dans de mauvaises conditions, s'ils n'évoluent pas vers la mort, présentent tous, sans exception, des complications, soit paralysies extensives, soit troubles cardiaques graves.

Le traitement des paralysies, institué seulement au moment de leur constitution, n'a pas donné des résultats très nets.

La strychnothérapie a été toléré parfaitement dans la plupart des cas.

Dans deux formes se sont produites des réactions graves, chez des enfants dont l'état en apparence désespéré avait justifié un véritable traitement d'attaque. Si l'un a succombé, l'autre a guéri, et cette guérison ne serait pas survenue, selon toute probabilité, si des doses de strychnine moindres avaient été administrées.

V. G.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Thérapeutique

Les neuro-réactions sont des accidents nerveux survenant en période secondaire de la syphilis, soit lorsque le traitement a débuté par des doses trop fortes, soit lorsque les injections de début ont été trop espacées les unes des autres, soit enfin lorsque le traitement est arrêté dès que le malade est blanchi.

Une observation pose plusieurs problèmes.

Il s'agit d'un malade traité intensivement pour crises convulsives syphilitiques, signes d'une syphilis secondaires dont l'accident primaire, apparu cinq ans auparavant, n'avait pas été traité. A l'occasion de ce traitement les crises convulsives n'ont pas réapparu, mais il s'est produit une réaction aiguë au niveau du système nerveux qui a provoqué des troubles profonds de la mémoire de fixation avec réaction liquidienne de méningite syphilitique aiguë. Il est intéressant de noter que ces derniers symptômes ont à leur tour été améliorés par un traitement moins brutal et non arsenical, mais que d'autres accidents ont apparu à l'occasion d'une nouvelle injection arsenicale.

Il y a lieu de remarquer qu'à côté de signes neurologiques, le seul signe mental de l'affection a été une amnésie de fixation. On peut se demander s'il ne s'agissait pas simplement d'une amnésie consécutive aux crises convulsives ; c'est peu probable à cause de l'assez long intervalle libre existant entre elles et l'apparition de l'amnésie. En second lieu cette amnésie de fixation faisait penser à un syndrome de Korsakoff et permettait de discuter la pathogénie de l'affection. Il existe en effet des syndromes de Korsakoff d'origine arsenicale et on pouvait penser que l'amnésie de notre sujet était due à une intoxication de cet ordre, mais on n'a pas cru pouvoir établir le diagnostic de syndrome de Korsakoff sur une amnésie de fixation isolée sans fabulation et sans polynévrite. Par suite le problème pathogénique reste entier.

En face d'une neuro-réaction il faut agir avec prudence et se comporter comme en face d'un malade particulièrement sensible. Il est préférable d'abandonner provisoirement l'arsenic et, après avoir fait quelques injections mercurielles, de pratiquer un traitement bismuthique.

La prophylaxie de la neuro-réaction est facile. Autant il est logique d'attaquer fort et vite un chancre, avec l'espoir d'arriver avant la généralisation de l'infection, autant il est inutile d'agir de la même façon vis-à-vis d'une syphilis déjà généralisée. On commencera tout traitement par quelques injections mercurielles, avant de penser à l'arsenic et au bismuth.

(A. Donnadieu. Traitements antisyphilitiques et neuro-réactions. *Maroc médical*, 15 septembre 1935.)

L'association sucre-insuline en thérapeutique cardiaque paraît tirer son origine des trois constatations suivantes :

1° Rôle joué par les hydrates de carbone dans la nutrition du muscle en général et du cœur en particulier ;

2° Rôle de l'insuline dans l'utilisation du sucre par le cœur ;

3° Troubles du métabolisme hydro-carboné chez les cardiaques décompensés.

Le traitement dure dix jours. Les doses utilisées sont les suivantes :

Insuline : 10 unités tous les matins à jeun.

Glucose : 10 minutes après l'injection d'insuline, on donne 100 grammes d'une solution de glucose à 50 % par voie buccale.

(L. Rimbaud et G. Anselme-Martin. L'association sucre-insuline en thérapeutique cardiaque. *Montpellier médical*, 15 décembre 1935.)

Le bleu de méthylène ne saurait être considéré comme un médicament spécifique de la lèpre, mais son efficacité n'est pas douteuse.

L'action de ce colorant se manifeste sur les signes subjectifs et objectifs. On constate une atténuation ou même une disparition des douleurs rhumatoïdes, un retour du sommeil et de l'appétit, une régression des infiltrations lépreuses, une cicatrisation des ulcères et des maux perforants, une diminution de volume des nerfs hypertrophiés, une régression de l'orchite.

Le grand inconvénient du bleu est de provoquer des poussées congestives, qui du reste cèdent avec la continuation du traitement.

(Nguyen-Van-Tung. A propos du traitement de la lèpre par le bleu de méthylène. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, septembre 1935.)

Toxicologie

L'amaurose par la quinine est aussi grave que rare, mais elle existe comme le montre l'observation suivante :

Un jeune homme, ayant fait une partie de son service militaire aux colonies, est sujet à des accès de paludisme ; il prend un jour *trois* grammes de sulfate de quinine, qui déterminent une cécité totale.

Ce qui frappe à l'examen c'est la dilatation maxima des pupilles et leur immobilité, tant à la lumière qu'à l'accommodation-convergence. La vision est nulle.

On fait 20 centigrammes d'acécoline-spartéine le matin et 10 centigrammes d'acecoline le soir. Au bout de dix jours le malade lit de près de gros caractères, mais il est incapable de se conduire. Le champ visuel pour le blanc est très rétréci, limité à 10 degrés autour du point de fixation ; de plus le vert n'est pas reconnu, alors que le bleu, le jaune et le rouge sont nettement distingués.

Après trois semaines de traitement la vision est de 2/10 pour l'œil droit et de 5/10 pour l'œil gauche.

La vision a baissé par la suite, puis elle est revenue au même niveau.

Dans l'intoxication quinine c'est la vision périphérique qui est la plus atteinte.

(M. Godéchoux. Amaurose par la quinine. *Gazette médicale de Picardie*, juin 1925.)

Le coma barbiturique est profond, flaccide, hypotonique, avec abolition des réflexes tendineux, sans signes de localisation. Mais il n'en est pas toujours ainsi et il est parfois difficile de faire un diagnostic clinique, en attendant le résultat de l'examen des urines.

L'auteur a observé un coma barbiturique léger, de deux jours, avec contractures, trismus, hyperréflectivité tendineuse et probablement convulsions, comme en témoignaient les morsures de la langue.

(Richon, Abel et Kissel. A propos de la séméiologie du coma barbiturique. Considérations cliniques et expérimentales. *Revue médicale de l'Est*, 1er octobre 1935.)

Varia

En urologie plus qu'ailleurs le chirurgien n'a pas toujours les résultats qu'il mérite. (Uteau, de Biarritz.)

En présence d'une sciatique double, on ne saurait trop se méfier et songer toujours à une compression radiculaire. (Nordman, de Saint-Etienne.)

A pratiquer la chirurgie des enfants, on devient, non sans quelque raison, enfant terrible. (Charles Lasserre, de Bordeaux.)

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 mai 1936

Les dysostoses préchordales. — *MM. O. Crouzon et A. S. de Santa Maria.* — La dysostose cranio-faciale décrite par Crouzon, caractérisée par une triade symptomatique : malformations craniennes, malformations faciales (défaut de développement du maxillaire supérieur), exophtalmie, paraît surtout avoir comme caractère fondamental l'aplasie du massif facial supérieur dans laquelle le défaut de développement du maxillaire supérieur paraît un symptôme constant.

Aussi peut-on considérer que certaines aplasies du maxillaire supérieur ayant un caractère familial, peuvent être considérées comme une forme atténuée de cette dysostose.

En envisageant la question du point de vue de l'embryologie causale, les auteurs rapportent ces malformations à un arrêt de développement de la région préchordale portant sur le premier segment céphalique prémandibulaire situé au-devant de l'apophyse.

Si ces troubles du développement du premier somite prémandibulaire sont profonds, ils déterminent la dysostose cranio-faciale héréditaire. S'ils sont incomplets, ils déterminent des formes frustes ; mais l'ensemble de ces malformations dû au défaut de développement du premier segment peut être englobé sous la dénomination de dysostose préchordiale, dont la dysostose cranio-faciale représente le type le plus complet.

De l'action thermogène du rayonnement solaire concentré. — *M. Saidman.* — Au cours de 1.500 applications d'énergie rayonnante avec un dosage nettement défini, M. Saidman a étudié la réaction thermique des malades qui constitue un élément très utile dans le dosage du traitement héliothérapique. L'hyperthermie au cours des applications, qui est un excellent pronostic, peut donner des indications très intéressantes sur l'évolution des lésions tuberculeuses ou rhumatismales.

L'héliothérapie ne doit plus être appliquée d'une manière empirique et sans dosage rigoureux. C'est une méthode énergique qui demande de multiples précautions et dont les résultats sont grandement améliorés par des techniques rigoureuses.

Sur un cas de gigantisme. Considérations sur les relations entre le gigantisme et l'acromégalie. — *MM. Marinesco, Jonesco-Sisesti* et *Alexano-Buttu* — Les glandes endocrines interviennent dans la genèse de l'acromégalie ou du gigantisme. Mais elles ne représentent qu'un des deux éléments générateurs de la maladie. L'autre, c'est le terrain constitutionnel, le plus important, gouverné qu'il est par la distribution des gènes dans les chromosomes.

Vaccination par voie buccale de nouveau nés atteints d'entérite grave provoquée par un bacille dysentérique. — *Mme Aïtoff, MM. Daunay* et *Debat* ont pu isoler, chez des nouveaux-nés atteints d'entérite grave à caractère épidémique, un bacille qui se rapproche de celui de Flexner.

Ils sont arrivés à vacciner, par la voie digestive, des lapins contre l'infection mortelle due à ce bacille et se proposent d'employer la méthode, qui est anodine, chez le nourrisson.

Election de deux correspondants nationaux dans la IIIe division (hygiène).

Classement des candidats : En première ligne : M. Parisot (de Nancy) et Bouffard (de Brazzavile).

En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Colombani (de Rabat), Lancelin (de Paris), Rocaz (de Bordeaux), Rochaix (de Lyon), Violle (de Marseille).

M. J. Parisot, Professeur d'hygiène à la Faculté de Nancy est élu par 65 voix et M. Colombani, ancien directeur du Service de Santé au Maroc, par 52 voix.

Séance du 26 mai 1936

Recherches sur l'immunité antidiphtérique chez les adultes soumis à la vaccination associée triple antityphoparatyphoïdique-antidiphtérique-antitétanique. — *MM. P. Pilod* et *A. Jude* ont recherché et dosé l'antitoxine diphtérique dans le sérum de jeunes soldats appartenant à dix-huit régiments vaccinés en 1934 et 1935 avec un vaccin triple où étaient associés les anatoxines diphtériques et tétanique avec le vaccin T. A. B.

Les dosages d'antitoxine, effectués suivant la technique de M. Ramon, portent sur 418 sérums prélevés au huitième jour et pour certains un mois et dix mois après la vaccination.

Ils concluent :

1° Que l'immunité antidiphtérique conférée par la vaccination triple est acquise huit jours après pour la presque totalité des vaccinés (99,58 %).

2° Que la rapidité d'apparition et la valeur de cette immunité sont au moins égales sinon supérieures à celles enregistrées chez les sujets vaccinés avec l'anatoxine seule ou associée au T. A. B.

3° Que les vaccinés dont le sérum contient moins d'un tiers d'U. A. au huitième ou au trentième jour redeviennent réceptifs au bout de dix mois. La proportion de ces sujets, justiciables d'une injection de rappel, serait d'environ 18 % d'après leurs recherches.

Contribution à la connaissance de la maladie de Rendu Osler (angiomatose hémorragique), à propos de deux cas anormaux. — *MM. Ph. Pagniez, A. Plichet* et *Ch. Rendu.*

Fréquence de l'hyperextension des coudes chez les psychasthéniques. — *M. Laignel-Lavastine* attire l'attention sur la fréquence chez les psychasthéniques de l'hyperextension des coudes liée en général à un certain degré de cubitus valgus.

Une image curieuse de cette anomalie est donnée par la manœuvre suivante. Prenant les avant-bras de la malade — le plus souvent il s'agit en effet de malades du sexe féminin — on les met en supination et l'on cherche à les rapprocher l'un de l'autre, la face antérieure étant tournée en avant. On est alors frappé de la facilité avec laquelle les deux coudes viennent se toucher, épitrochlée contre épitrochlée, et pendant que les bords cubitaux des deux avant-bras se touchent sur toute leur longueur, les bras, du moignon de l'épaule au coude, limitent un triangle isocèle dont la base répond à la face antérieure de la poitrine.

Cette malformation unie à l'hyperextension de l'avant-bras constitue le maximum de l'anomalie. Elle peut d'ailleurs exister seule, de même que l'hyperextension peut être observée sans cubitus valgus.

Cette anomalie ostéo-articulaire des membres supérieurs coïncide en général avec l'axyphoïdie, un spina bifida occulta, des tubercules de Carabelli.

Elle me paraît rentrer dans la catégorie des caractères récessifs et résulter d'une dégénérescence non spécifique dans son mécanisme mais souvent déclenchée par l'infection tréponémique des ascendants.

Ce caractère récessif morphologique est à rapprocher de l'obsession, caractère récessif psychique.

La grande fréquence de cette coïncidence morpho-psychique chez les psychasthéniques paraît s'expliquer par l'analogie d'un mécanisme dégénératif à point de départ ancestral très souvent déterminé par la syphilis.

Sur la préparation des jus de fruits. — *M. Marcel Labbé*, au nom de la commission, propose à l'Académie d'abaisser le taux de la tolérance pour l'acide sulfureux dans les jus de fruits à 200 milligrammes par litre et de recommander aux fabricants de jus de fruits l'abandon de l'anhydride sulfureux pour la stérilisation et son remplacement par des procédés nouveaux tels que le refroidissement, la filtration, l'irradiation et surtout la concentration à l'état sirupeux dans le vide et sous l'influence d'une chaleur modérée.

Election de deux correspondants nationaux dans la IIe division (Chirurgie). — Classement des candidats : En première ligne : M. Lambret (de Lille), Abadie (d'Oran).

En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Fiolle (de Marseille), Guyot (de Bordeaux), Michel (de Nancy), Villard (de Lyon).

Adjoints par l'Académie : MM. Jacques (de Nancy), Nové-Josserand (de Lyon).

M. Lambret est élu par 53 voix. Né en 1872 à Avesnes-sur-Helpse (Nord), il est professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lille.

M. Abadie est élu par 49 voix. Né en 1876 à Blaye (Gironde), il occupe actuellement le poste de chirurgien de l'hospice civil d'Oran et de chef du service anticancéreux de cette ville.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 mai 1936

Y a-t-il parfois une liaison étroite entre l'asthme et la tuberculose ? — *MM. G. Caussade* et *R. Amsler*, dont l'intention n'est pas de fournir des preuves en faveur de l'asthme dit « tuberculeux », montrent que, dans certains cas, l'asthme et la tuberculose pulmonaire sont intimement liés dans leur évolution. Ainsi, chez une jeune fille de 18 ans, dont l'hérédité et l'enfance sont indemnes de toute manifestation asthmatique (asthme et ses équivalents), les premières crises ont débuté simultanément avec les premiers symptômes de la tuberculose. Ulterieurement, et pendant un an, asthme et tuberculose ont évolué parallèlement, chaque poussée de tuberculose s'accompagnant de crises d'asthme et réciproquement, la durée de chacune d'elles durant un temps sensiblement égal, et toutes deux ayant, actuellement, une tendance à s'immobiliser. Les auteurs insistent sur quelques particularités de cette association, déjà signalées par A. Jacquelin : 1° la tuberculose pulmonaire est discrète, atténuée, parfois abortive et évolue vers la sclérose ; 2° le sujet est doué fréquemment d'une hypersensibilité tuberculinique, même à l'antigène méthylique de Boquet et Nègre ; 3° les médications ordinairement efficaces contre l'asthme (adrénaline, évatmine, éphédrine, vaccins) peuvent échouer radicalement.

Fermeture spontanée d'une vieille caverne tuberculeuse. — *M. Ameuille* rapporte l'observation d'un homme de 58 ans qui a présenté pendant dix ans (des clichés successifs en font foi) une caverne encapsulée apicale droite du volume d'une prune, avec expectoration bacillifère. Aucun traitement : repos méthodique, cure climatique, collapsothérapie (irréalisable en raison d'une symphyse pleurale), aurothérapie, n'est arrivé à modifier l'apparence radiologique et la sécrétion bacillifère de cette caverne. Après deux ans de repos, le malade a repris une vie normale. Au bout de dix ans, en août 1934, la caverne a brusquement disparu, entre deux examens radiologiques espacés de deux mois, l'expectoration est devenue non-bacillifère et a cessé même de tuberculiser le cobaye. Cet état de guérison apparente dure depuis dix-huit mois. Il s'est produit sans intervention d'une cause exterieure appréciable.

Ce fait montre :

1° Qu'une caverne tuberculeuse, si ancienne soit elle, peut toujours se cicatriser spontanément.

2° Que la guérison des lésions tuberculeuses peut se produire en dehors de l'intervention des causes (thérapeutiques ou autres) auxquelles on attribue communément cette guérison. Dans cette guérison peut donc intervenir un facteur inconnu, dont il est intéressant de rechercher les exemples d'action pour pouvoir peut-être en découvrir un jour la nature et apprendre à le manier.

La maladie hémolytique familiale. Etude de vingt-cinq cas personnels. — *MM. Robert Debré, Maurice Lamy, Georges Sée* et *Mme St. Schrameck* ont observé dans neuf familles différentes, vingt-cinq cas d'ictère hémolytique congénital ou, pour employer un terme plus compréhensif, de maladie hémolytique.

Certains signes décrits classiquement comme constants tels l'ictère et l'anémie manquent, en réalité souvent. Les formes frustes caractérisées essentiellement ou exclusivement par une splénomégalie sont fréquentes, en particulier dans l'enfance. Certains stigmates hémolytiques n'ont pas la valeur absolue qu'il est classique de leur attribuer : c'est ainsi que la résistance des hématies vis-à-vis des solutions hypotoniques est souvent normale. L'élévation de la bilirubinémie et de la réticulocytose paraissent, au contraire, constants, de même que la réaction erythroblastique compensatrice de l'hyperhémolyse qu'indiquent les myélogrammes.

L'évolution de la maladie est assez souvent coupée d'épisodes paroxystiques parmi lesquels les crises aiguës de déglobulisation sont les plus redoutables.

Les auteurs ont observé un certain nombre de troubles non signalés jusqu'ici, ou décrits sans une précision suffisante : les accidents cardiaques qui compliquent certaines formes anémiques, les infiltrations cornéennes par des dépôts lipidiques ou pigmentaires, enfin les troubles du développement. La presence de malformations congénitales associées n'est pas exceptionnelle, notamment celle d'anomalies craniennes voisines de l'oxycéphalie.

Une maladie aussi polymorphe est fréquemment méconnue, faute d'une enquête familiale systématique. Bien des anémies hémolytiques aiguës, bien des anémies spléniques du type Banti, bien des ictères hémolytiques tenus pour acquis, se réclament en réalité de la maladie hémolytique constitutionnelle.

La maladie hémolytique rentre dans le groupe des maladies constitutionnelles et familiales. Elle se transmet selon les lois de Mendel, comme un caractère dominant et n'a aucun lien avec la syphilis.

Un seul traitement est efficace, la splénectomie. Cette thérapeutique chirurgicale doit être envisagée même chez l'enfant.

Un cas de cancer ulcériforme au début. — *MM. R.-A. Gutmann, J. Charrier* et *Ivan Bertrand* presentent l'observation d'un jeune homme de 25 ans qui eut, deux fois, en avril et en octobre 1935, de petits épisodes douloureux de l'estomac, le suc gastrique étant hyperchlorhydrique ; un traitement très simple fit cesser chaque fois les douleurs. Il existait une petite niche de la petite courbure d'aspect ulcéreux typique. Complètement guéri de tous ses troubles fut, néanmoins, suivi radiologiquement, selon les règles établies par l'un des auteurs sur l'évolution clinique et radiologique des ulcères et des cancers. Les examens successifs montrèrent la persistance de la niche. Malgré la guérison clinique absolument complète, sur un seul signe confirmé par des examens radiologiques successifs de novembre 1935 à avril 1936, une gastrectomie fut conseillée au malade qui finit en avril 1936 seulement par l'accepter. La pièce montra sur la petite courbure une ulcération peu étendue d'aspect ulcéreux banal. L'examen histologique revéla qu'il s'agissait, en réalité, non d'un ulcère mais d'un cancer primitif au début.

Cette observation confirme, chez les malades à trouble d'allure ulcéreuse, l'importance capitale des examens répétés ; elle prouve la valeur de la non-disparition de la niche dans les cancers ulcériformes par opposition à la disparition, après les douleurs, des niches ulcéreuses authentiques, notion sur laquelle l'un des auteurs a appelé, à plusieurs reprises, l'attention.

Une niche qui ne disparaît pas n'est pas forcément ulcéreuse mais elle est souvent et doit toujours être considérée comme suspecte.

Insuffisance cardiaque d'origine œdémateuse secondaire à un syndrome hydropigène pur. — *M. Ed. Doumer* (de Lille) apporte deux observations de sujets relativement jeunes, exempts de toute tare cardiaque, chez qui se sont développés progressivement et apparemment sans raison des œdèmes périphériques abondants sans albuminurie, sans réaction hypertensive et sans élévation du taux de l'azotémie. Cet état hydropigène s'est compliqué secondairement de signes de défaillance cardiaque caracterisée par de la dyspnée d'effort, de la tachycardie, un bruit de galop très net et une augmentation importante des dimensions de l'ombre du cœur sous l'écran. Ces signes de défaillance cardiaque ont disparu complètement, en même temps que les œdèmes, cet état hydropigène ayant évolué spontanément vers la guérison dans un cas et ayant paru céder dans le second à l'emploi de diurétiques assez banals. L'ombre du cœur a retrouvé des dimensions normales.

Si l'insuffisance cardiaque est souvent responsable d'œdèmes périphériques, l'auteur soutient, en s'appuyant sur ces faits, qu'un état hydropigène peut inversement se compliquer de défaillance cardiaque dont il est directement responsable. Il est en effet impossible ici d'incriminer une réaction hypertensive absente et il faut considérer la défaillance cardiaque comme une complication de l'infiltration œdémateuse elle-même ou l'attribuer, au même titre que l'œdème, à l'intervention de l'un des facteurs qui conditionnent ici l'œdème.

Il ne saurait être question d'attribuer à l'infiltration œdémateuse un rôle purement mécanique. Peut-être pourrait-on trouver l'explication de son retentissement fâcheux sur le cœur dans le trouble apporté par le processus hydropigène à la composition minérale des humeurs tissulaires. Les recherches de Magnus-Lévy, d'Aubel et Mauriac ont revélé, au niveau des tissus œdématiés, une augmentation du taux de Na, une diminution de K et probablement aussi de Ca. Lorsque le processus hydropigène tend à troubler dans ce sens, au niveau du myocarde, la composition minérale du milieu, il peut troubler gravement le fonctionnement myocardique, puisque l'augmentation de Na et la diminution de Ca exercent expérimentalement une action déprimante sur l'énergie de contraction du cœur.

Cette conception peut amener à modifier l'interprétation de certains syndromes, assez communs en clinique, qui associent d'abondants œdèmes periphériques à des signes d'insuffisance ventriculaire gauche d'origine indéterminée et qui tirent

plus de bénéfices, semble-t-il, de l'emploi des diurétiques ou des mouchetures que de l'ouabaïne. Systématiquement attribués à des troubles primitifs de la contractilité myocardique, on peut se demander s'ils ne traduisent pas dans certains cas un état hydropigène compliqué de défaillance cardiaque secondaire.

Enregistrement et reproduction des bruits d'auscultation à l'aide de disques avec le pick-up médical. — *MM. C. Lian* et *G. Minot* ont mis au point un pick-up médical destiné à la gravure et à l'audition de disques de signes d'auscultation.

Cette méthode est rapide, ne nécessite pas de travaux photographiques. Le contrôle auditif des bruits enregistrés peut avoir lieu immédiatement après leur gravure. L'appareil d'audition est relativement simple et indéreglable. Enfin, cette méthode est peu coûteuse. Les disques sont constitués d'une substance spéciale qui se laisse facilement graver à l'aide d'une aiguille en acier et est assez dure cependant pour permettre un grand nombre d'auditions. Un dispositif permet l'inscription facile sur le même disque des commentaires oraux destinés à exposer les caractères des signes d'auscultation enregistrés.

L'appareil comporte un amplificateur à gamme variable permettant à volonté l'audition des phénomènes de basse fréquence que sont les signes d'auscultation et des vibrations d'un registre très étendu comme la voix humaine. En manœuvrant un bouton, on laisse passer : *a)* ou seulement les vibrations de basse fréquence et on élimine ainsi le bruit de frottement de l'aiguille sur le disque ; *b)* ou toute la gamme des vibrations sonores.

Ainsi le pick-up médical permet dans d'excellentes conditions l'audition des disques médicaux et celle de n'importe quel disque phonographique. Il est même facile d'y ajouter un dispositif complémentaire qui peut ainsi faire fonctionner le pick-up médical comme un appareil de T. S. F.

Les auteurs ont constitué une collection de disques de signes d'auscultation cardiaques et respiratoires.

Audition collective des bruits d'auscultation en haut-parleur avec le télestéthophone. — *MM. C. Lian* et *G. Minot* ont realisé un appareil qui permet dans de bonnes conditions l'auscultation d'un malade par tout un amphithéâtre.

Leur microphone « à contact » est comme les appareils de ce genre très sensible aux vibrations sonores de la paroi thoracique ; mais, grâce à un dispositif original, il a sur les appareils analogues le grand avantage d'être insensible à la fois aux oscillations mecaniques de la paroi thoracique et aux vibrations sonores aériennes. Ainsi l'appareil permet l'emploi d'un haut-parleur puissant, tout en plaçant le patient à deux mètres du haut-parleur sans interposition d'aucune cloison. Les lampes amplificatrices sont alimentées à l'aide du réseau d'éclairage électrique, sans redressement ni filtrage. Grâce au choix des lampes et à leur montage spécial, l'amplification se fait sans laisser passer ou introduire des bruits parasites. Le haut-parleur ne comporte aucun transformateur. Le télestéthophone est enfermé dans un coffre ayant l'aspect extérieur d'un appareil de T. S. F. Il est facilement transformable. Le mode d'emploi en est très simple. Réalisé pour les bruits et souffles cardiaques, il permet également l'auscultation collective des signes stéthacoustiques respiratoires, abdominaux.

Enregistrement sur film des bruits d'auscultation transmis par haut-parleur avec le phonostéthographe. — *MM. C. Lian* et *G. Minot* enregistrent sur film les vibrations du haut-parleur lui-même, d'où les avantages suivants : *a)* appareillage simple, robuste et indéréglable ; *b)* enregistrement se faisant pendant que le haut-parleur fait entendre le signe qu'on se propose d'inscrire, d'où la certitude qu'il est sur le film puisqu'on l'a entendu dans le haut-parleur ; *c)* amortisseur idéal constitué par le haut-parleur lui-même.

Le phonostéthographe est constitué par un fil de 1/100 de millimètre et de 1 millimètre de long, éclairé par un dispositif lumineux : l'ombre se projette sur la fente de l'électrocardiographie. Cet appareillage est logé dans la caisse du télestéthophone. La mise au point, facile, peut être faite une fois pour toutes.

Dans les films obtenus, le tracé donne exactement le nombre de vibrations de chaque bruit ou souffle, à l'exclusion de toute oscillation purement mécanique de la paroi thoracique. Le phonogramme a comme repère l'électrocardiogramme recueilli sur le même film, ainsi qu'un tracé mécanique s'il y lieu (choc apexien, pneumogramme, etc.).

Un dispositif supplémentaire permet d'obtenir avec cet appareil, si on le désire, l'inscription en dents de scie sur un film transparent d'où la possibilité d'obtenir l'audition du phénomène inscrit.

Traitement de la maladie de Parkinson par la cure bulgare. — *MM. Coste* et *Devèze* (de Nîmes) déposent un mémoire sur les résultats favorables qu'ils ont obtenus en traitant par la cure belladonée, dite cure bulgare, divers parkinsoniens.

Ils insistent sur la diminution de l'hypertonie et sur la tolérance remarquable de ces malades à de fortes doses de belladone.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 mai 1936

Les réactions intestinales chez le goutteux et l'uricémique. — *M. Schneider* montre que depuis longtemps la clinique a permis de constater que l'intestin du goutteux ou de l'hyperuricémique se comportait autrement que celui du sujet normal. Cette catégorie de malades a très rarement les selles moulees, s'ils ont parfois une seule selle par jour, ils peuvent en avoir deux ou trois, chez eux la diarrhée post-prandiale est de règle après un excès alimentaire. Les fils de goutteux et les hyperuricemiques ont les mêmes réactions. A l'examen clinique l'intestin est rarement douloureux sauf dans la partie sigmoïdienne. La douleur à la pression profonde semble pathognomonique. Il ne faut pas confondre avec la douleur urétérale si fréquente chez les hyperuricémiques. La selle est la plupart du temps bilieuse, riche en pigments biliaires présentant les caractères des matières à transit accéléré, très élevé, elle est bien entendu alcaline. En revanche si la production de l'indol intestinal est augmentée, l'indoxyle ne semble pas l'être ; cliniquement, du reste, la colite, en dehors du point précis indiqué plus haut est rarement douloureuse, c'est ce qui explique la possibilité de purger le goutteux et l'hyperuricémique, c'est ce qui permet aussi chez lui l'usage du colchique qui serait si irritant pour l'intestin des autres.

Cinq observations de chirurgie rénale. — *M. P. Le Gac* présente cinq observations de chirurgie rénale : une énorme pyonéphrose calculeuse, deux hydronéphroses et deux tumeurs pararénales. Bien que dissemblables, elles ont un point commun : la tolérance des malades vis à-vis de lésions importantes. D'autre part, leur rapprochement met en valeur, les avantages de la pyélographie rétrograde, comme moyen diagnostique et de la voie d'abord antérieure pour l'ablation de tumeurs rénales ou pararénales volumineuses.

Volumineux calcul vésical de 10 centimètres de long sur 6 centimètres de large. — *M. P. Le Gac* présente un calcul vésical de dimension vraiment considérable, enlevé par cystostomie, chez un malade de 72 ans chez lequel les phénomènes vésicaux ont débuté il y a une quinzaine d'années, calcul toléré relativement bien malgré son volume considérable.

Ulcère duodénal avec dilatation considérable de la première portion du duodénum. Gastro duodénectomie. Guérison. — *M. P. Le Gac* présente l'histoire clinique, la radiographie et la pièce opératoire d'un opéré, qui présentait un ulcère de la première portion du duodénum très dilaté. La résection large, terminée par un Polya transmésocolique donna une guérison durable qui se maintient parfaite au bout de quatorze mois.

Des mutations possibles « in vitro » de colibacilles en entérocoques. — *MM. F. Peyre* et *P.-L. Roy* rapportent une observation qui met en valeur les mutations que peuvent subir certains microbes et qui montre comment un entérocoque peut être lysé par un bacteriophage anticolientérocoque des souches de bacteriophages adaptés spécifiquement à ce microbe.

Ulcère perforé de l'estomac au cours d'une appendicite aiguë. — *M. Rodriguez-Ramos* rapporte deux cas observés recemment où la coexistence d'un ulcus peptique de l'estomac et d'une appendicite chronique était évidente par les antécédents et par l'examen clinique. Ces deux malades, à la suite d'une crise d'appendicite aiguë font une perforation de l'ulcus. Cette crise d'appendicite a été, d'après l'auteur, la cause occasionnelle de la perforation de l'ulcus. Quant au traitement de la perforation, il s'est limité dans ces cas à faire la fermeture sous trois plans de suture qu'il considère comme la seule technique à suivre. La gastro-entérostomie, dans ces cas, lui semble dépasser le but de l'intervention.

LUQUET.

ACTUALITÉS

La part de la Science française dans l'avance actuelle de la question du cancer

Le Professeur Forgue a fait, sous ce titre, le 26 mai, lors de la réunion de la Ligue contre le cancer, une conférence riche de substance et d'idées dont voici quelques extraits.

Après avoir esquissé la règle actuelle du travail collectif international qui s'impose pour l'étude du problème du cancer, le Professeur Forgue s'est appliqué à fixer la part des savants français dans cet effort universel des recherches.

Après avoir rappelé l'œuvre de Morau qui fut le véritable initiateur de la biologie expérimentale du cancer, les travaux de Carrel qui, le premier, réalisa la culture indéfinie d'éléments néoformés ; ceux de Cazin, de Marie et de Clunet qui, cinq ans avant les Japonais, avaient provoqué, par des irritants chimiques, l'apparition de lésions métaplasiques, M. Forgue a retracé plus longuement l'œuvre de P. et M. Curie.

« C'est à la France, dit M. Forgue, c'est à Paris et à ses laboratoires, que revient tout l'honneur d'avoir élevé l'édifice entier de la radioactivité, d'avoir créé la radiumthérapie et de l'avoir portée au rang qu'elle occupe aujourd'hui. Le terme de *curiethérapie* proposé par Degrais, consacre cette priorité d'invention créatrice, aussi justement que celui de *rœngenthérapie* affirme les droits d'antériorité qui appartiennent à la science allemande, pour la découverte des rayons X. Il n'y a pas encore un demi-siècle, les laboratoires de nos deux peuples ont réalisé, concurremment, ces deux grands progrès scientifiques, puissent ils, ne connaître jamais que cette rivalité pour l'amélioration de la condition humaine !

«... Les premières tentatives de radiumthérapie, faites avec des produits prêtés par Pierre Curie, eurent pour objet la guérison du lupus et autres lésions de la peau. Donc, *au commencement, la radiumthérapie fut superficielle et d'application dermatologique*. A cette phase, se rattachent les noms de Wickham et Degrais, qui, dans le service de Danlos, à l'hôpital Saint-Louis fixent les règles de la radiumthérapie de surface.

« En 1906, Wickham crée, rue d'Artois, le *laboratoire biologique du radium* où se fait l'essai des premiers appareils à vernis radifère, mis à sa disposition par Armet de Lisle, gros producteur de quinine, qui commence l'extraction industrielle du radium. Un troisième collaborateur, Dominici, vient compléter l'équipe initiatrice : c'est un anatomo pathologiste de valeur, un esprit alerte et inventif ; comme Wickham qui consacra au radium les dernières années de sa vie, il est mort prématurément, mais il a eu le temps d'apporter à la technique curiethérapique ses bases biologiques et ses principaux dispositifs techniques. C'est à Dominici que sont dues les premières études sur le comportement des cellules normales et cancéreuses, sous l'action des rayons du radium. C'est à Dominici que revient le mérite d'avoir établi que le rayonnement gamma du radium a une action élective sur les cellules néoplasiques qu'il détruit plus rapidement que les cellules saines, notion fondamentale, qui est à la base de la curiethérapie. C'est lui qui imagine le filtrage et par l'interposition d'écrans de métaux denses, platine, or, éliminant les rayons nocifs, ne laisse passer que les ultra pénétrants et invente les appareillages techniques, appareils plats, à sel collé pour l'emploi en surface ; appareils tubulaires, tubes d'or ou de platine, pour introduction dans les cavités naturelles ou pleines masses tumorales. Car, entre temps, le domaine d'application de la curiethérapie s'était élargi et approfondi : Degrais, dès 1907, à Beaujon et Robins Duval avaient fait les premières applications de radium sur un col utérin cancéreux. Ce laboratoire de la rue d'Artois, que j'ai connu dans son activité, fut le premier foyer de curiethérapie, il fonctionna avec ses propres moyens et donna un bel exemple d'initiative, il fonda la technique et enregistra les résultats initiaux, j'ai pensé que ce point d'histoire méritait ce rappel ».

Le radium est aujourd'hui un agent thérapeutique dont la posologie, les indications sont réglées de façon aussi exacte que l'emploi de la quinine et de l'insuline. Sur tous les points nous avons acquis des précisions peu modifiables. La codification de la radiumthérapie est chose faite.

« Mais, ajoute M. Forgue, à la tête de nous tous, chefs de centres, qui avons poursuivi ces progrès techniques, notre devoir est de placer celui qui a été ici, l'observateur méthodique et rigoureux, le travailleur persévérant, l'anatomo-pathologiste et le clinicien, celui dont nous avons reçu, dans nos réunions plénières, les directives les plus précises en curiethérapie et dont nous avons toujours admiré le scrupuleux contrôle des résultats, vérifiés à distance, celui qui a porté à l'étranger la règle technique partout adoptée : j'ai nommé le Professeur Regaud, qui devient un des nôtres, puisque par une distinction spéciale, l'Académie de chirurgie vient de l'élire parmi ses membres.

« C'est, évidemment, une condition exceptionnelle de collaboration que le groupement du laboratoire Curie pour les recherches physico-chimiques et du laboratoire Pasteur pour les recherches biologiques et de leurs applications médicales ; ce dernier est ainsi devenu, selon le mot même de Madame Curie, le centre de curiethérapie modèle, où l'on cherche, où l'on applique, où l'on traite, où l'on enseigne. »

Et le professeur montpelliérain ne manque pas de rendre hommage à celui qui a été, en France, l'organisateur du plus bel Institut de cancérologie qui soit au monde.

« Nous avons parfois le défaut, fait remarquer M. Forgue de nous laisser dominer par l'impression de masse, de bloc, de *building*, de quelques installations étrangères, alors que nous créons des modèles de qualité, de mesure, d'adaptation. Nul besoin de franchir l'Atlantique : allez simplement à Villejuif, visiter le centre de recherche et de traitement dont le doyen Roussy, instigateur et animateur de l'Institut du cancer a doté la Faculté de médecine de Paris. Là, tout est ordre, méthode, coopération. Six groupes de laboratoires, travaillant sur des directives coordonnées par le directeur et en liaison intime avec la section d'hospitalisation ; un état-major de chercheurs spécialisés ; un chef qui est l'âme de la fondation ; voilà un ensemble exemplaire et capable de grand rendement. Car le chef est un Maître, de premier plan en anatomie pathologique, dont l'enseignement a reçu de lui une complète refonte ; ses recherches et ses publications sur le cancer lui donnent toute autorité pour diriger les recherches à poursuivre et pour coordonner les efforts ; sa valeur clinique assure le contrôle rigoureux des résultats, c'est un organisateur et un réalisateur, d'intelligence aiguë et nette, auquel la Faculté de Paris devra sa reconstruction moderne. »

La France n'a désormais plus rien à envier à d'autres pays pour l'organisation des centres anticancéreux :

« Actuellement, l'organisateur des centres anticancéreux d'étude et de traitement s'est développée, en France, avec une ampleur et une méthode telles qu'il n'en est pas de supérieure en Europe. Nous pouvons même dire que, dans la plupart des pays, c'est la solution française, *rationnelle et efficace* qui est devenue *le type unifié d'organisation normale*. La logique y conduit forcément, la complexité des organismes qui composent un centre l'impose d'ailleurs : c'est à la fois un sanatorium anticancéreux, un groupe de laboratoire de recherches, un foyer d'enseignement. La fonction essentielle, c'est le traitement ; mais le centre vital du progrès ce sont les laboratoires qui jouent le rôle capital, assigné dans l'industrie moderne aux ateliers d'études. »

Et les noms de ceux qui furent chez nous les bons ouvriers de cette organisation, M. Forgue se fait un devoir de les rappeler : Justin Godard, Paul Strauss, Bergonié, sans oublier, en terminant :

« A côté de ces hautes *valeurs de science*, le domaine des *valeurs morales* où s'est haussé à une particulière élévation d'idéal l'esprit de charité et d'entr'aide de notre race. L'Association des Dames du Calvaire ! Initiative de bonté discrètement agissante, de bienfaisance modeste et silencieuse que prit, il y a près d'un siècle, une pauvre femme frappée d'un triple deuil, Madame Garnier ! De la douleur d'une veuve était né le Calvaire de Lyon ; de la douleur d'une veuve, Madame Jousset, devait naître le Calvaire de Paris. Exemple qui n'a son égal en aucun autre pays d'une de ces créations, spontanées et libres, par lesquelles l'improvisation française se montre supérieure aux prévisions administratives et pare admirablement aux insuffisances d'organisation, à la pauvreté des ressources, au péril social de certaines lacunes d'assistance ! Œuvre émouvante qu'inspire la Foi et qu'anime le profond altruisme féminin ! Œuvre de secours volontaire, largement progressive malgré l'humilité de ses débuts, humainement efficace malgré la médiocrité de ses budgets : mais le cœur a ses richesses que la richesse ne connait pas. »

Magnifique conférence ; l'enthousiasme, la foi dans la science, le juste orgueil national qu'elle revèle justifiaient bien le titre que le Professeur Forgue avait choisi : *Gesta cancerologiæ per Francos*.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, où à vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Orientation professionnelle et carrières libérales. — Sous ce titre M. Léon Walther vient de publier un petit livre (Delachaux et Niestlé, édit.) où il étudie le rôle que l'orientation professionnelle peut jouer pour remédier à l'encombrement ou au manque de certaines professions. Ce rôle paraît en réalité très restreint au professeur de l'Institut J. J. Rousseau et voici de quelle façon il répond à la question de savoir si n'importe qui est capable d'embrasser une profession libérale.

« Les faits observés, dit-il, nous ont fait répondre que c'est l'intelligence générale qui est décisive.

« Quant à savoir pour laquelle des professions libérales un individu est spécialement doué, les faits paraissent nous amener à la conclusion que ce sont des attitudes plutôt que des aptitudes qui tranchent le problème.

« Comme nous avons pu le constater, ce sont des aptitudes générales qui conditionnent la réussite dans une profession libérale. Les attitudes que prend un individu vis-à-vis de son activité professionnelle, les penchants qui l'attirent vers ces activités, le poussent à embrasser une profession qui se trouve en relation intime avec ces états psychiques. Les aptitudes spéciales, si elles interviennent, le font à un degré minime, en se compensant et se substituant entre elles.

« Tout autre est la situation pour les métiers. Ce qui est déterminant ici, ce sont des aptitudes spéciales, des aptitudes professionnelles qui mènent l'individu vers le succès professionnel en harmonie, bien entendu, avec ses penchants. Ces aptitudes spéciales ne se laissent pas toujours facilement remplacer par d'autres, la substitution ou la surcompensation ne s'exerce pas sur une échelle aussi étendue que pour les professions libérales. Les aptitudes générales aussi n'interviennent dans les métiers qu'à un degré plus atténué.

« De l'intelligence générale d'une part, des attitudes bien prononcées d'autre part, voilà ce qu'il faut pour réussir dans une profession supérieure bien déterminée. C'est à cette conclusion que l'observation des faits nous amène. »

Desmarest, chirurgien. — *Sous ce titre un article de M. Pierre Bonardi dans* GRINGOIRE (8 mai 1936) :

..... Desmarest, chirurgien, est de ces natures exceptionnelles en qui l'accoutumance n'a pas aboli la sensibilité et que le succès n'a pas rendu inhumain. Cela vient de loin. De si loin, de si profond que rien ne prévaudra jamais contre sa sensibilité, contre sa fraternelle inquiétude.

Cela provient d'abord d'une enfance pauvre faisant suite à une interminable lignée d'enfances aussi pauvres et aussi rudes.

Le grand-père Desmarest, qui louait ses bras aux confins de l'Ile-de-France, dans les fermes qui entourent Noyon, ne se connaissait que des ancêtres également soumis à la même terre et au caprice des éléments, en ce ravissant pays où les hivers surgissent comme des huissiers chargés de faire payer les charmes des autres saisons.

L'enfant ayant ainsi grandi se trouva orphelin de père à quatorze ans. Parce qu'il avait été, dans une institution libre, un timide mais brillant élève, la famille continua à se saigner pour « en faire quelque chose ». Et ce quelque chose fut un petit provincial lâché sur le pavé de Paris puis dans les salles de garde, toujours aussi timide, toujours aussi appliqué, toujours aussi pauvre.

....

— Un bon praticien, dit-il encore, devrait pouvoir faire certaines opérations dans l'obscurité.

Lorsqu'il parle ainsi, on regarde malgré soi ses mains et l'on se demande comment le contact du mancheron, de la houe et des mottes de terre a pu créer ces mains fines, longues, nerveuses telles qu'on en voit aux portraits des grands seigneurs de Venise, de Tolède et de Paris peints par Clouet, le Greco ou le Titien. Pourtant si... le bout des ongles n'est pas très pointu ; il gardent une carrure paysanne, je voudrais dire qui rassure.

Mains d'artiste pourtant, selon les données les plus sommaires de la chirologie, et Desmarest, bibliophile et amateur de peinture, a bien la sensibilité d'un artiste.

C'est au surplus sa moindre originalité. Le Corps médical est fécond en collectionneurs avertis et Desmarest n'est pas le seul qui encourage, avec une sûreté de goût égale à sa sûreté de diagnostic, les productions les plus diverses de l'art moderne. Le concert, chaque dimanche, délasse. Le tableau rare, et seul, sur le grand mur gris enchante. Toutefois, il est, en dehors de la chirurgie, un domaine où notre homme peut encore prétendre à un record : le voyage. A ce sujet, on n'imagine pas un voyageur bedonnant et replet et l'on aperçoit soudain que Desmarest, qui n'est sportif qu'à demi, a gardé la ligne droite, virile et sobre des cavaliers. Il voyage beaucoup. Il connaît le monde entier. Parce qu'il se rend à de nombreux congrès ? Non. Il participe à l'aventure dans les rares pays vierges qui réservent encore aux visiteurs des visions imprévus et des effets inouïs. Ce trait complète l'esquisse d'un échantillon d'humanité assez rare. Desmarest, praticien soucieux d'abolir l'imbécile douleur physique et d'atténuer l'angoisse morale, amateur de livres, de musique et de voyages, cherche dans le divertissement non l'oubli pascalien mais une plus sûre connaissance de l'humanité et un plus vaste enrichissement de l'esprit.

Milly ou la Terre Natale.— Tandis que *Jocelyn* est étudié en Sorbonne par M. Henri Guillemin, Milly est évoqué dans un article récent (*Bulletin de l'Association médicale Lagoguey*, mars 1936) par un autre historien de Lamartine, le Docteur Léon Cerf, à qui l'on doit déjà, à côté de tant de travaux littéraires écrits avec un soin et une pénétration également remarquables, ce livre magnifique de piété et d'érudition qu'est le *Reliquaire de Lamartine.*

« Le pays de Milly, le pays mâconnais, c'est bien la terre natale de Lamartine ; mais *terre natale* et *maison natale* ne sont pas synonymes : la première est à la seconde ce que le tout est à la partie. La maison qu'habitaient, à Milly, les parents du poète, n'est pas celle où il est né ; ce fut la maison de son enfance, la maison de ses vacances ; ce fut surtout le nid dans lequel le choya la tendresse maternelle. Elle se rattachait à ses souvenirs de jeunesse par des liens si tendrement serrés que je devrai revenir à elle et vous la faire visiter. Mais, pour le moment, nous sommes à la recherche de la maison natale, et l'histoire demande plus de précision que la poésie.

« Dans ses *Confidences*, Lamartine a écrit :

« A l'un des angles de cette place (actuellement le square de « la Paix) qui était, avant la Révolution, un rempart et qui en « conserva le nom, on voit une grande et haute maison percée « de fenêtres rares, et dont les murs élevés, massifs et noircis « par la pluie et éraillés par le soleil, sont reliés depuis un « siècle par de grosses clés de fer. Une porte haute et large, « précédée d'un perron de deux marches, donne entrée dans « un long vestibule au fond duquel un lourd escalier en pierre « brille au soleil par une fenêtre colossale et monte d'étage « en étage pour desservir de nombreux et profonds apparte- « ments. C'est là que je suis né. »

« L'affirmation de Lamartine est si nette qu'elle semble devoir échapper à toute contradiction. Et cependant... ce n'est pas vraiment dans cette « grande et haute maison » qu'est né Lamartine, mais dans une de ses dépendances qui était reliée au logis principal par un passage étroit et une cour humide, et dont la façade donnait sur une autre rue, la rue des Ursulines. Au moment de sa naissance, la maison familiale des Lamartine, bâtie par son grand-père en 1740, appartenait à son oncle qui l'habitait avec deux sœurs. Un autre oncle, l'abbé Jean-Baptiste François de Lamartine avait eu dans sa part d'héritage le petit logis de la rue des Ursulines ; et il la prêta à son frère le Chevalier, père du poète. C'est là que naquit Lamartine, le 21 octobre 1790. L'enfant était d'une constitution délicate, et, pendant quelque temps, il inspira de vives inquiétudes à sa mère. Quelques heures après sa naissance, on le porta au couvent des Ursulines, situé de l'autre côté de la rue étroite et sombre, juste en face de la maison natale. La Supérieure de la communauté était Madame de Luzi, vieille grand'tante du nouveau-né qui le présenta à la chapelle de la Vierge, pendant que toutes les religieuses priaient pour lui.

« Lamartine est donc né à Mâcon, rue des Ursulines ; mais c'est à Milly que s'épanouit son enfance.

« Milly se trouve à 4 kilomètres de Mâcon (Canton Nord). C'est un tout petit village d'une trentaine de maisons qui se pressent autour de l'église récemment remise en état par les soins de l'Académie de Mâcon.

« Le tout se rassemble sur une haute vallée, entre deux montagnes : le Monsard, qui le surplombe au Sud-Ouest ; le Craz, à l'Est, sur les premières pentes duquel s'appuie la maison de Lamartine. Partout des vignes, encloses de petits murs faits de pierres grises et rougeâtres, non cimentées. Quelques prés où gambadent des chèvres. De nombreuses petites routes pierreuses, aux contours brusques ; beaucoup de sentiers rocailleux. Pas de rivière ; très peu d'arbres.

C'est, l'été, une campagne de Grèce ou de Sicile, un paysage arcadien qui, au milieu des brouillards de l'hiver, devient un site d'Ossian. M. Félix Reyssié a fait de cet aspect si spécial une analyse très pénétrante dans son beau livre : *La jeunesse de Lamartine.*

« Ce pays eut toujours une place de prédilection dans le cœur de Lamartine : tant de souvenirs l'y rattachaient ! C'est dans ces sentiers caillouteux qu'il vagabondait avec les enfants du village, un morceau de pain noir et un fromage de chèvre dans son bissac. C'est sur le sommet du Monsard qu'il avait vu son père lire Platon avec l'abbé Dumont et M. Bruys de Vaudran ; c'est assis au milieu des chênes qui couronnent le Craz qu'il écrivit sa Méditation de *L'isolement.*

« Nulle part ailleurs, pas même en Italie, il ne trouva semblable consonnance entre la nature et son cœur. C'est ce qu'expriment les deux hémistiches de la célèbre Harmonie, gravés sur le diédestal du buste sculpté par le Mâconnais Chamonard et qu'on a érigé à l'entrée Sud de Milly. D'un côté, on lit : « C'est là qu'est mon cœur ». De l'autre : « Tout s'y souvient de moi. » La commune a voulu ratifier cette dernière affirmation du poète, quand elle a décidé de modifier son nom : elle s'appelle maintenant : Milly-Lamartine.

« La maison de Milly avait été construite, au début du XVIIIe siècle, par le trisaïeul de Lamartine, Jean-Baptiste qui était le chef de la branche cadette de la famille. Elle vint de cet ancêtre, par héritage direct, de père en fils, successivement à Philippe, Etienne de la Martine, puis à Louis François. Celui-ci donna le domaine en dot à son fils Pierre. Le poète en devint propriétaire à son tour, à la suite du partage que son père fit de tous ses biens entre ses dix enfants, le 17 février 1836.

« Lamartine garda Milly, le plus longtemps qu'il put ; mais les difficultés financières au milieu desquelles, il se débattait l'obligèrent à le vendre. Ce fut pour lui une grande douleur ; dans une lettre datée de Montceau et adressée à M. Desplaces, Président de l'Académie de Mâcon, le 8 décembre 1860, il écrivait : « J'ai vendu hier mon cher Milly, moëlle de mon cœur ». La résignation avec laquelle, il parvint à accepter ce sacrifice lui fit dire, dans une autre lettre que j'ai lue, dans la maison même de Milly : « Une fois la coquille de l'œuf brisée, le passereau n'y rentre plus. »

« La maison de Milly appartient aujourd'hui à M. Abel Sornay, vice-consul de France. Son aspect extérieur n'a guère changé.

« Les murs sont entièrement recouverts de plantes grimpantes. Pour entrer dans le vestibule, on monte les cinq marches disjointes du même perron. Au milieu des ornements de fer forgé qui ferment l'imposte de la porte, on ne voit plus les armes de la branche cadette des Lamartine. La Révolution a vidé de ses meubles l'écu qui reste là, timbré de son casque de baron.

« Nos exigences modernes ont entraîné quelques modifications intérieures ; mais ce sont les mêmes plafonds aux poutres apparentes, et, sous les épais tapis, on devine encore le carrelage ancien.

« Au Salon : un bahut, des sièges, une magnifique commode qui appartenaient à Lamartine ; une table sur laquelle il écrivait.

« La cuisine a été conservée entièrement, sans le moindre changement : elle est telle quelle, avec sa grande table massive, ses deux bancs, la cheminée à crémaillière et à landiers, la vieille horloge, les cuivres anciens, les chandeliers.

« Devant la maison, l'aire dallée où l'on battait le blé a été remplacée par un vaste massif de fleurs.

« Derrière, le jardin a conservé sa physionomie primitive. On voit toujours le banc rustique devant la table de pierre effritée, les branches torses de la charmille, à l'abri de laquelle la mère venait « se promener avec le bon Dieu » ; le lierre planté par Madame de Lamartine qui ne voulait pas que son fils eût menti, quand, dans son Harmonie, il avait décrit, sur le mur Nord ravagé par le vent, un lierre qui n'existait pas.

« Vous connaissez tous les détails de l'existence de Lamartine enfant dans cette maison, entre ses parents et parmi la « nichée de colombes ». Plus tard, Milly fut pour le grand homme un véritable lieu de pèlerinage. Quand il en fut dépossédé, il ne cessa d'y penser. Devenu vieux, ruiné, écœuré par l'ingratitude des hommes, il revint devant cette maison où il ne pouvait plus entrer, et caché dans l'herbe, la regardant de loin, il évoqua tous les souvenirs de son enfance, et il écrivit l'immortel poème de *La vigne et la maison.*

« A Milly, Lamartine retrouvait surtout le souvenir de sa mère : il y sentait son esprit toujours présent : « Ma mère a été la plus grande, la plus douce et la plus permanente occupation de ma pensée... Son âme, comme une journée d'été, s'embel-

lissait des teintes du soir. Sa piété sereine et toute composée de bénédiction, de reconnaissance et d'espérance, étaient involontairement communicative. Sa présence éclairait, vivifiait, sanctifiait la maison ... J'espérais, la conserver jusqu'à mes jours les plus avancés ».

« Méditez aussi cette déclaration des *Confidences* : « Les autres mères ne portent leur enfant que neuf mois dans leur sein : je puis dire que la mienne m'a porté douze ans dans le sien et j'ai vécu de sa vie morale comme j'avais vécu de sa vie physique dans ses flancs ».

« La mère de Lamartine, nous allons la retrouver, mais au milieu de quelles circonstances dramatiques, dans la maison patrimoniale de Mâcon qui fut pour lui la maison de l'adolescence, après la maison natale et la maison de l'enfance.

« L'hiver est précoce et assez rude, en Mâconnais. Quand la neige, recouvrant la terre, empêchait la culture et la chasse, la famille rentrait à Mâcon pour y passer la mauvaise saison, et elle s'installait dans la maison familiale de la rue Bauderon de Sénecé. Bientôt les enfants devinrent trop nombreux pour que tous pussent s'y loger commodément. Le père de Lamartine dut essaimer ailleurs : il acheta, pour 29.615 francs, l'hôtel de M. Barthelot d'Ozenay, situé dans la rue de l'église neuve, aujourd'hui 15, rue Lamartine. La nouvelle demeure réunit le père et la mère, Alphonse, ses cinq sœurs : Cécile, Eugénie, Suzanne, Césarienne et Sophie dont l'instruction rendit de plus en plus impérieux le séjour à Mâcon. Auprès d'eux se réfugièrent deux tantes restées célibataires : la douce Mademoiselle de Lamartine, et la pétulante chanoinesse, Madame du Villars.

« Au second étage, se trouvait une vaste pièce ornée des bustes d'Apollon et des neuf Muses, et qu'on appelait pour cette raison : le cabinet des Muses. C'est là que Lamartine écrivit plusieurs de ses Méditations : c'est là qu'il rédigea son premier discours académique pour sa réception à l'Académie de Mâcon.

« C'est dans cette demeure qu'il vécut les heures passionnées et douloureuses qui précédèrent et suivirent la rencontre d'Elvire. Il y amena, en juin 1820, la jeune Anglaise, « *doux nom de son bonheur* », qu'il avait épousée à Chambéry. Sa fille y naquit, le 14 mai 1822 ; son père y mourut, le 30 août 1840.

« Le souvenir le plus terrible que rappela cette maison à Lamartine fut celui de la mort de sa mère, qui survint pendant son absence . « Un de mes amis m'annonça cette perte inattendue, à Paris. Je crus que la terre manquait sous moi. Je partis. J'arrivai : il était trop tard. Elle reposait déjà dans le cimetière de la ville. J'obtins la permission de faire exhumer et de faire transporter ses restes à Saint-Point. Je revis son visage aussi serein que pendant son sommeil. Les paysans qui l'adoraient, vinrent, une nuit, prendre le cercueil et le portèrent, en se relayant, sur leurs épaules, pendant huit lieues. Je marchais à pied derrière eux. Au lever du soleil, nous arrivâmes au pied des montagnes qu'il faut traverser pour descendre dans la vallée de Saint-Point. Elles étaient couvertes de dix pieds de neige. Nous étions obligés de faire creuser un sentier entre deux murailles blanches, devant le cercueil... Quelle marche ! Quel cortège ! Quelle arrivée ! »

« Madame de Lamartine repose, près de son fils, sous l'arche gothique de Saint-Point à l'ombre de l'église du village.

Là dort, dans son espoir, celle dont le sourire
Cherchait encor mes yeux à l'heure où tout expire,
Ce cœur, source du mien, ce sein qui m'a conçu,
Ce sein qui m'allaita de lait et de tendresse,
Ces bras qui n'ont été qu'un berceau de caresses,
Ces lèvres dont j'ai tout reçu ...

Les Livres de la semaine

Bassac (Pierre). **La fécondation volontaire** ; (14-23). 320 p. Br. : 20 fr. (Mignolet et Storz.)

Carrière (G.). **La Diphtérie.** (16,5 /25,5). 214 p. 46 fig., 3 pl. Br. : 35 fr. (Masson.)

Chadourne (R.). **L'atelectasie du parenchyme sain dans la tuberculose pulmonaire.** (16 /25). 208 p. 17 pl. Br. : 40 fr. (Doin).

Congrès français de chirurgie, 11e session, Paris 1935. *Procès-verbaux, mémoires et discussions.* (16 /24). 1.240 p. 361 fig. Rel. : 100 fr. (Alcan).

Damaye (Henri). **Psychiâtrie, médecine et sociologie.** (19 /12). 214 p. Br. : 12 fr. (Alcan.)

Grunberg (Dr I.). **Les principes toniques de l'avoine en thérapeutique.** Coll. Hippocrate (16 /25). 58 p. Br. : 10 fr. (Hippocrate et Le François.)

Hartmann (Edward). **La radiographie en ophtalmologie. Atlas clinique.** (25 /32). 280 p. 391 fig. Rel. : 230 fr. (Masson).

Ipcar (Dr Ludovic). **Louis XI et ses Médecins.** (Coll. Hippocrate) (16 /25). 112 p. 8 pl. Br. : 20 fr. (Hippocrate et Le François).

Jeanneney (G.) et Hirtz (G.). **Formulaire endocrinologique du praticien.** (16 /22). 160 p. 22 fig. Br. : 20 fr. (Doin).

Lambret (O.), Malatray (H.), et Driessens (J.). **La chirurgie du cancer du poumon. Bases anatomo-cliniques expérimentales et techniques opératoires.** (16,5 /24.), 198 p. 17 pl. Br. : 45 fr. (Masson.)

Le Moine (J.-M.) et Levant (A.). — **Cœur-aorte-artères-veines.** Coll. des Petits Précis. (15,5 /12). 210 p. Cart. : 12 fr. (Maloine.)

Lymphatisme (le). 2e vol. Compte-rendus et communications (1er Congrès du lymphatisme, 1934). (16 /24,5). 178 p. Br. : 20 fr. (Masson).

Metzger (Marcel). **L'accoucheur moderne.** 2e éd. (12,5 /20). 748 p. 128 fig. 14 pl. Rel. : 70 fr. (Alcan.)

Moniz (Egas). **Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses.** (16,3 /25). 374 p. Br. : 40 fr. (Masson).

Nicolle (Charles). **Responsabilité de la médecine.** 2e série. (19 /12) 248 p. Br. : 20 fr. (Alcan.)

Pichon (Edouard). **Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent. Evolution normale. Pathologie. Traitement.** (16,3 /25). 248 p. 39 fig. Br. : 45 fr. (Masson).

Souques (A.). **Etapes de la Neurologie dans l'antiquité grecque** (d'Homère à Galien). (16,5 /25). 248 p. Br. : 45 fr. (Masson.)

Stoia (I.) et Stanciulesco (P.). **Le cancer.** Etudes anatomo-cliniques. (17 /24,3). 332 p. 147 fig. Br. : 55 fr. (Masson).

Tanon (L.). **Hygiène T. I. Hygiène générale T. II. Désinfection. Prophylaxie des maladies.** Coll. des Petits Précis. (15,5 /12). 156, 155 p. Cart. : 12 fr. ch. (Maloine).

Tchijevsky (Prof. Dr). **Les phénomènes électro-dynamiques dans le sang et les moyens de les diriger.** Coll. Hippocrate. (16 /25). 48p. Br. : 10 fr. (Hippocrate et Le François.)

Terracol (J.). etc... **Les maladies des fosses nasales.** (17,5 /25). 554 p. 223 fig. Br. : 110 fr. ; Cart. : 130 fr. (Masson).

Vinchon (Jean). **Les Névroses.** Coll. des Petit Précis. (15,5 /12). 164 p. Cart. : 12 fr. (Maloine).

Fondé en 1873. — N° 23 LE NUMÉRO : 50 Centimes 6 JUIN 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Travaux originaux

PASTEUR VALLERY-RADOT, LEDOUX LEBARD et Jean HAMBURGER : L'artériographie expérimentale en physiologie 945
M. SCHACHTER : Le profil mental des post-choréatiques 949
J. TAUZIN : Du déterminisme pathogénique au déterminisme pathogène dans le dolichocôlon 954

Obstétrique

Diagnostic et traitement des fibromyomes utérins 960

Pédiatrie

L'hormonothérapie dans la cryptorchidie 963

Revue de Presse parisienne 963

Sociétés savantes

Académie de Médecine 967
Académie de Chirurgie 967

Notes cliniques et thérapeutiques 968

Variétés

Henri Vaquez 941

Nouvelles 939
Il y a cent ans 940
Echos et Glanures 971
Bibliographie 956 974
Les Livres de la semaine 974

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. —27 mai. — M. LETOUZÉ. Etude du syndrome de Fauchard-Bourdet. — M. KOTLAR. Agent de transmission de la fièvre boutonneuse et réservoir de virus. — M. ROCH. Hygiène de la marche en haute montagne. — M. ROSSIGNOL. Un cas d'hépatite amibienne fruste à type de fièvre pseudo-palustre.

30 mai. — M. A. CARRAUZA. Valvus variqueux ostéo-hyposiophique de Klippel. — M. FELD. L'intradermo-réaction de L. Nuttermil et A. Grimberg avec les polysaccharides gonococciques. — M. HALPERN, dit GELBARD. Le venin de viperaaspis. — M. PENOT. Essai d'analgésie obstétricale par la soneryl batyléthyl manonylurée.

3 juin. — M. BROCHARD. Etude du traitement des salpingo-ovarites par les ondes courtes. — M. POIRIER-COUTANSAIS. Les kystes des ménisques du genou. — M. GUÉZOU. Etude du pneumothorax spontané récidivant non-tuberculeux. — M. CHARNAUX. Glycosuries non-diabétiques chez l'enfant. — M. TUCHWERGER. La forme œdémateuse du cancer de l'estomac.

4 juin. — M. JOMAIN. L'uréthrographie : technique et résultats. — M. SEIDEL. Kératocône et troubles endocriniens. — M. BUSSEL. L'état mental des toxicomanes. — M. BAYLE. Valeur pronostique de la variation de certains éléments figurés du sang au cours de l'évolution des maladies infectieuses. — M. PESCAROLO. Epanchements pleuriens invisibles.

6 juin. — M. FEINSTEIN. Rhumatisme et profession. — M. COUBLIÉ. Hémoptysie tuberculeuse d'alarme et son comportement. — M. FRÉTIGNY. L'autisme mythomane. — Mme DORÉ. Manifestations non œdémateuses de l'urticaire. — M. MAURYEY. Impétigo unguéal. — M. RIBERT. Troubles digestifs secondaires aux rhino-pharyngites dans la première enfance. — M. CHÉ TCHON-CHING. Le facteur humain dans les accidents du travail. — M. LAMBRUSCHINI. La cocaïne et ses dangers.

2 juin. (*Thèse vétérinaire.*) — M. MATHIEU. Evolution du marché de la viande depuis la période d'avant-guerre jusqu'à nos jours.

Préfecture de police. — Le poste de chirurgien à l'infirmerie des prisons de Fresnes est actuellement vacant.

Cet emploi est réservé par priorité aux praticiens titulaires d'une pension d'invalidité pour faits de guerre.

Les candidatures seront reçues à la Préfecture de police (sous-direction du personnel), jusqu'au 9 juin inclus.

Hospice national des Quinze-Vingt. — Un concours pour trois emplois de chef de clinique adjoint à la Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts est ouvert le 20 juillet 1936.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine français, âgés de moins de quarante ans.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de l'hospice national des Qunize-Vingts, rue de Charenton, n° 28, tous les jours (sauf les dimanches et jours fériés), de 9 à 18 heures, jusqu'au samedi 11 juillet 1936 inclus.

Citation à l'ordre de la Nation. — Le gouvernement de la République cité à l'ordre de la nation :

Davioud (Jacques-Marie-Léon), ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin contractuel de l'assistance médicale indigène : chirurgien de haute valeur, animé du plus haut esprit de devoir, demandait à l'aviation les moyens de répondre, dans les moindres délais, aux appels de plus en plus nombreux des personnes qui, dans la grande île, avaient besoin de ses services. A trouvé la mort au cours d'une tournée médicale en avion.

Sanatoriums publics. — Ont été nommés médecin adjoints :

M. le Docteur Brunet, au sanatorium de la Bucaille, à Aincourt (Seine-et-Oise).

M. le Docteur Perrier, au sanatorium du département du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

Société française d'histoire de la médecine. — La Séance mensuelle de la Société aura lieu le samedi 6 juin 1936, à 17 heures, à la Faculté de Médecine (foyers des Professeurs).

ORDRE DU JOUR. — Docteur Léon VANNIER : O. Crollius. — Docteur GODLEWSKI : L'étudiant en médecine Buchez, fondateur des Carbonari français. — Prof. LAIGNEL-LAVASTINE : Jeanselme historien de la Médecine. — Docteur A. CADET de GASSICOURT : La vie de Paul Dubois (1795-1871).

La conférence du Prof. Fiolle sur « L'ordre latin dans les sciences, la biologie et la médecine ». — Les « Voix Latines » ont donné une conférence faite par M. le Prof. J. Fiolle, sur « *L'Ordre latin dans les sciences, la biologie et la médecine*, sous la présidence de Georges Duhamel, et dont voici un résumé communiqué par l'Umfia :

« L'esprit latin échappe à toute définition, et plutôt que de tenter une fois de plus de fixer ses limites, Fiolle essaye, très simplement, d'établir avec lui un contact vivant en recueillant l'accent de ses notes dominantes : dépouillement, mesure, pudeur secrète, puissance exprimée par de petits moyens...

« Quant à la Science moderne, l'auteur voit en elle, dès ses origines, une « spécialité » mettant en œuvre l'exercice unilatéral de certaines de nos facultés, et s'opposant ainsi à l'attitude mystique ou métaphysique. La disparition des modes spirituels du Moyen-Age a « appelé » le scientisme actuel, lié à ce que l'on a justement appelé *l'humanisme*, c'est-à-dire le culte de la puissance créatrice de l'homme dans le domaine de l'observation, de l'expérience et de la raison.

« La science, strictement objective et impassible en principe, s'est laissée peu à peu infiltrer de mystique (ou mieux de pseudo-mystique) et ainsi servit de nouveau « support » à ce besoin d'adoration qui est inhérent à la nature de l'homme.

« Le Moyen-Age étant épuisé, la science a de la sorte assuré *une fonction de remplacement.*

« Il y a en définitive dans la Science moderne deux éléments essentiels, et en apparence inconciliables : d'une part un réalisme de base, qui prétend régner seul ; et d'autre part une mystique plus ou moins avouée.

« L'ordre latin intervient pour équilibrer ces deux facteurs. Parce que l'esprit latin est peu enclin au mysticisme, il favorise plutôt le premier élément, l'élément réaliste. Mais il ne méconnaît pas le second car il tient compte de toutes les réalités ; il lui réserve par conséquent, une place, mais secondaire, de même que Rome acceptait de dresser un autel au « Dieu-inconnu ».

« C'est par ce joint que s'unissent l'esprit Renaissant (lequel centre son attention sur la force productrice de l'homme) et la science, qui n'est qu'une manifestation particulière de l'effort dirigé dans ce sens. De fait, l'intrication est, depuis quatre cents ans, dès le XVIe siècle, absolue, et c'est seulement l'excès des acquisitions qui a par la suite amené une séparation entre la science et ce qu'on nomme les « Humanités ». Mais l'Humanisme et la Science, aujourd'hui encore, sont unis par leur origine commune et par leur opposition simultanée à d'autres forces d'activité spirituelle.

« L'ordre latin ainsi entraîné à suivre les progrès de la science, exerce un rôle de discrimination et de critique. Parce qu'il y a en lui plus de robustesse encore que de subtilité (ce qui le différencie de l'esprit grec), il exige que l'œuvre de Science se présente avec un caractère de dépouillement, de nécessité évidente, qu'elle soit assise sur des bases inébranlables, comme le mur d'Orange, comme le Pont du Gard.

« En somme, l'esprit latin dirige son activité dans un sens qui est celui de la Science pure ; comme elle il est objectif et général, va au delà des particularismes locaux. L'auteur montre ici que le caractère d'universalité humaine ne s'oppose en aucune façon — bien au contraire — à l'individualisme. L'universalisme implique une volonté de compréhension vis-à-vis de tous les modes de pensée et d'existence ; au contraire ce qu'on admire aujourd'hui sous le nom de *sens collectif* n'est pas autre chose que l'exaltation d'un particularisme.

« Ainsi par son équilibre, par son réalisme robuste, l'ordre latin garde l'esprit scientifique moderne (autant que la chose est possible) du faux mysticisme qui tend à l'adultérer, l'étaie de sa rigueur et de sa logique, et l'empêche de se perdre dans des domaines qui ne lui appartiennent point.

« Science et ordre latin sont étroitement dépendants l'un de l'autre. Pour peu que l'activité humaine s'élève au-dessus de l'industrie primitive, il faut, si l'on veut qu'elle progresse ou seulement subsiste qu'elle soit organisée ; et c'est là le rôle de l'ordre latin, qui ne représente pas exclusivement une tendance originale, mais au sens absolu du mot une *fonction*. Tant que les hommes auront à se transmettre en héritage une parcelle de savoir objectif, l'esprit latin ne périra pas. »

Asile national des convalescents de Saint-Maurice. — *Concours pour l'emploi d'interne en électro-radiologie.* — Il est ouvert un concours pour l'emploi d'interne en électro-radiologie à l'asile national des convalescents de Saint-Maurice.

Les épreuves auront lieu à l'asile des convalescents, 14, rue du Val-d'Osme, à Saint-Maurice (Seine), le jeudi 2 juillet 1936, à 9 h. 30.

Pour être admis à concourir, les candidats doivent être Français, âgés de moins de 30 ans le jour de l'ouverture du concours et pourvus de douze inscriptions de doctorat. Les docteurs en médecine ne peuvent prendre part au concours.

Les demandes d'admission au concours sont reçues au secrétariat de l'asile national des convalescents, jusqu'au 13 juin 1936, à midi.

— *Concours pour l'emploi d'interne en médecine générale.* — Il est ouvert un concours pour l'emploi d'interne en médecine générale à l'asile national des convalescents de Saint-Maurice.

Les épreuves auront lieu à l'asile national des convalescents, 14, rue du Val-d'Osne, à Saint-Maurice (Seine), le jeudi 2 juillet 1936, à 9 h. 30.

Pour être admis à concourir, les candidats doivent être Français, âgés de moins de 30 ans, le jour de l'ouverture du concours et pourvus de douze inscriptions de doctorat. Les docteurs en médecine ne peuvent prendre part au concours.

Les demandes d'admission au concours sont reçues au secrétariat de l'asile national des convalescents jusqu'au 13 juin 1936, à midi.

Légion d'honneur. — Est élevé :

A la dignité de grand officier : M. Jean Faure, président du Syndicat des spécialités pharmaceutiques.

Hospices civils de Versailles. — *Concours pour la nomination de douze internes en médecine, six titulaires et six provisoires.* — Le jeudi 9 juillet 1936, à 9 heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de douze internes en médecine (six titulaires et six provisoires).

Les trois premiers internes titulaires prendront leurs fonctions aussitôt après leur nomination. Les trois autres ne seront appelés à assurer un service régulier qu'en octobre, après le départ des titulaires en fonctions.

Quant aux internes provisoires, ils seront appelés au fur et à mesure des besoins hospitaliers.

Association des médecins du département de la Seine. — Cette association, fondée par Orfila en 1834, s'est réunie en Assemblée générale le 8 mai 1936. Le bureau est composé de la façon suivante : président, M. Lesné ; vice-présidents, MM. Michon et Rathery ; secrétaire général, M. Louis Bazy ; secrétaire général adjoint, M. Pierre Fernet ; trésorier, M. Genouville ; trésorier adjoint, M. Fège ; archiviste, M. Paul Roy. Le président, M. Lesné, a prononcé un émouvant appel à tous les médecins du département de la Seine pour demander leur adhésion.

Le siège social de l'Association est à la Faculté de médecine.

Œuvre parisienne des Enfants à la Montagne. — On demande docteurs ou étudiants pour examiner 700 enfants partant colonie de vacances, 22 juillet. Petite indemnité. Ecrire : Enfants à la Montagne, 30, place Jeanne-d'Arc. (XIIIe).

Médical Yacht Club de France. — Un groupement de médecins amateurs du sport nautique s'est constitué : le « Médical Yacht Club de France » dont le siège social est 40, avenue Henri-Martin à Paris (XVIe). Les confrères, internes et étudiants français que ce groupement intéresse sont priés de bien vouloir adresser, le plus tôt possible, leur adhésion au Docteur Lièvre-Brizard, 25 *bis*, rue Victor-Hugo, à Evreux (Eure), qui tient les statuts à leur disposition et répondra à toutes demandes de renseignements.

Une assemblée générale doit se tenir le 15 juin prochain à 19 h. 30 au Cercle interallié, 33, faubourg Saint-Honoré, Paris, à laquelle sont conviés les adhérents. Cette assemblée sera suivie d'un dîner amical auquel sont invités à s'inscrire tous les confrères yachtmen. Adresser l'inscription au Docteur Luys, 20, rue de Grenelle à Paris (VIIe). Prix du dîner 55 francs, tout compris.

Des confrères sont disposés à embarquer à leur bord pendant les vacances des étudiants ou des internes, s'adresser au siège social.

IL Y A CENT ANS

5 juin 1836. — *M. Broussais a recommencé dans un amphithéâtre, rue du Bac, n° 75, ses leçons de phrénologie.*

9 juin 1836. — *M. Lerminier, médecin de la Charité, ancien médecin par quartier de Napoléon, est mort après une longue et douloureuse maladie.*

VARIÉTÉS

Henri Vaquez

Quelques souvenirs d'un vieux camarade

Je connus Henri Vaquez il y a plus de soixante ans. Nous étions gamins l'un et l'autre et c'était aux Batignolles, à l'Institution Marc-Dastès, qui était située rue des Dames. « Maison d'éducation et de récréation » ainsi la qualifiait l'enseigne — aujourd'hui disparue. J'ai parlé ailleurs de ce pensionnat presque célèbre qui, avant et après la guerre de 1870, réunit au milieu des enfants du quartier, quelques étrangers de marque et une véritable pléiade de futures illustrations de notre pays : Marcel et René Dubois, Baize, Léon Mirman, Pierre Quillard, Maurice Hennequin, Rodolphe Darzens, Courteline (Georges Moineaux), les deux Vaquez, Julien Matton (1)... Mais l'heure nous presse, la mort frappe à coups redoublés, sa faux n'arrête pas, et c'est d Henri Vaquez seul que j'ai entrepris de vous parler aujourd'hui.

Vaquez était très intelligent, mais il n'y paraissait pas trop... Je veux dire que c'était un élève quelconque et assez effacé. Il était externe, ses parents étaient négociants en soieries et ils demeuraient à Neuilly, rue de Chartres. Vaquez II, comme on disait rue des Dames, ne nous arrivait pas seul, chaque matin ; il avait avec lui Vaquez I, son aîné, un grand que je vois encore, qui fut plus tard Maire d'un arrondissement de Paris et qui, pas plus que son frère cadet ne se distinguait à ce moment-là du reste du troupeau. Celui-ci était parqué entre la première et la seconde cour de l'établissement batignollais, dans l'*Etude des collégiens.* C'était l'élite du pensionnat et le Collège, c'était le Lycée Fontanes-Condorcet, où deux fois par jour notre maître d'études où Monsieur Marc en personne nous conduisait en rangs à travers le quartier de l'Europe. Henri Vaquez ne fut, je l'ai dit, ni un camarade marquant à la « boîte Marc » ni un élève brillant au Lycée. Pas plus qu'au même Condorcet, Courtois-Suffit, ni Fernand Widal, qui y furent nos condisciples ne furent remarqués : élèves moyens, classés honorablement sans plus, dans des divisions surpeuplées et d'un niveau très supérieur.

Mais lorsque après les bachots, Vaquez, obéissant à l'appel d'une vocation certaine, entreprit ses études de médecine, il se révéla tout de suite travailleur opiniâtre et prit une avance rapide sur ses camarades du même âge. Il n'avait en vue que d'arriver. C'était encore le temps où, malgré le mot de Degas, *on arrivait* oui, mais seulement peu à peu, en travaillant sans cesse et en ne pensant qu'à ça ! Heureux ceux, et c'était le cas de Vaquez, dont les familles étaient en mesure de soutenir les efforts des étudiants de bonne volonté, leur épargnant les difficultés matérielles qui, si elles sont souvent un précieux stimulant de la volonté et du travail, sont d'autres fois des obstacles insurmontables, des causes d'avortement professionnel et d'évanouissement des plus légitimes espérances... Pour Vaquez, les vacances elles-mêmes n'étaient pas un temps de repos, et je conserve de lui des lettres où il me raconte comment il les emploie, pour se préparer, pour s'élever. Il voyage à l'étranger, il apprend les langues, l'allemand surtout, en Suisse, à Vienne, il s'abonne aux journaux d'Outre-Rhin. Nous nous voyions souvent à cette époque. Ensuite, les circonstances de notre vie d'étudiants, la fréquentation d'hôpitaux différents, nous séparèrent. Entre temps, je sus que l'amitié étroite qui liait Vaquez et Widal fut pour eux l'occasion d'un travail acharné en liaison, travail de chaque jour, en vue de la préparation des con-

(1) Agrégé de philosophie, mort jeune avant d'avoir pu donner sa mesure, Julien Matton, qui me touche de si près, fut, au Collège de Lisieux, le Professeur d'Henry Chéron, disparu récemment, de qui je pourrais donc, de première source, livrer de piquants souvenirs.

cours, externat, puis internat, fructueuses années de labeur à peine ralenti par le temps obligé du service militaire.

Fernand Widal était plus brillant, Henri Vaquez était seulement solide. Il n'avait pas au début cette facilité et cet agrément de parole si utiles dans les concours, mais je me souviens qu'ayant plus tard assisté à ses leçons d'agrégation, je fus frappé, en l'entendant discourir à chacun de ses deux concours successifs du progrès que, dans l'intervalle, son application à mieux parler, l'entraînement des conférences lui avait permis de réaliser, ce qui lui assura le succès définitif. Toute la carrière de Vaquez n'a fait d'ailleurs qu'illustrer la valeur de l'effort et du travail, mis au service d'une très vive intelligence qui, seule, n'aurait pas suffi...

Vaquez fut l'interne du grand Potain à la Charité. Je l'entrevis parfois dans le service du maître, surtout je l'y revis aux conférences d'internat qu'il nous fit alors, en équipe avec Dutilh, Maurice Nicolle et Sébilleau (1).

Les années s'écoulent... Mon temps d'internat terminé, je passe ma thèse. La grave maladie d'un de mes proches m'oblige à quitter pour le Sud-Ouest, malgré mes maîtres, Paris, où il ne me sera jamais donné de revenir. Je m'installe d'abord à Dax, où Vaquez m'adresse, comme premier client, Ferdinand Fabre (2), donnant en cela à son vieux camarade un témoignage de confiance et d'amitié.

De loin en loin, je revis Vaquez lors de mes voyages à Paris, principalement dans son service de la nouvelle Pitié. J'y assistai à quelques-unes de ses leçons cliniques. Son langage était simple, correct, enseignement parlé sans grand relief mais très solide. Son enseignement écrit, c'est-à-dire ses livres, ses publications nombreuses présentaient les mêmes qualités, style égal, correction, équilibre, clarté, précision, bref, le vrai style scientifique sans ornements superflus.

En novembre 1927, à Salies-de-Béarn où j'exerçais, je fus brusquement atteint dans ma santé. Dès que, convalescent, je pus gagner Paris, je courus un matin à la Pitié pour y rencontrer Vaquez que je trouvai dans une salle de son service, au lit d'un malade. Tout de suite, à son expression, je le vis frappé par les signes manifestes de mon état. Sans mot dire, il quitta tout pour m'interroger, m'examiner, il prit lui-même avec soin ma tension et me mit séance tenante entre les mains de son collègue et ami intime Babinski, à qui il avait pu donner en quelque sorte une chaire à côté de la sienne, dans son service. Les deux maîtres me rassurèrent, me renseignèrent et me pourvurent de leurs conseils. Et les voilà disparus l'un et l'autre après m'avoir suivi de leur précieuse sollicitude.

Toujours éloigné de Paris, je ne revis plus guère Henri Vaquez, si ce n'est à l'Académie, quelquefois. Là, Vaquez tenait son rang, un des tout premiers, gardant l'attitude un peu distante, la dignité, l'allure, le vêtement de sobre élégance, l'autorité qui convenaient au grand maître qu'il était devenu. Qui eût reconnu à le voir alors, rue Bonaparte, le petit écolier négligé, mal peigné de 1872 que nous retrouvons dans un groupe photographié rue des Dames à la pension Marc !

Sa forte tête surmontée d'un front haut et droit, avec son regard si vif et si parlant, avait pris au cours des longues années de travail et de lutte beaucoup de caractère.

D'autres ont dit déjà et rediront tout le volume et tout le poids du bagage que nous laisse mon vieux camarade Vaquez. Quant à moi, je m'excuse d'avoir rappelé ici de vieux souvenirs un peu personnels. S'ils peuvent avoir quelque importance, je pense que c'est surtout par la conclusion morale qu'ils entraînent et par laquelle je veux les clore en disant tout l'apport que cette vie si remplie de médecin, de savant et de missionnaire scientifique à l'étranger a donné à la France et à son rayonnement à travers le monde.

Je n'ai voulu que deux choses : d'abord donner à la mémoire d'Henri Vaquez un modeste et dernier témoignage d'amitié et de gratitude personnelle et puis redire de cette belle vie laborieuse que si elle ne fut qu'une progression continue dans le succès et dans la science, c'est grâce surtout et presque exclusivement à l'opiniâtreté du travail qui vint à bout pour Vaquez de tous les obstacles. Ne nous lassons pas de répéter aux jeunes le vieil adage toujours vrai : « Labor improbus.... »

(1) Léon Daudet alors étudiant et qui vient de consacrer à Henri Vaquez un très bel article qu'a reproduit le *Progrès Médical*, faisait à cette Conférence des apparitions. C'est là que je le vis pour la première fois en 1887. Le culte qu'il voua au Professeur Potain dont il fut l'externe à cette époque, Vaquez étant l'interne du service, rejaillit sur le brillant élève du maître. Au surplus, diverses affinités d'ordre non seulement médical, mais littéraire, gastronomique, etc., entre Léon Daudet et Henri Vaquez expliquent les liens d'amitié qui les unirent dès lors et qui ne firent que se resserrer jusqu'à la fin.

(2) Ferdinand Fabre était un simple et rude paysan des Cévennes, venu à Paris où il était logé au Palais Mazarin, comme bibliothécaire de l'Institut. Son ambition de romancier était d'entrer à l'Académie française. Il souffrit de n'y pas réussir et on peut dire qu'il mourut de la fièvre verte. Il m'avait témoigné beaucoup de sympathie et je suivis ses obsèques aux côtés du délicieux André Theuriet, son ami. Au Père-Lachaise, on discourut sur sa tombe. Jules Claretie le couvrit de fleurs et n'hésita pas à le sacrer académicien. Dieu veuille que le défunt entendit cette habilitation posthume et pût s'en réjouir !

« En fait, nous disait hier encore un professeur fort averti des contingences universitaires, le concours d'agrégation ressemble beaucoup à un concours de beauté. De sélection en sélection, l'on arrive à un lot très réduit de « types » incontestables. A ce moment — si l'on élimine, bien entendu, les influences déchaînées de part et d'autre et qui se neutralisent plus ou moins, ce sont les préférences intimes qui déterminent les juges. Tel aimera mieux la brune, la grande ; tel préfère la blonde, la mignonne ; tel la svelte, tel la potelée... C'est, au vrai, la cote d'amour qui désigne la championne, c'est-à-dire la majorité des conjonctures qui s'est agrégée sur elle par le jeu des préférences du moment. »

Le rapprochement est sans doute quelque peu irrévérencieux, mais il semble assez légitime et de nature, aussi, à consoler les concurrents déçus du dernier peloton. Au fond, c'est le hasard qui demeure, en son inéluctable partialité, l'impartialité même, la seule du moins qu'on se résigne à reconnaître. » (*Le Progrès de Lyon*, (20 mai 1936 ; *La Vie Universitaire.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

L'artériographie expérimentale en physiologie

Par MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, R. LEDOUX-LEBARD et Jean HAMBURGER

Les techniques physiologiques d'exploration du système vasculaire sont très imparfaites. Ce fut d'abord la simple observation directe du territoire irrigué qui permit à Claude Bernard d'établir les premières lois du contrôle nerveux vaso-moteur. Mais ceci n'était possible que pour des territoires superficiels ou facilement abordables. Aussi, pour étudier l'irrigation des différents viscères, imagina-t-on des procédés moins grossiers, susceptibles d'un enregistrement graphique, tels que la pléthysmographie et la mesure du débit sanguin dans l'artère ou dans la veine de l'organe ou du membre. Mais ces méthodes ne renseignent qu'indirectement sur l'état de dilatation ou de constriction vasculaire ; les résultats obtenus sont passibles de certaines critiques. D'autre part, ces procédés indirects ne peuvent dissocier avec exactitude ce qui revient aux artères, aux artérioles, aux capillaires, aux veines, dans les modifications vaso-motrices observées. Enfin, lorsqu'il s'agit d'un territoire sanguin profond, tel que celui du rein, du cerveau, etc., l'ouverture de l'abdomen ou de la cavité cranienne est nécessaire, ce qui est d'autant plus gênant qu'on étudie souvent des phénomènes vaso-moteurs délicats, sensibles, aisément influencés par une intervention choquante.

L'artériographie expérimentale échappe à la plupart de ces critiques. Elle consiste à injecter une solution opaque aux rayons X, dans le système vasculaire étudié, au moment où l'on désire connaître l'état de ce système et à prendre immédiatement un ou plusieurs clichés radiographiques de la région. Tel est le principe ; son application pratique, sans offrir de réelles difficultés, doit cependant être adaptée avec précision à chaque territoire artériel ; nous envisagerons seulement, ici, deux cas qui nous ont paru particulièrement intéressants : l'artériographie expérimentale des membres et celle du rein.

Technique générale de l'artériographie chez l'animal

L'*animal* que nous avons le plus souvent étudié est le lapin, qui offre l'avantage d'une grande facilité de contention. Nous avons fait construire une planche en bois peu épais sans aucune armature métallique, sauf le mors classique ; une série de trous latéraux permettent de fixer les liens qui maintiennent les pattes de l'animal ; on peut parfaire la contention à l'aide d'une large bande de crêpe, maintenant le thorax ou l'abdomen contre la table d'examen.

La *solution de contraste* utilisée a été, en général, une solution colloïdale de bioxyde de thorium isotonique au plasma sanguin. Le lapin supporte aisément des doses de 10 à 15 c. c. de cette solution ; cette dose peut même être répétée à plusieurs jours d'intervalle.

L'*appareil* qui sert à injecter le liquide opaque est celui de Dos Santos. Il est constitué par un tube vertical de verre, gradué en centimètres cubes, qui communique, en haut, avec un réservoir d'air comprimé à pression réglable et, en bas, avec un tuyau de caoutchouc terminé par un embout que l'on adapte à la canule artérielle. Cet appareil est complété par une série de *canules artérielles* interchangeables, de différentes tailles. Il est commode d'utiliser des canules mousses à mandrin piquant : la pointe du mandrin permet de pénétrer aisément dans l'artère ; on retire ensuite de quelques millimètres le mandrin, en même temps qu'on enfonce la canule ; de



FIG. 1

cette façon, l'extrémité de celle-ci ne peut blesser la paroi artérielle.

Enfin, pour la *prise du cliché*, on retiendra que le temps de pose doit être aussi court que possible. L'emploi de radiographies en série, de seconde en seconde, ainsi que de stéréo-radiographies, nous a rendu de grands services.

Artériographie des membres

Prenons l'exemple de l'étude du système artériel d'une patte postérieure de lapin (*Fig. 1*).

On pourrait placer la canule dans le bout périphérique d'une artère fémorale, mise à nu au triangle de Scarpa. Mais, pour laisser absolument intact le territoire artériel du membre, il est préférable d'injecter la solution dans

le *bout central de la fémorale du côté opposé* : le liquide pénètre dans l'aorte et reflue, sous l'influence de la pression sanguine, dans le système artériel du membre que l'on étudie. Cet artifice nécessite, chez le lapin, 6 à 10 c.c. de solution injectés sous une pression d'environ 1 kg. 500.

A peine a-t-on fini l'injection qu'il faut prendre le cliché, la patte étant en légère flexion et rotation externe pour dégager de l'os le tronc artériel principal. La bifurcation de l'aorte abdominale, les artères des voies génitales et de la queue, la fémorales et ses branches sont alors clairement visibles.

Refait-on une expérience identique au bout de quelques instants ou plusieurs jours après, l'artériogramme obtenu est absolument identique et superposable à la première image. La présence de la solution opaque dans l'artère ne semble pas capable de provoquer, par elle-même, un spasme du vaisseau.

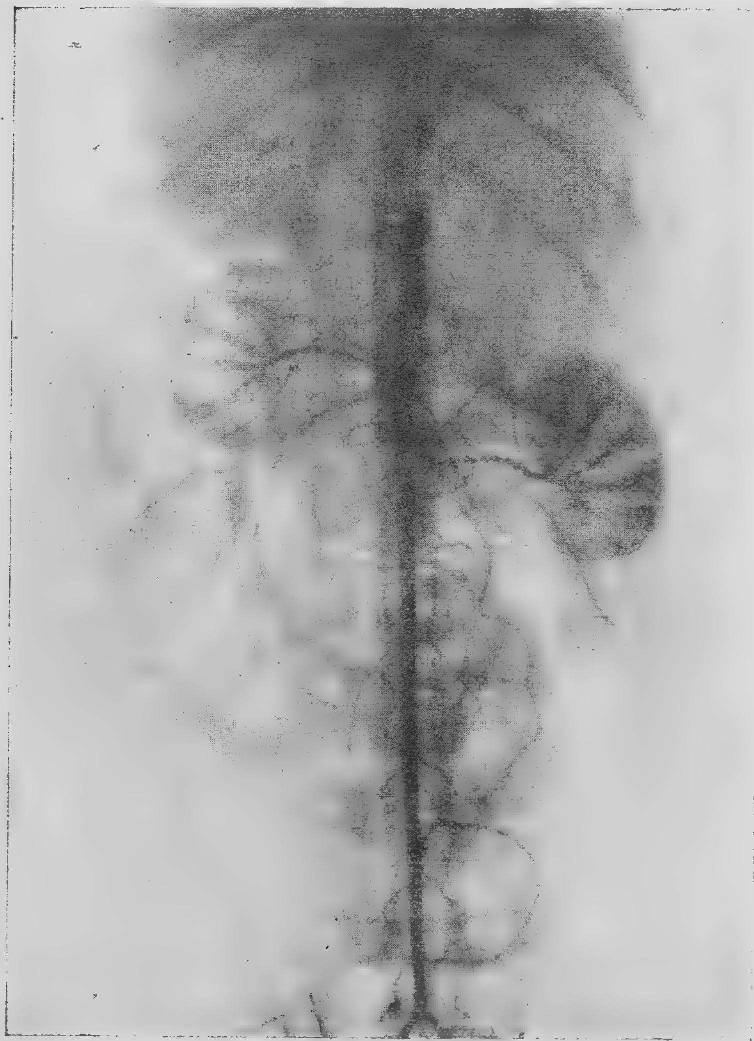


Fig. 2. — Artériographie rénale normale du lapin.



Fig. 3. — Artériographie rénale du lapin, après destruction des nerfs du rein gauche.

Artériographie rénale

Si, dans l'expérience précédente, on augmente tant soit peu la pression, et surtout si l'on s'oppose, par un garrot, au reflux dans le membre opposé de la solution de contraste, celle-ci pénètre dans l'abdomen et dessine les contours vasculaires des différents viscères abdominaux. Pour obtenir une artériographie abdominale chez le lapin, on emploie ainsi une pression d'environ 1 kg. 700 et on injecte 5 à 10 c. c. de la solution opaque. Le cliché est pris en même temps que se termine l'injection.

Si l'on prend le cliché quelques secondes plus tard, et si on a soin de centrer la radiographie sur la région lombaire, on obtient de magnifiques images du système artériel des reins. Les artères rénales, leur bifurcation et l'épanouissement des artérioles dans le parenchyme sont dessinés avec netteté (*Fig. 2*).

De nouveaux clichés, pris dans les secondes suivantes, ne montrent plus les artères rénales principales ; mais le parenchyme se dessine de plus en plus nettement, en même temps qu'apparaissent les veines rénales, plus larges et plus pâles que n'étaient les artères. Bientôt, il ne reste plus qu'un réseau intrarénal plus ou moins net, tandis que, peu à peu, s'opacifient le foie et la rate où le thorium ira se fixer.

Premiers résultats obtenus

Nous avons déjà appliqué cette technique nouvelle à l'étude de certaines questions de physiologie vasculaire.

Au cours du *choc anaphylactique* du lapin, l'artériogra-

phie nous a permis de constater que les artères périphériques des membres étaient le siège d'un spasme, contemporain de la chute de pression sanguine qui témoigne du choc (1).

L'étude de la *vaso-motricité rénale* nous a paru devoir bénéficier également de cette méthode (2). Tous les procédés employés jusqu'à présent sont des procédés indirects. L'oncographie rénale, la mesure du débit de la veine rénale, l'examen des capillaires qui courent immédiatement sous la capsule du rein sont, non seulement des techniques d'un emploi difficile, mais prêtent encore à discussion quant à l'interprétation des résultats obtenus. L'artériographie rénale, au contraire, permet d'étudier le détail des modifications vaso-motrices éventuelles.

C'est ainsi qu'après section des nerfs rénaux, on observe une augmentation considérable du diamètre de l'artère rénale principale et de ses premières branches de division, du côté énervé (*Fig. 3)* ; l'asymétrie circulatoire est encore dénoncée par la disparition du fin dessin artériolaire du côté de l'énervation ; enfin, une augmentation de volume du rein énervé est assez souvent appréciable.

Lorsqu'on pratique l'énervation rénale en badigeonnant l'artère avec un liquide neurolytique, type liquide de Döppler, certaines constatations curieuses peuvent être faites : parfois, l'artère semble être beaucoup plus dilatée en un point limité, comme si le poison n'était pas uniquement neurolytique, mais possédait encore un pouvoir ectasiant direct sur la tunique vasculaire. Enfin, dans certains cas, on est surpris de ne pas observer de dilatation artériolaire notable après la section des vaso-moteurs ; il nous a semblé que ces cas étaient surtout le fait des énervations au cours desquelles les éléments nerveux du hile rénal avaient été détruits, cependant, nous ne pouvons encore être absolument affirmatifs à cet égard.

Les quelques résultats déjà obtenus ne résument pas, nous en sommes persuadés, l'intérêt de la méthode qui paraît susceptible d'avoir des applications nombreuses dans les études de pharmacodynamie, dans les recherches de physiologie neuro-vasculaire, bref, dans toutes les questions où intervient la vaso motricité artérielle. L'artériographie a l'intérêt d'offrir un document précis sur l'état du système vasculaire étudié, dans des conditions assez voisines des conditions physiologiques.

(1) PASTEUR VALLERY-RADOT, LEDOUX-LEBARD, Jean HAMBURGER, Mme A. HUGO et G. CALDERON. — Mise en évidence, par l'artériographie, de la vaso-constriction des artères des membres, au cours du choc anaphylactique du lapin. (*C. R. de la Soc. de Biol.*, séance du 25 mai 1935, t. CXIX, p. 378-379.)

(2) Jean HAMBURGER. — « Physiologie de l'innervation rénale ». Préface de PASTEUR VALLERY-RADOT. (1 vol., Masson édit., 1936, 181 p.)

« Avec cette responsabilité médicale, constamment suspendue sur nos têtes, l'exercice de la médecine va devenir impossible. Mais combien de confrères ne devraient-ils pas faire leur *mea culpa* : ce sont leurs discussions imprudentes *coram populo*, leurs articles de vulgarisation, leurs luttes d'écoles, leur prétention à avoir raison qui sont la cause des condamnations. »
(Dr Paul BOUDIN. — Commentaires à propos du jugement du tribunal de Béthune. *Le Concours Médical*, 26 avril 1936.)

« En 1891 il y avait à Paris 2.200 médecins pour 3.000.000 d'habitants, soit un peu plus d'un médecin pour 1.300 habitants. Actuellement dans Paris et le département de la Seine, il y a 6.695 médecins pour une population qui n'atteint pas 5 millions et, comme les hôpitaux et les dispensaires ont plus que triplé de nombre ou d'importance, il se trouve que la clientèle des praticiens de certains quartiers est pratiquement réduite à 500 ou 600 personnes à soigner éventuellement. » (J. NOIR. — Propos du Jour. *Le Concours Médical*, 3 mai 1936.)

Le profil mental des post-choréatiques

Par le Dr M. SCHACHTER
Médecin de l'Hôpital « Ibirea de Dameni »
Assistant du Service de consultation neurologique
de l'Hôpital « Filantropia » (de Bucarest)

La chorée de Sydenham donne souvent, avant de s'installer et pendant son évolution, chez l'enfant, un ensemble de troubles mentaux qui sont bien connus actuellement. Parfois, ces troubles prennent une allure telle qu'on arrive à se trouver en face de tableaux mentaux graves ; des véritables psychoses. Ces cas sont rares — il est vrai — mais peuvent se voir, et il faut les connaître. Nous citons à ce propos un cas récemment décrit avec un luxe de détails, dans le beau travail de M. St. Krauss (1934), travail sur lequel nous reviendrons plus bas. Les cas de psychose choréique, dans le sens psychiatrique du mot, et se voyant pendant l'évolution de cette maladie, ont été étudiés par Kleist surtout, quoique des auteurs actuellement classiques comme : Mœbius, Krafft-Ebbing, etc., en avaient déjà parlé auparavant.

Mais ce ne sont pas les troubles *précurseurs*, ni ceux que l'on peut observer *pendant* la chorée que nous visons ici. Nous voulons au contraire, nous occuper des troubles qui s'observent après la fin de la maladie. En d'autres termes, du profil mental, de la personnalité des enfants ayant subi dans leurs antécédents, une atteinte choréique.

Ces troubles ne nous semblent pas rares, comme le croyaient les classiques. Ceux-ci avaient même affirmé la guérison complète de la chorée, sans se demander si cette affirmation valable pour une partie des enfants, devait subsister telle.

L'actualité de la recherche de l'avenir neurologique et mental des choréiques est pleinement justifiée, quand on sait que dans la suite de maladies exanthématiques « banales » autrefois, l'on peut voir des troubles du comportement allant jusqu'à un certain point se superposer, à ceux que nous sommes habitués de voir dans la suite de l'encéphalite épidémique.

Pour la chorée, une maladie qui a des prédilections bien connues pour les formations grises du cerveau et le *locus niger*, l'éventualité des troubles neurologiques et psychiques est plus grande, chez les enfants qui ont subi *une* atteinte, et pour ainsi dire *inévitable* chez ceux qui font des *atteintes répétées*.

A voir de près, la symptomatologie des troubles que présenteront les enfants post-choréiques, devrait nous rappeler celle des post-encéphalitiques et nous dispenser de les décrire ; mais la question est plus compliquée, aussi mérite-t-elle d'être envisagée spécialement.

Mais avant d'entrer dans le développement du sujet, passons en revue les observations personnelles, de façon tout à fait résumée.

OBSERVATION n° 1. — Il s'agit d'un garçon de 16 ans, de constitution asthénique. Il est amené par sa mère pour les troubles suivants : céphalée légère, sans horaire précis, sans vomissements, sans troubles de la vue. Vertiges légers, manque de patience, fatigue rapide, états d'angoisse, crises de pleurer, sensation qu'il n'est plus capable de faire ses devoirs d'écolier. L'examen montre que ce garçon est un écolier capable, mais qu'il est fortement distrait dans la classe.

Cet état est apparu seulement, depuis deux ans. Auparavant, il était, selon les dires de sa mère très obéissant et rien n'avait attiré l'attention des parents ou des maîtres de l'école. Or, il y a

deux ans il a eu une première attaque de chorée Sydenham, attaque qui fut soignée dans un hôpital et qui se présenta avec toute la symptomatologie bien connue. Environ huit mois après la guérison clinique, le malade a fait une nouvelle attaque, alors qu'il ne se plaignait de rien et que du point de vue des troubles moteurs il ne restait rien de la première atteinte. Cette fois-ci, le tableau moteur fut moins intense, et sous l'influence de la thérapeutique faite de nouveau, tout céda. Mais, dans les semaines qui suivirent la première atteinte on a noté des troubles dans son comportement, des troubles qui sont plus accentués actuellement, et qui justifient la description de ce cas. Les troubles dont nous avons donné la description semblent de petite importance ; pourtant, ils ont causé la perte d'une année scolaire. Cela seul suffit à souligner le sérieux du cas.

La mère qui est venue nous consulter plusieurs fois, est inquiétée et avec raison, car je ne peux pas l'assurer que ces troubles pourront rétrocéder avec le temps.

La thérapeutique de ces états est tout à fait impuissante dans l'état actuel de nos connaissances. Les sédatifs de la série des barbituriques, les alcaloïdes de la belladone, donnent des résultats souvent bien maigres. Aussi, avons-nous pensé, et d'autres auteurs, ont fait la même chose, de conseiller l'interruption de l'école, pour diriger notre jeune homme vers un métier facile.

Observation n° 2. — Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans 1/2, qui vient avec ses parents pour les troubles suivants : asthénie générale. Elle se plaint de ne pas pouvoir travailler avec le même plaisir qu'auparavant. Elle perçoit l'effort demandé par son travail et cela lui donne un sentiment d'agacement continuel. Elle est inquiète sans pouvoir définir cet état psychique. Sa parole est devenue un peu hésitante, mal articulée, la respiration est troublée, elle doit faire des aspiratons, renifle souvent. Enfin, tout son comportement est changé. Pourtant, elle ne présente rien du point de vue intellectuel. Sa mémoire n'a souffert en rien.

Tous les examens ont été négatifs. Rien chez les parents. Nous apprenons alors que tous les troubles se sont installés depuis l'âge de 14 ans, c'est-à-dire il y a deux ans à la suite d'une chorée Sydenham qui a demandé l'internement dans un hôpital et qui s'est accompagnée d'une atteinte cardiaque. Elle quitta l'hôpital bien portante du point de vue de la chorée, mais porteuse d'un léger souffle systolique. Dans les mois qui suivirent, on commença à observer non seulement l'asthénie non motivée mais aussi un état de perpétuelle inquiétude, qui ne fit que s'accentuer.

Comme dans le cas précédent : 1° symptomatologie mentale de la chorée fut celle qui est habituellement notée ; 2° l'examen neurologique répété, dans la suite de la maladie fut négatif ; 3° l'enquête ne nous a pas donné d'indications quant à l'existence de chorée dans la famille ou les ascendants des malades. Nous verrons que cela garde son importance car le virus choréique par son neurotropisme, est suffisant, sans l'aide de la « constitution pré-morbide », à déterminer, comme cela arrive pour les autres maladies exanthématiques, par sa localisation à certaines régions, de l'axe gris, les troubles neuro-mentaux bien connus actuellement, et s'approchant de ceux que l'on vient de voir dans les suites de la maladie de V. Economo. Cela ne veut pas dire que l'on doive nier la valeur des documents cliniques qui affirment la *charge nerveuse fréquente*, des enfants atteints de chorée aiguë mineure.

Observation n° 3. — C'est un garçon de 13 ans, qui nous est amené pour des troubles nerveux consistant en : nervosité, crises de colère, irritabilité pour les moindres choses. On ne peut pas lui parler ou lui faire des observations sans qu'il ne provoque des querelles dans la famille. Il ne peut plus travailler, la mémoire n'est pas aussi prompte comme auparavant. Enfin, des plaintes que l'on entend souvent quand il s'agit d'enfants ayant souffert une encéphalite quelconque. En effet, l'interrogatoire des parents nous donne les faits suivants : jusqu'à l'âge de 8 ans, il était « un modèle d'enfant ». Alors, probablement à la suite d'une émotion, il fit une attaque de chorée de type Sydenham classique. Elle a été soignée à la maison pendant trois mois, se terminant avec la guérison clinique. Néanmoins l'enfant est resté nerveux, irrascible, avec un sommeil agité, grincements des dents, etc... Cet état est allé en s'aggravant, pour aboutir aux faits que nous avons énumérés, du fait que *chaque année* depuis lors, c'est-à-dire depuis cinq ans environ, cet enfant fait pendant les premiers mois de l'hiver, des petites récidives de chorée. Récidives se manifestant en un retour très discret il est vrai, des mouvements des doigts et du pied, parfois aussi des grimaces de la face. Ces récidives, au nombre de quatre, sauf la première attaque, durent quelques semaines et finissent peut-être sous l'influence des arsénicaux et du luminal que l'enfant prend alors.

L'examen neurologique de l'enfant ne donne rien d'important. Les examens humoraux de l'enfant et de ses parents, ne montre rien.

Ce cas présente donc en même temps avec des troubles mentaux comme chez les autres enfants post-choréiques, la note spéciale, qui est la *multiple récidive*, quoique fruste, dans sa manifestation. Mais elle démontre la persistance du virus et explique le caractère assez nettement progressif des troubles de caractère de l'enfant en question. D'où encore une fois, la prudence dans le jugement du pronostic que des cas pareils comportent, en matière de développement mental, dans l'avenir.

Pour expliquer les troubles neurologiques et psychiques qu'ont présenté ces cas, il analyse la charge héréditaire de ses malades, et ainsi que l'a démontré depuis longtemps Kehrer, il a pu mettre en évidence dans son propre matériel, l'existence de cas de schizophrénie d'abord, des tics convulsifs, épilepsie, migraine, états psychopathiques divers, puis des autres manifestations de l'infection rhumatismale (atteintes articulaires et endocardiques). Chose assez curieuse la chorée elle-même se trouve très rarement dans les antécédents directs de ces malades. La chorée des autres enfants de la famille est au contraire plus fréquente. Dans son travail sur les antécédents des malades avec psychose choréique, Schulz a pu montrer en se basant sur un grand matériel, étudié dans les cadres de l'Institut allemand de recherches psychiatriques, que la charge schizophrénique de ces malades est le double du chiffre pour le reste de la population. Un fait qui relie encore une fois, les troubles mentaux choréiques aux psychoses pendant la chorée et qui démontre dans les yeux des psychiatres, l'importance du moment héréditaire dans le déterminisme des séquelles neuro-mentales chez les anciens choréiques.

M. St Krauss s'intéresse aussi au moment constitutionnel et nous montre que dans seize sur vingt-cinq cas, les malades réexaminés appartenaient au type asthénique ; quant au reste des malades, il a pu se convaincre que certains avaient un habitus asthénique dans leur première enfance. Dans *nos cas*, tous des enfants ne dépassant pas l'âge de 16 ans, nous avons aussi noté la constitution asthénique, mais il faut convenir à ne pas accorder, à cette constatation faite *avant la maturité*, une importance trop grande.

A côté de ces deux moments « statiques » favorisants, M. St. Krauss, s'efforce de nous montrer que souvent, les candidats futurs pour la chorée Sydenham se recrutent parmi les individius ayant déjà des stigmates « prémorbides ». Ainsi, dans douze cas, il avait pu noter un état d'angoisse, pavor nocturnus, énurésie ; puis des traits communs aux tempéraments schizoïdes : tendance vers l'intériorisation, tendance vers la solitude, faible sociabilité, etc...

Enfin, M. St. Krauss voit dans l'intensité des signes mentaux accompagnant la chorée, et même dans la qualité des symptômes physiques de cette maladie, un moment favorable pouvant jusqu'à un certain point, expliquer les séquelles mentales de plus tard. Il a vu ainsi très souvent des troubles mentaux tardifs dans les cas qui se sont accompagnés de récidives uniques ou doubles. L'auteur cité, formule son jugement dans les idées suivantes : « en effet, nous voyons que tant l'hérédité que l'évolution de la maladie (récidives) influencent en définitive le pronostic, c'est--àdire l'intensité de la modification de la personnalité post-choréatique ».

Dans *deux autres cas*, nous avons aussi noté, l'existence chez des enfants auparavant équilibrés au point de vue de leur comportement social, de troubles nerveux allant de

l'irritabilité à la paresse scolaire, apathie même ; cela dans les mois qui suivirent la chorée. Mais comme nous les avons suivi seulement plusieurs *mois*, nous ne croyons pas devoir y insister.

Nous mentionnons encore une fois, que dans les quelques cas que nous avons vu, nous n'avons pas été dans la situation de pouvoir trouver chez leurs parents ou chez d'autres membres, des stigmates démontrant une infériorité de l'organisation du système nerveux, ainsi que cela a été démontré avec des documents abondants par certains auteurs (Kehrer en particulier). Peut-être, nos recherches n'ont-elles pas été suffisamment assidues de ce côté. En tout cas, il nous a été impossible de trouver dans ces quelques cas, des indices quant à la possibilité de pouvoir incriminer une fragilité des voies et systèmes extra-pyramidaux, fragilité qui permette la fixation à leur niveau et de façon brutale, d'un virus qui ailleurs serait passé sans donner de séquelles sérieuses.

Nous soulignons encore une fois, la difficulté de traiter ces enfants. Dans les travaux que nous avons consulté concernant les troubles post-choréatiques, les auteurs gardent un silence sur cette question, qui pourtant devrait être mentionnée. En ce qui nous regarde, nous pensons que la thérapie psychologique, rééducative (diriger les enfants vers des occupations demandant un effort d'attention moindre) associée aux sédatifs du système extra-pyramidal (barbituriques et atropine comme chez les post-encéphalitiques parkinsoniens) peut souvent être assez utile et suffisante.

***

En feuilletant la littérature des troubles neuro-mentaux des enfants ayant subi une chorée aiguë unique ou de forme récidivante nous trouvons les données suivantes, qui seront exposées avant de finir notre travail.

Nous faisons des emprunts à deux travaux récents, qui nous ont paru assez complets et importants du fait de la richesse du matériel clinique apporté et de la précision des recherches qui sont à leur base.

Le premier travail est celui de M. St. Krauss, publié dans les *Archives Suisses de neurologie et psychiatrie* (1931, vol. XXXIV) et le second est signé par MM. Lesné, Launay et P. Guillain, dans la *Revue Franç. de Péd.*, 1935, t. XI.

Le travail de M. St. Krauss est basé sur l'examen tardif de vingt-quatre cas de chorée aiguë, c'est-à-dire un an jusqu'à vingt-trois ans après la guérison de la première attaque de chorée.

En passant ensuite à l'analyse des troubles que présentent les post-choréiques, troubles que nous avons soulignés au cours de l'exposé de nos cas aussi, M. St. Krauss, insiste tour à tour sur les constatations suivantes :

Dans environs deux tiers des cas, il a noté ce qu'il appelle des *hyperkynésies*, troubles moteurs consistant en des tics convulsifs, tremblements pendant l'écriture, des émotions, état d'agitation motrice, mouvements associés. De tous, le tic convulsif est le plus saillant par sa netteté et sa fréquence et indique ainsi que le dit l'auteur, son conditionnement cérébral. La description des tics serait fastidieuse ; leur polymorphysme est connu. Strauss avait noté la prédominence des tics dans les conséquences des chorées, et avait noté que la *coprolalie* devait être considérée comme un véritable tic de la parole. Avec des devanciers comme : Jakob, Kleist, Foerster, M. Strauss , et récemment Krauss, voient dans le tic post-choréique, l'expression de l'*atteinte focale striaire.*

Dans presque la moitié des cas, on note des symptômes neurasthéniques comme : céphalée sans horaire précis, vomissements, vertiges et énurésie. Dans un même ordre d'idées, viennent les troubles psychasthénique, dont Krauss note : l'oubli facile, travail scolaire difficile, manque de persévération, fatigue, somnolence, angoisse, pavor nocturnus, et même du somnambulisme. Ces exemples de traits donnent en totalité ce que les psychologues nomment un rétrécissement ou diminution de la vitalité psychique ou de la « psychénergie ».

En analysant les traits de caractère des post-choréiques, St. Krauss, insiste sur leur irritabilité, susceptibilité ou au contraire leur attitude réservée, renfermée, angoisse, rapidité ou lenteur dans les mouvements ou pensées, égoïsme, colère, etc... Ce tableau ressemble à celui des psychopathes schizoïdes.

L'auteur reconnaît que le tableau qu'il a brossé des post-choréiques, ressemble beaucoup à celui que l'on peut voir dans les suites de l'encéphalite épidémique. Seulement dans le cas de la chorée l'intensité des troubles de la personnalité est nettement moindre. La ressemblance des troubles est expliquée par *le siège commun des atteintes par le virus neurotrope.* Ce substratum anatomique est le *nœstriatum* (n. caudé et putamen) *siège de processus, dégénératifs et infiltratifs.* (Il est vrai que certains auteurs comme M. A. K. Wilson, ont incriminé des lésions corticales aussi.)

Un un mot, le virus choréique se localisant dans les formations nerveuses citées, imprime à l'ensemble de la personnalité de l'enfant des traits chizoïdes nets, et lui donne une allure qu'il n'a pas eu avant la maladie. Les quelques troubles mentaux que l'on peut noter avant la chorée, ne prennent jamais l'allure frappante que l'on observe chez les post-choréiques. Donc, avant le moment héréditaire et la constatation pré-morbide, il faut incriminer la lésion de certains centres (le nœstriatum) dans le déterminisme des troubles dont il vient d'être donné la vue d'ensemble.

En France, M. Lesné a étudié seul ou avec ses élèves et collaborateurs la question du profil mental des post-choréiques, en se basant sur le matériel recueilli dans l'hôpital Trousseau. Une partie de faits recueillis sont consignés dans la thèse de son élève Mlle Zylberfenik (Paris, 1935), une autre partie clinique et documentaire est publiée dans la revue que nous avons mentionnée plus haut.

Avec ses collaborateurs Launay et Guillain, le pédiatre parisien qu'est M. Lesné, démontre que dans leur évolution, les enfants ayant subi une atteinte choréique, restent instables, travaillent mal, étant la plupart du temps des distraits, des agités moteurs. Dans 60 % des cas ces troubles ont une durée assez limitée (quelques semaines) pour disparaître complètement ; dans le reste de 40 %, les troubles ne montrent nulle tendance vers la régression. L'instabilité mentale et motrice prend le dessus et malgré les efforts que l'on dépose, ces enfants continuent le plus souvent à empoisonner la vie de leur entourage, avec les crises de colère, de nervosité, instabilité, actes de cruauté souvent, etc... On peut voir des enfants se présentant avec des allures pseudo-schizotymiques : renfermés, tristes, hostiles, etc... Les examens psychologiques à l'aide des tests Binet-Simon, montrent parfois des retards intellectuels de un à trois ans même.

Tout cet ensemble de troubles décrits par les auteurs français a été décrit auparavant en Russie par Ossipova (1930) aussi. Cet auteur qui a pu revoir une série de vingt-trois anciens choréiques, note les troubles psycho-moteurs décrits plus haut.

◆◆

***

Tout en reconnaissant le rôle que doivent jouer les moments héréditaires, très chargés souvent, chez les ascendants et les collatéraux des choréiques, on ne peut pas oublier que de par sa localisation striaire, *le virus choréique, neurotrope, est à lui seul capable de déterminer les troubles psycho-moteurs*, que nous avons vu chez les anciens choréiques.

Ces constatations cliniques très intéressantes pour le médecin, montrent comment il faut concevoir le pronostic éloigné de tout cas, même bénin, de chorée aiguë de Sydenham. Ici nous entendons seulement le pronostic neuro-mental des enfants.

Du déterminisme pathogénique au déterminisme pathogène dans le dolichocôlon

Par **J. TAUZIN** (Plombières-les-Bains).

Nous avons étudié ailleurs le déterminisme morbide du dolichocôlon (6), dans ses manifestations cliniques surtout. Le dolichocôlon congénital est non un résultat mais un potentiel pathologique ; le dolichocôlon acquis est l'aboutissant de causes pathologiques diverses avant d'être par lui-même une cause pathogène. Mais il arrive un moment où, avec un déterminisme pathogénique différent, ils ont l'un et l'autre un déterminisme pathogène identique.

Il en résulte un ensemble parfois inextricable, d'où il conviendrait de reprendre séparément ce qui se tient à côté de ce qui doit être autrement groupé. Ce n'est que timidement et non sans réserves qu'il est permis à peine de s'y essayer.

***

La *forme congénitale* est la première à considérer. Son existence ne saurait être mise en doute : on ne voit pas pourquoi le côlon ne serait pas, aussi bien que tout autre viscère, susceptible d'une anomalie morphologique.

Il semble que ce qui le caractérise au premier chef soit son importance anatomique. On doit pouvoir considérer comme congénitaux les dolichocôlons qui portent sur la presque totalité du côlon. Ce sont ces formes congénitales qui vraisemblablement fournissent les cas les plus compliqués, ceux où tout est excessif. Ce sont plus sûrement aussi les formes qui sont le plus longuement et le mieux tolérées. L'hérédité mérite d'être recherchée. On peut retrouver un dolichocôlon chez l'un des ascendants : plus souvent, c'est chez l'enfant qu'on le retrouve. L'ancienneté de la constipation qui peut remonter à l'enfance la plus éloignée est aussi en sa faveur. Mais elle n'est pas obligatoire : moins dans ces formes-là que dans celles acquises. Et de toute façon, cet élément aura surtout de la valeur si les amnestiques confirment de façon assez vraisemblable que dès cette primitive enfance de mauvaises habitudes alimentaires ou hygiéniques ne sont pas susceptibles d'avoir réalisé ce en quoi la nature ne serait pour rien.

La *forme acquise* a de son côté quelques caractères cliniques particuliers. Ils résultent d'ailleurs de sa propre pathogénie qui est celle d'une déficience neuro-musculaire. Nous avons déjà précisé le cadre dans lequel se classent nécessairement les causes qui concourent à la constitution du dolichocôlon acquis (6).

Puisque l'identification certaine du dolichocôlon ne saurait être établie que par un lavement opaque (3), il faut au point de vue radiologique, attacher un grand prix au fait que ce sont ordinairement mais non exclusivement des dolichocôlons partiels, localisés. Leur morphologie a aussi de la valeur. Alors que les dolichocôlons congénitaux ne sont pas nécessairement en raison de leur mode de formation, ou atoniques ou spasmodiques, les dolichocôlons acquis « actifs » sont nécessairement l'un ou l'autre. Il faut bien en raison de leur origine qu'ils aient dès cette origine évolué dans l'un ou l'autre sens. Aussi, ce qui compte le plus, ce sont les anamnestiques. Que la cause du trouble apparu au niveau du côlon soit en lui-même ou en dehors de lui, on retrouve fréquemment d'autres signes, contemporains ou antérieurs, de l'affection qui a mis en branle le trouble digestif.

Dans la forme congénitale, le potentiel pathologique étant primitif, le dolichôlon peut rester longtemps ignoré dans un organisme par ailleurs normal. Dans la forme acquise, le potentiel pathologique étant secondaire, le dolichocôlon a une cause morbide qui le précède ou l'accompagne et qu'on peut espérer déceler.

***

Cette analyse schématique du déterminisme pathogénique du dolichocôlon ne constitue pas une étude spéculative. Elle est à la base d'une partie importante de sa thérapeutique, comme toujours la plus légitime : c'est la seule manière de donner un substratum précis à une thérapeutique logique, la thérapeutique étiologique (7).

Aussi Villaret (9) a écrit : « Les méga et dolichocôlons nettement caractérisés seront, bien entendu, éliminés de la crénothérapie ». C'est que le dolichocôlon le plus typique, le plus « caractérisé » à tous points de vue, c'est le dolichocôlon congénital. Et les eaux de Plombières, non plus que celles de Châtelguyon ne redressent ce que la nature a voulu autrement. Mais c'est à bon escient que Châtelguyon (1) et Plombières (7) revendiquent chacune la part qui lui revient des dolichocôlons congénitaux colitiques ou des dolichocôlons acquis.

De plus, pour ce qui est du dolichocôlon acquis, il n'y a pas si loin de certains états de spasticité au mégacôlon et de l'une et de l'autre à ce dolichocôlon acquis. Leriche a montré que grâce à la chirurgie du sympathique on peut diminuer certains états de spasticité et transformer l'état des enfants atteints de mégacôlon. Et Henri Loutsch (4), en déduction de son travail rigoureux d'expérimentation sur « Le système neuro-végétatif du rectum et la pathogénie du mégarectum » où il a établi entre les deux une relation étiologique, arrive à cette conclusion que la thérapeutique médicale est encore préférable, et il préconise en particulier l'ésérine. Ceci ne s'applique pas seulement au mégarectum.

La détermination de la pathogénie du dolichocôlon conditionne sa thérapeutique étiologique. Celle-ci, instituée assez tôt, peut sinon éviter, du moins ralentir considérablement le déroulement inéluctable du déterminisme pathogène du dolichocôlon.

***

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Les tumeurs primitives du Rachis. *Chirurgie du corps vertébral*, par J. Boudreaux. Un volume (25 × 16,5), 308 pages, 33 figures, 1936, 45 francs. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

A côté des cancers vertébraux secondaires aujourd'hui bien connus, il convient de réserver une place, plus grande qu'on ne l'a faite jusqu'ici, aux tumeurs primitives du rachis dont les observations récentes ont montré l'intérêt, bien qu'aucun travail d'ensemble ne leur ait encore été consacré.

Edifier, pour ces tumeurs, une classification rationnelle reposant sur l'anatomie pathologique, confronter les documents opératoires, nécropsiques, radiologiques, telles sont les préoccupations dominantes de l'auteur.

Après avoir passé en revue les tumeurs malignes, consacré d'importants chapitres aux tumeurs bénignes, il montre dans une étude critique, que le diagnostic peut parfois en être posé avec exactitude.

Suit une dernière partie consacrée aux thérapeutiques radiothérapiques et chirurgicales. L'abord du corps vertébral est possible, qu'il s'agisse ou non de tumeur. Un exposé des différentes techniques, dont une inédite, en précise les modalités.

Tel est cet ouvrage dont la portée n'est pas seulement théorique, mais est susceptible encore d'intéresser l'orthopédiste, le chirurgien, voire même le neurologiste.

Maladies de l'intestin, par les Docteurs Paul Carnot, J. Caroli, P. Jacquet, J. Rachet, Bouttier, Jacques Dumont, J. Friedel, E. Libert. Un vol. grand in-8 de 676 pages avec 197 figures et 17 planches : 150 francs. (1er *fascicule du t. XVII du Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique.* Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e)

Ce volume a pris une extension considérable en raison de tous les faits nouveaux relatifs aux maladies de l'intestin depuis l'introduction des techniques radiologiques, coprologiques, endoscopiques et bactériologiques. Le premier fascicule, qui vient de paraître, consacré aux *maladies générales de l'intestin*, comprend, en effet, 676 pages de texte et sera suivi bientôt d'un deuxième fascicule, beaucoup plus court, sur les *maladies particulières aux divers segments digestifs* (ulcères du duodénum, appendicites, colites, recto-sigmoïdites, etc.).

Malgré l'abondance des matières traitées et le nombre des collaborateurs, cet ouvrage conserve cependant une grande unité de plan et de descriptions, étant entièrement rédigé par le Professeur Paul Carnot et ses collaborateurs de chaque jour à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Il comprend d'abord un article d'ensemble de P. Carnot et J. Dumont sur les *microbes de l'intestin*.

Vient ensuite un important article de 200 pages de P. Carnot et E. Libert sur les *techniques d'exploration* (examen clinique ; endoscopie ; radiologie ; tubages intestinaux ; coprologie) et sur les *grands syndromes intestinaux* (constipation et stases intestinales chroniques ; diarrhées ; perforations ; occlusions ; syndromes muco-membraneux ; infarctus ; crises entéralgiques, etc.) communs à des affections de pathogénies différentes, et qui ne doivent pas être traités comme des maladies autonomes.

Puis vient une étude d'ensemble de P. Carnot et P. Jacquet sur les *malformations digestives* (136 pages), qu'il y a intérêt à rapprocher quel que soit leur siège, parce que sont associés : diverticules du duodénum, d. de Meckel, d. du gros intestin ; ptoses digestives ; gigantisme et nanisme intestinaux : mégaduodénum ; méga et dolichocôlon ; brachycôlon, etc. ; malformations pariétales (éventrations diaphragmatiques et abdominales ; hermès épigastriques, etc.).

L'étude des *dystopies intestinales* est due à P. Carnot et à Caroli. Celle des *parasitoses et infections intestinales* est faite par P. Carnot et J. Rachet, elle comprend l'étude des verminoses, de la lambliase, de l'amibiase, etc., ainsi que celle des dysenteries bacillaires, des tuberculoses intestinales diverses, etc.

Enfin, la dernière partie est consacrée aux *tumeurs bénignes ou malignes de l'intestin* (117 pages) par P. Carnot et Bouttier ; ici on rapproche et on compare les divers néoplasmes intestinaux (cancer du duodénum, ampullome-cancer de l'appendice, cancers des côlons, etc.). Les *tumeurs anorectales* sont étudiées par P. Carnot et Friedel.

Un grand nombre de schémas, de dessins, de photographies et de radiographies complètent les descriptions.

Ainsi qu'on le voit, ce plan nouveau est orienté nettement vers la pathogénie et compare constamment les lésions pathogéniquement semblables des différents segments, en reliquat à la sémiologie, les syndromes communs ou encore mal définis ; et c'est là, semble-t-il, un progrès didactique important qui permet de mieux classer les faits accumulés en ces dernières années relativement à la pathologie de l'intestin.

L'inégalité humaine devant la mort et la maladie, par le Docteur R. Pierreville, un volume : 15 francs. Editions Fustier, 8, rue de Choiseul, Paris.

Le Docteur Pierreville a réuni une riche documentation démontrant comment la structure sociale et les relations interhumaines se reflètent dans notre santé et dans notre résistance à la mort.

Les problèmes de natalité, de mortalité, d'avortement, de nuptialité,

d'immunité sociale, de santé des villes et des campagnes, de colonisation et d'émigration, y sont examinés sous un angle nouveau. Enfin, l'étude du rôle de l'organisation médicale, de ses possibilités dans la structure sociale actuelle, de la soi-disant pléthore médicale explique aux médecins les raisons de la crise que traverse actuellement la médecine. L'homme « cet inconnu », suivant l'expression d'A. Carrel, devient compréhensible, en tant que membre d'une collectivité humaine. Les lois biologiques de son existence se plient devant les lois sociales.

Le problème de l'inégalité humaine trouve ainsi son explication dans la structure sociale actuelle. L'homme malade s'efface devant une société gravement malade. Le médecin isolé, guérissant des individus, cède le pas à la médecine sociale et à la sociologie, guérissant la société.

Œuvres médicales d'Alexandre de Tralles, le dernier auteur classique des grands médecins grecs de l'antiquité. Tome II. Traité des fièvres. — Lettre sur les vers intestinaux. Livre premier des douze livres de médecine (affections de la tête) publié par le Docteur F. Brunet. 1 vol. in-8°, 258 p. Genthner, éd. Paris.

Dans le premier volume, H. Brunet nous avait conté la vie aventureuse du premier des médecins militaires qui a parcouru le monde au VIe siècle avec les armées impériales. M. Brunet commence maintenant la traduction des *Œuvres médicales d'Alexandre de Tralles* qui, tout en acceptant, pour la plupart, les théories humoristes de Galien, s'en écarte parfois et ne craint pas de leur opposer ce que lui a enseigné l'observation.

Ce deuxième volume traite des fièvres parmi lesquelles l'auteur distingue les fièvres hectiques, continues et septiques, dont il cherche à différencier les caractères, puis des fièvres tierce, quarte et quotidienne, si banales et si communes à son époque qu'il n'éprouve pas le besoin de les définir. Il se borne seulement, à défaut de médication spécifique, à conseiller les remèdes en usage de son temps, si divers qu'ils vont de la crème d'orge aux talismans. Il s'occupe, en passant, des vers, dont il distingue trois sortes : les vers fins qui siègent dans la dernière partie du gros intestin, les vers ronds qui se logent dans la partie supérieure, et les vers plats, si longs qu'ils occupent l'intestin tout entier. Contre ces derniers, il conseille la fougère femelle, remède que nous utilisons toujours, mais nous en avons changé le sexe.

Après cet exposé des maladies à caractère général, Alexandre de Tralles passe en revue toutes les affections localisées qu'il classe suivant les régions du corps qu'ils affectent. Comme de juste, le premier des 12 livres qui composent son ouvrage commence par le chef. Il expose le traitement des maladies de la tête : la chute et la teinture des cheveux, les pellicules, les gourmes et les teignes. La céphalée, l'hémicranie, l'épilepsie, maladie au sujet de laquelle il aurait écrit tout un ouvrage qui a disparu, la parésie et la mélancolie. Il y a, dans ce volume comme dans ceux qui suivront, des documents très précieux pour l'histoire de la médecine qu'il faut remercier M. Brunet d'avoir, au prix de quels efforts mis à notre portée dans un français qui, avec beaucoup d'élégance, suit d'aussi près que possible le texte grec.

Divers

ERASME. **Eloge de la Folie.** Nouvellement traduit par Pierre de Nolhac. Suivi de la Lettre d'Erasme à Dorpius, avec des annotations de Maurice Rat. 1 vol. Prix : 15 francs. Librairie Garnier, 61, rue des Saints-Pères, Paris.

Dans quelques semaines on commémorera à Bâle le quatrième centenaire de la mort d'Erasme. Le moment est propice pour relire un de ses chefs-d'œuvres traduit par celui qui a tant contribué à rendre français le beau mot d'humanisme.

Les Auberges de France, 1 vol. Prix : 20 fr. Edition du Club des Sans-Club, 42, rue de Trévise, Paris.

Le Club des Sans-Club que le célèbre cuisinier Escoffier patronna jusqu'à ses derniers jours, présente chaque année, à l'aide de Reportages astucieux, les hôtels et auberges méritant par leur cuisine et leur accueil, d'entrer dans ses circuits.

Ces reportages s'intitulent *Les Auberges de France*, dont le prix tient lieu de cotisation et la couverture spéciale, de carte d'adhérent. Ils sont rédigés avec la collaboration et sous le contrôle de quelques milliers des membres du Club, dont les prospections sont dirigées par Paul Poulgy.

L'édition 1936 des *Auberges de France* qui vient de paraître et que comme toujours est riche en découvertes de coins insoupçonnés, réserve cette année des surprises d'ordre économique : gratuité du garage un peu partout, un petit repas spécial du soir créé à la demande du Club, un petit vin agréable en marge de la carte, etc.

Mais par-dessus ces avantage matériels il nous faut insister sur l'influence morale du Club, sur ses étapes qui, conscientes de leurs intérêts et même de leur rôle dans cette œuvre sociale, vous reçoivent comme un hôte depuis longtemps désiré.

Revue des cours et conférences. Paraît le 5 et le 30 de chaque mois. Abon. France : un an 60 francs, Boivin, édit., 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 15 mai 1936. — E. TORMELAT : Le romantisme politique en Allemagne après 1812 (II) : Görres. — R. LEBÈGUE : Les ballets des Jésuites (II). — H. HAUSER : Etudes sur l'histoire des prix (V) : La notion de pouvoir d'achat. — P. JOURDA : L'exotisme dans la littérature française depuis le romantisme (II) : L'Angleterre (*suite*). — G. BACHELARD : La dialectique de la durée (VII) : Les superpositions temporelles. — H. TRONCHON : Herder et les souvenirs anglais de Weimar (III) : Henry Crabb Robinson. — G. MICHAUT : La Bruyère (IX) : La Bruyère psychologue. — J. DE THANN : Bibliographie. Henri Bornecques : Les Catilinaires de Cicéron.

Nous ne reviendrons pas sur le rôle que joue ce déterminisme pathogène dans les manifestations cliniques du dolichocôlon à partir du moment où il naît seulement à la vie pathologique (6). Mais ces manifestations tendent à se développer en dehors du cadre colique proprement dit en raison toujours de la gêne apportée à son fonctionnement physiologique normal.

La précocité de leur apparition et de leur évolution est très variable.

Il peut y avoir une *phase de compensation ou d'accommodation*. Si le dolichocôlon est congénital, il semble qu'il puisse rester fort longtemps silencieux. Des radiographes sans le chercher le rencontrent avec une telle fréquence chez des malades qui n'en sont point importunés que des cliniciens avec eux se prennent à ne s'y point arrêter. Sous des plumes autorisées, nous l'avons trouvé explicitement exprimé. C'est que le dolichocôlon congénital n'est pas pathologique en lui-même, mais seulement par son déterminisme pathogène toujours plus long que dans les formes acquises à s'installer. On s'explique qu'un côlon congénitalement trop long n'en fonctionne pas moins bien nécessairement pour cela. Que survienne à son niveau un incident pathologique : la situation devient aussitôt plus compliquée. Dans le dolichocôlon acquis, la cause pathogénique intervient qui précède et s'ajoute à la cause pathogène. Sans doute, même alors, la musculature intestinale peut-elle ne pas faillir à sa tâche et pendant un temps tout corriger. Mais leur intrication paraît précipiter les événements morbides,

Il y a cependant une *phase de tolérance*. Cette tolérance s'exerce à l'égard des troubles consécutifs à la rétention stercorale, qu'ils soient mécaniques, infectieux ou toxiques, soit que le privilège en provienne d'une viciation digestive longue à s'installer grâce à une hygiène corporelle ou alimentaire consciemment ou inconsciemment salutaire, — puis d'une muqueuse peu irritée ou peu irritable, — d'un foie qui fonctionne bien et résorbe bien ce qui ne peut être évacué (2), soit qu'un système nerveux bien équilibré ne donne qu'une réponse juste à des sollicitations qui ne l'ont pas encore exacerbé. Cette tolérance peut être spontanée ou artificielle, si une thérapeutique adéquate apporte les palliatifs heureux et nécessaires.

Puis, survient à la longue presque inévitablement la *période de déséquilibre*.

Déséquilibre moteur d'abord. — Des facteurs nouveaux ont apparu qui aggravent la constipation, la colite et les spasmes secondaires qui rendent les évacuations plus difficiles et plus rares ; bien souvent l'hyper-pneumocole, si elle n'est pas déjà installée avec les troubles mécaniques et réflexes qu'elle engendre ; la dyspepsie gastrique réflexe enfin parce que l'estomac finit toujours à la longue par se fatiguer de ce que le réflexe d'occlusion du pylore par distension intestinale, phénomène physiologique normal quand il est intermittent et bien réglé, devienne pathologique par sa quasi-permanence. Et à côté des « fausses gastropathies par dysergie iléo-cæcale méconnue » dont Piot (5) parlait tout dernièrement, et qui ne sont en somme que des gastropathies fonctionnelles vraies, il y a des gastropathies organiques authentiques dont le point de départ colique est tout pareillement insuffisamment suspecté.

Déséquilibre sensitif aussi. — Quel que soit le siège de la douleur ou de son origine : douleur locale de la colite, de voisinage de la péricolite, de propagation des cœlialgies : douleurs à distance par atteinte infectieuse ou toxique des viscères, ou aberrantes par une sorte de résonance physiopathologique, ce déséquilibre est le plus souvent surtout qualitatif et de nature neuro-végétative. Il arrive qu'il soit ténu, instable fugace ; qu'il prenne le masque d'un déséquilibre psychique, parfois réel, aiguillant le clinicien sur une fausse piste et le thérapeute vers Divonne qui ne sera pas inutile, quand ce n'est pas vers les distractions qui ne serviront à rien, au lieu de Plombières dont l'action sédative sensitivo-motrice est ici particulièrement salutaire (8).

Déséquilibre infectieux encore. — Dans le milieu intestinal, la stase favorise le développement d'une flore microbienne anormale non pas seulement en quantité et en vitalité, mais en qualité et en virulence. Que leur novicité provienne de leur multiplication exubérante par une vitalité excessive ou de leur mordacité *élective* par une virulence de choix, ces microbes ont une action néfaste eux aussi sur la muqueuse intestinale. Ils peuvent la traverser. Et que leur propagation se fasse par contiguïté, par voie lymphatique ou sanguine, on sait, depuis la colite ulcéreuse à la péricolite suppurée, de la prostatite à l'orchiépididymite, du syndrome entéro-rénal ou génital au syndrome entéro-hépatique ou pulmonaire, par tous les syndromes associés, toute la richesse et tout le polymorphisme pathologiques qui en peuvent résulter.

Déséquilibre toxique enfin. — Les syndromes à point de départ intestinal ne sont pas toujours ainsi et uniquement infectieux. Il y en a de toxiques. Le syndrome entéro-arthro-musculaire est des plus courants à Plombières, où les intestinaux sont avec une extrême fréquence, des « rhumatisants » articulaires ou musculaires. Partir de ces manifestations rhumatoïdes pour conclure toujours chez eux comme on le faisait autrefois à du rhumatisme intestinal, c'était peut-être souvent renverser illégitimement le problème. Les viscères aussi sont atteints : insuffisance hépatique surtout, insuffisance rénale même et *bien plus fréquente même que peut-être on ne le croit* ; et avec elles toutes les déficiences organiques habituelles aux toxémies et leurs conséquences infinies, sinon l'infinité de leur conséquence.

***

S'il est nécessaire à leur description de cloisonner ainsi tous ces troubles, leur intrication est la règle, que leur apparition soit successive ou concomitante dans un seul territoire organique isolé ou dans plusieurs de ces territoires associés.

Le problème du dolichocôlon n'est plus à ce moment que celui de la dolichocolite, celle de toutes les colites généralisées dont la richesse pathologique est la plus importante et le polymorphisme clinique le plus varié, celle qui si la période propice est échue devient la plus désespérante qui soit.

BIBLIOGRAPHIE

1. CHIRAY et BAUMANN. — Diagnostic clinique et traitement du dolichocôlon. Société de Médecine de Paris, 27 février 1932.
2. LOEPER. — Le météorisme abdominal, syndrome d'insuffisance circulatoire du foie. *Le foie*, n° 7, 1935.
3. LOEPER et TAUZIN. — Le diagnostic du dolichocôlon. *La Presse Médicale*, n° 43, 21 mai 1932.
4. LOUTSCH. — Le système neuro-végétatif du rectum. Pathologie du mégarectum, Thèse de Paris, 1934.
5. PIOT. — Les fausses gastropathies. Dysergie iléo-cæcale méconnue. Société de radiologie médicale de France, 9 octobre 1934.
6. TAUZIN. — Le déterminisme morbide du dolichocôlon. *La Presse Médicale*, n° 101, 18 décembre 1935.

7. — **Les directives thérapeutiques médicales dans le dolicho-côlon spasmodique.** *La Gazette Médicale de France*, **1er mars** 1934, n° 5.

8. — **L'action thérapeutique des eaux radio-actives et son mécanisme physio-clinique.** *Le Progrès Médical*, 31 août 1935, n° 35.

9. VILLARET. — **Crénothérapie des maladies de l'estomac et de l'intestin, Nutrition, tome** 1, **n°** 6, **page** 695.

OBSTÉTRIQUE

Diagnostic et traitement des fibro-myomes utérins

Dans la première partie de ce travail, MACIAS DE TORRES (1), se fondant sur 300 patientes, décrit les symptômes communs ou plus rares des fibromes utérins, sous cinq chefs : métrorrhagies, leucorrhée, douleur, augmentation de l'abdomen et troubles à distance.

On a discuté et on discute encore sur l'influence des rapports sexuels nuls ou incomplets dans l'éclosion myomateuse. Dans les Asturies, on compte à peine 5 % des femmes, ayant dépassé la trentaine, qui soient vierges ; et, parmi les consultantes de la clinique gynécologique, ce chiffre est encore plus bas. Or, 54 des 300 fibromateuses (soit 19 %) étaient *virgo intacta* ; comme le professeur Pinard, il faut bien reconnaître que la matrice qui ne crée pas d'enfants fabrique des fibromes. On remarquera que, parmi cinquante-quatre vierges, trente-trois (soit 61 %) étaient atteintes de fibromes interstitiels uniques ou multiples et aussi volumineux qu'une tête de fœtus ; sept (soit 13 %) de gros myomes sous-séreux ; quatre de myomes diffus ; deux de myomes interstitiels de petit volume et une de fibrome du col. Sept vierges, soit seulement 13 %, présentaient des fibromes sous-muqueux pédiculés, dont la fréquence est plus élevée chez les multipares.

Entre les femmes ayant eu des rapports sexuels sans grossesse, les femmes vraiment stériles sont, elles, particulièrement prédisposées. Pour Macias de Torres, on doit admettre que la fibromatose possède une influence évidente sur la fertilité ; les femmes déjà fibromateuses et celles prédisposées sont plus souvent stériles que les autres, encore que, dans la majorité des cas, il s'agisse de stérilité secondaire et relative.

Comme il l'a été mentionné ci-dessus, la localisation sous-muqueuse se rencontre plus souvent chez les multipares que chez les vierges et nullipares ; les formes interstitielles ou sous-séreuses sont plus habituelles à ces dernières. Les différences, fournies par les chiffres entre les myomes sous-muqueux et les myomes sous-séreux, en fonction de la stérilité, semblent indiscutables.

La relation de cause à effet entre la myomatose et les affections cardiaques, qui a fait l'objet de si nombreuses discussions, ne paraît pas résolue. « J'ai l'impression, dit l'auteur, que l'antique expression de cœur myomateux est une réalité clinique ».

On sait, aussi, qu'un rôle important a été attribué à la tension artérielle. Dans un long paragraphe sur ce point, après de nombreuses citations d'opinions et de pourcentages, l'auteur expose les résultats de déterminations qu'il a pratiquées d'une façon « approchant » celle de Heitz, sur dix-neuf fibromateuses âgées de 20 à 30 ans ; soixante-deux de 30 à 40 ans ; quatre-vingt-quatre de 40 à 50 ans et treize âgées de plus de 50 ans. « Si nous faisons l'addition des chiffres partiels, on trouve environ 75 % de myomateuses avec une tension normale ; 16 % une hypertension modérée et, seulement, 9 % une franche hypertension chiffres inférieurs à ceux des auteurs cités. »

(1) MACIAS DE TORRES. — Diagnostico y tratamiento de los miomas uterinos (Diagnostic et traitement des myomes utérins). *Revista espanôla de Obstetricia y Ginecologia*, nos 237-238, septembre 1935 (résumé par H. VIGNES).

A propos de l'établissement du diagnostic entre les fibromes et autres tumeurs, et, surtout de ceux compliquant une gravidité, sont décrits les moyens adjuvants de la palpation telle que l'emploi de la pituitrine, des réactions biologiques, des radiographies au lipiodol. L'intérêt du diagnostic différentiel d'avec les tumeurs liquides ou solides de l'ovaire est restreint si l'intervention doit être opératoire. Il en est tout autrement si l'on se propose d'agir par radio ou radiumthérapie : les travaux de Villard, de Faure ont montré les dangers inhérents à une confusion.

Pour finir, des considérations sur les myomes nécrosés, la possibilité de dégénérescences épithéliomateuses, carcinomateuses, la coexistence d'annexites simples ou tuberculeuses précèdent l'exposé des lignes générales du traitement.

L'espoir de guérison du fait de la ménopause n'est pas aussi fondé qu'on l'a dit et répété ; cette influence, que l'auteur a eu, certes, l'occasion d'observer, a été exagérée.

On a admis que la ménopause s'installe plus tardivement chez les myomateuses : 10 % des patientes de l'auteur étaient âgées de plus de 50 ans et 12 seulement en avaient fini avec leur retour d'âge. La cessation des flux sanguins ne signifie pas guérison ; on en a vu réapparaître après des interruptions plus ou moins longues. Après la disparition des règles, les myomes ne cessent pas toujours *ipso facto* de croître ; la patiente de Buscarlet, à 75 ans, n'avait pas perdu de sang depuis l'âge de 55 ans. Il ne faut pas perdre de vue l'influence trophique des ovaires sur les myomes et que, *vice versa*, la présence des myomes peut causer des lésions ovariennes. Enfin s'ajoutent les possibilités de dégénérescence ; aussi bien « on a estimé la bénignité des fibromes un peu abusivement et les moyens palliatifs, cure thermale, opothérapie, etc., ne sont guère applicables qu'à une minorité, qui s'amoindrit encore dans la clientèle hospitalière ; nous avons cru devoir nous abstenir de traitement actif seulement dans 3 % de nos malades ».

Le grand inconvénient de la radiothérapie est de détruire des ovaires, parfois sains, et de ne pas agir directement sur l'organe véritablement en cause, sur la matrice : six femmes, soit 2 %, ont été soumises à son emploi, parce que tout autre mode de traitement était contre-indiqué chez elles.

Forts de l'hypothèse de Pende, quelques observateurs, après irradiation de l'hypophyse, auraient constaté une diminution de volume des myomes ; l'auteur glisse sur ce mode de traitement dont les résultats n'ont été « ni constants ni curables ».

Pour Macias de Torres, la radiumthérapie intracavitaire ne mérite pas la réprobation dont l'ont accablée certains opérateurs. Il importe, toutefois, de limiter son champ d'action et de fixer ses contre-indications : dans 49 cas (16 %), elle a été avantageuse en général, mais quelque peu moins dans les fibromatoses diffuses. Aucun âge ne la contre-indique ; elle est plus encore utilisable chez les jeunes femmes, à dose courte que l'on renouvellera au bout de deux ou trois mois, si le résultat est insuffisant. « En résumé : elle constitue un traitement conservateur agissant directement sur l'utérus et peu ou pas sur l'ovaire. Nous lui accordons d'autant plus notre préférence que nous manquons d'enthousiasme pour la myomectomie, sauf pour les formes sous-muqueuses pédiculées lorsque leur ablation peut s'exécuter de façon conservatrice, par le vagin ». On usera de cet agent d'élection alors que le volume de l'utérus, conditionné par celui de la tumeur ne dépasse pas 16 *cent.* et après avoir éliminé tout ce qui serait capable de rendre son action insuffisante ou dangereuse ; on devra observer, préalablement, et pendant plusieurs jours, la température de la patiente, sa formule leucocytaire, pratiquer son hystérographie au lipiodol et s'assurer que cet examen n'est pas suivi de réaction.

En satisfaisant à ces conditions, l'auteur n'a eu aucun décès ; et, comme unique incident, survinrent deux abcès pelviens, qu'il fallut ouvrir ; enfin, dans aucun de ces 49 cas, il ne fut obligé à l'hystérectomie. Parfois le résultat heureux s'est fait attendre des semaines et des mois ; et, chez certaines


SÉDATION
RAPIDE ET
ATOXIQUE

patientes l'irradiation doit être reprise à petite dose. Une ex-patiente fitune gestation sans histoire, mais elle accoucha assez laborieusement d'un fœtus, à pied-bots fort accentués.

On est revenu, après une période d'engouement pour la radiothérapie, aux procédés opératoires. La myomectomie, lorsque possible, est le procédé de choix, parce que conservateur. L'hystérectomie partielle ou totale s'impose en raison de l'état des patientes, lesquelles ont souvent tardé à se résoudre à d'autres traitements.

Personne ne discute l'indication de la myomectomie des tumeurs sous-muqueuses, pédiculées, arrivées au col de l'utérus ou l'ayant franchi: sur 62 myomectomies (21 %), l'auteur a pu procéder par le vagin 34 fois (11 %). L'inversion totale ou partielle de l'utérus peut simuler un myome ; s'il y a un doute, l'auteur incise la partie qui se présente selon sa ligne médiane et jusqu'en sa portion moyenne. Etant donnée la coexistence possible de noyaux interstitiels, il est bon d'engager les opérées de moins de quarante ans à venir tous les trois ou quatre mois faire apprécier le volume de leur utérus et, chez celles qui sont plus âgées, l'auteur applique aussitôt le radium.

La même conduite a été suivie dans les cas à implantation cervicale. L'évaluation de leur fréquence varie avec les statistiques : sur ses 300 cas, l'auteur a noté 9 fois (3 %) cette implantation. De ces fibromes, quatre, de volume égal ou légèrement supérieur à celui d'un œuf de poule, étaient implantés sur la lèvre postérieure du col utérin ; l'un d'eux s'était développé dans l'espace vaginale, les trois autres avaient pris la direction abdominale, et furent enlevés par la laparotomie. Ces myomes implantés dans le cervix et principalement ceux qui le sont sur sa lèvre postérieure peuvent être cause de distocie. L'auteur a pratiqué chez une gestante, avantageusement, et alors que la date du terme était encore lointaine, une myomectomie, dictée par semblable occurrence.

« Les fibromes, plus volumineux que ne l'est une gravidité de 3 ou 4 mois, sont tributaires de la laparotomie ; ceux qui n'atteignent pas ce volume le sont de la radiumthérapie ; de telle sorte que le lot de l'hystérectomie vaginale se restreint à quelques myomes petits, radium ou radiorésistants, surtout si l'on a affaire à des multipares obèses, à vulves élargies. A mon sens, on a exagéré les réelles possibilités de la myomectomie abdominale. Mes observations ne me permettent pas de partager ce qui a été dit ni sur la fréquence de ses indications ni sur ses prétendus grands avantages. Son exécution est plus difficile, plus périlleuse, moins sûre que l'hystérectomie sustotale ; en outre il ne faut pas oublier qu'en plus des risques communs à toute laparotomie, il en est de plus particuliers aux fibromateuses : phlébites, embolies, etc... En somme, on doit réserver la myomectomie aux femmes jeunes, stériles, vivement désireuses de conserver un espoir de stérilité ».

Influence de la nature du métal dans les ostéosynthèses. — Au cours d'une étude expérimentale dont ils viennent de publier les résultats (1 vol. Masson, édit.) MM. Menegaux et Odiette ont constaté que les réactions du tissu conjonctif sont toujours identiques à elles-mêmes et ne dépendent que de la nature du métal.

Les métaux couramment utilisés en chirurgie humaine sont doués d'une toxicité importante, car leur seule présence entraîne des perturbations marquées dans les cultures et chez l'animal.

Si, cependant, les chirurgiens ont habituellement des succès avec les matériels qu'ils emploient, c'est parce que les phénomènes constructifs déclanchés par la défense de l'organisme viennent contrebalancer et au delà l'influence nocive du métal ; la consolidation se produit ainsi *malgré et non à cause* de la prothèse utilisée.

C'est enfin la nature du matériel qui est en partie responsable des accidents que l'on observe de temps à autre et qui sont un des risques actuels de l'ostéosynthèse. D'après les recherches de MM. Menegaux et Odiette, on peut se mettre à l'abri de tels troubles de la vitalité osseuse en employant certains métaux spéciaux (V²A Extra, Nicral D, Platino-stainless D) pour confectionner les matériels de prothèse.

PÉDIATRIE

L'hormonothérapie dans la cryptorchidie

Le traitement opératoire de la cryptorchidie, en particulier chez les enfants obèses, est un problème ingrat, parfois même insoluble. S'orientant du côté du traitement médical, MM. Denk et Uebelhör (*Journ. Int. de Chirurgie*, mai-juin 1936) ont commencé, il y a plus de cinq ans, à essayer de provoquer la descente testiculaire au moyen d'hormones.

Une série d'expériences exécutées par différents auteurs montrent les relations existant entre le lobe antérieur de l'hypophyse et les organes génitaux masculins ainsi que son influence sur la descente des testicules. L'extirpation de l'hypophyse a retardé la descente, l'administration d'hormones gonadrotropes l'a accélérée. L'hormone testiculaire a, elle aussi, dans l'expérience sur l'animal, une action sur l'appareil génital masculin. C'est pourquoi, il semblait tout à fait indiqué d'essayer, en administrant des hormones du lobe antérieur de l'hypophyse et des testicules, de provoquer la descente. D'après les informations de la littérature recueillies jusqu'à présent, et d'après les observations faites sur vingt-trois jeunes garçons atteints de rétention testiculaire uni ou bilatérale, on réussit, en effet, sinon dans tous les cas, tout au moins dans une partie de ceux-ci, à provoquer, par l'administration d'hormones testiculaires ou du lobe antérieur de l'hypophyse, la descente des testicules jusque dans le fond du scrotum.

La combinaison d'hormones testiculaires avec celles du lobe antérieur de l'hypophyse s'est révélée la plus efficace. Le traitement doit, le cas échéant, être continué pendant une période allant de plusieurs mois à un an avec des interruptions. Dans les cas réfractaires à la thérapie hormonale, une cause mécanique peut être à la base de la rétention. Dans ces cas, le traitement opératoire est indiqué, traitement qui devra cependant toujours être précédé d'un essai de thérapie hormonale. V. G.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Clinique thérapeutique

La radiothérapie représente une arme extrêmement efficace dans le traitement des furoncles et des anthrax. — Si elle est depuis bien longtemps connue, son usage est loin d'être aussi fréquent qu'il devrait l'être et l'on ne peut que regretter que l'on n'y fasse pas plus souvent appel.

D'une remarquable constance dans ses résultats, susceptible d'agir dans les cas les plus graves, elle a une action sédative analgésique telle que ce seul facteur en justifierait l'emploi systématique toutes les fois que les circonstances le permettent.

Aussi bien celles-ci se rencontrent couramment, et la simplicité de l'application, son innocuité absolue, la certitude du résultat, doivent inciter à placer les rayons X parmi les traitements locaux de pratique courante au tout premier rang et bien avant les cataplasmes, les pansements humides et les pulvérisations.

(J. J. Didiée. Radiothérapie des furoncles et des anthrax. *Paris Médical*, 1er février 1936.)

Le forage, dans le traitement de la coxarthrie, ne donne pas des résultats aussi réguliers, ni surtout aussi durables que l'affirment certains auteurs. Le malade refuse souvent l'opération proposée. On peut donc se demander si le forage ne pourrait pas être remplacé dans certains cas par une intervention encore plus simple : par exemple l'injection para-articulaire d'une substance médicamenteuse bien choisie. On attri-

bue en effet les résultats obtenus aux modifications circulatoires qui suivent la trépanation du col et de la tête fémorale. Or, l'arsenal pharmacologique dispose de nombreuses substances actives sur la contractilité des artérioles ou capillaires. L'histamine, parmi les substances essayées paraît être, jusqu'à ce jour, la plus intéressante.

A ces injections para-articulaires d'histamine, on peut donner, pour faire image, le nom de « forage médical » de la hanche.

Vaut-il le forage chirurgical ? Appliqué à vingt malades, ce traitement a donné 12 améliorations et 8 échecs.

La technique de ces injections est simple. « Nous utilisons la voie supérieure, très commode, qui permet d'atteindre aisément la région cotyloïdienne. Nous injectons au contact de l'os ou de la capsule. La question des doses est importante à préciser. Il faut commencer prudemment. Certains sujets sont très sensibles, d'autres très peu. On doit éviter de provoquer une réaction générale pénible (fatigue, céphalée, battements douloureux dans la tête) car elle peut se prolonger (en s'atténuant) pendant quelques jours. Pratiquement, en ne dépassant pas, pour la première injection, la dose de 1/2 à 1 milligr. de bichlorhydrate d'histamine, on n'observe aucun effet fâcheux. Le sujet présente aussitôt après l'injection une poussée vaso-motrice qui ne semble pas l'incommoder. Tout est rentré dans l'ordre au bout de dix à quinze minutes au plus, pendant lesquelles il sera prudent de le laisser étendu.

Le nombre d'injections à pratiquer est très variable et nous ne saurions donner de règle. On se basera, pour décider la continuation ou l'arrêt du traitement, sur les effets constatés par le malade. Une expérience plus longue permettra sans doute de préciser la conduite à préférer dans la généralité des cas. »

(F. Coste et J. Fauvet. Le « forage médical de la hanche ». *La Presse Médicale*, 11 décembre 1935.)

Les lésions articulaires traumatiques sont rapidement améliorées par les ondes courtes, les entorses guéries en quelques jours. Ces lésions sont guéries d'autant plus vite et d'autant plus complètement qu'elles sont traitées plus précocement.

Elles paraissent agir sur les entorses en résorbant le sang épanché dans l'articulation ou autour du ligament. Cette résorption sera plus facile si le sang est frais, elle sera plus difficile si le caillot est organisé, presque impossible si les lésions sont sclérosées. C'est pourquoi les ondes courtes agiront d'autant mieux que le traumatisme est plus récent ; en pratique, c'est dès le lendemain ou deux à trois jours après le choc que les ondes courtes devront être appliquées pour obtenir le maximum de résultats.

Elles sont anesthésiques, ont une action régulatrice sur le sympathique.

Les arthrites traumatiques consécutives à des fractures ou à des chocs violents, les douleurs par contusion, les raideurs articulaires après immobilisation dans un plâtre sont également améliorées par les ondes courtes, ces dernières à condition qu'on les applique aussitôt après la sortie du plâtre.

Associées à l'ionisation transcérébrale, elles activent très notablement la régression de l'hémiplégie.

Vincent Paschetta (de Nice). Les ondes courtes comme agent de résorption sanguine. Applications thérapeutiques dans les entorses, arthrites traumatiques, hémorragies cérébrales. *Paris Médical*, 1er février 1936.)

Les résultats obtenus à l'heure présente et portant sur plus de 500 cas de staphylococcies (pour la plupart externes) soumis à l'anatoxithérapie confirment dès maintenant la valeur pratique de cette méthode thérapeutique. — Grâce à l'anastaphylotoxine, et sous la condition qu'elle possède une valeur antigène suffisamment élevée, nous sommes en possession d'un puissant moyen de lutte contre les infections qui relèvent du staphylocoque. Son utilisation sur une plus grande échelle encore permettra de fixer les limites réelles de son efficacité.

(G. Ramon, A. Bocage, P. Mercier et R. Richou. L'anatoxine staphylococcique et son emploi dans le traitement des affections dues au staphylocoque. Nouveaux résultats. *La Presse Médicale*, 1er février 1936.)

On peut conclure, avec tous les auteurs qui l'ont expérimenté, que le carbone intraveineux constitue un agent anti-infectieux inoffensif, souvent actif, qui mérite d'être connu et utilisé. — Les brillants résultats déjà obtenus doivent inciter les médecins à en poursuivre l'expérimentation et à y avoir recours dans les états infectieux, où les traitements habituels ont échoué.

(René Mignot. Le carbone intraveineux. *La Presse Médicale*, 1er février 1936.)

Gynécologie

En présence de méno-métrorragies de la période de la ménopause et de causes reconnues apparemment bénignes, après une exploration gynécologique approfondie, il est toujours nécessaire de faire l'inventaire des lésions locales et de l'état général de la patiente qu'on se propose de traiter. On doit se remémorer la fréquence des hémorragies de *causes endocriniennes* et agir en conséquence.

Les *méthodes radiothérapiques* sous leurs deux formes, *curie* et *rœntgenthérapie*, constituent dans la majorité des cas, et de l'avis des gynécologues et des radiologistes les plus compétents en la matière, le traitement de choix de ces accidents. Leur mise en œuvre n'exclut nullement, au contraire, la surveillance médicale, le traitement médicamenteux, local ou opothérapique. La *physiothérapie* connaît aussi ses indications.

Il est inutile de trop systématiser les indications respectives du *radium* et des *rayons X*. Tous deux ont fait leurs preuves. L'*association* des deux présente aussi des avantages (ménostase rapide, gros utérus scléreux ou fibromateux, hémorragies continues ou répétées chez des femmes grasses ou obèses). La guérison comporte la *stérilisation définitive*. Les échecs sont très rares, de même que les incidents. La technique est simple, mais comporte des doses assez élevées si l'on veut qu'elle soit radicale.

Devant les succès de l'irradiation et l'élargissement de ses indications, il est évident que la *chirurgie* comporte un champ très restreint dans les hémorragies de ce genre.

(Mathey-Cornat. Position et technique de la radiothérapie dans le traitement des hémorragies utérines de la ménopause (hémorragies de causes bénignes. *Paris Médical*, 1er février 1936.)

Vénéréologie

Il est classique de déconseiller l'application de caustiques sur les chancres tant que le diagnostic n'est pas fait. — On s'expose ainsi à éloigner les tréponèmes et à indurer les tissus. Voici un exemple de ce second inconvénient :

« En novembre 1934, un jeune homme vient consulter le Docteur Basile pour des chancrelles du frein et du prépuce. Un traitement au nitrate d'argent d'abord, puis, devant l'insuffisance de son action au chlorure de zinc, est prescrit et malheureusement abandonné au malade. Les chancres, non seulement ne guérissaient pas, mais prenaient un aspect si inquiétant que le malade me fut conduit. Au premier coup d'œil, et sans rien savoir du malade, j'affirme qu'on ne pouvait faire un autre diagnostic que celui d'épithélioma. Rien n'y manquait : une prolifération abondante avec végétations blanchâtres et, au toucher, dures « comme du bois ». L'histoire m'est alors racontée et j'en demeure interdit. Le malade, impatient de guérir, au lieu de faire des attouchements, laissait sur les plaies des compresses imbibées de chlorure de zinc. Nous décidons de cesser tout traitement, nous réservant de surveiller le malade à toutes fins utiles. Une dizaine de jours après, le Docteur Basile me téléphonait que le malade était guéri : la maladie avait duré plus de sept mois ».

(Clément Simon. Notes et souvenirs sur le chancre mou. Lettres à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie. *Le Bulletin Médical*, 18 janvier 1936.)

Consécutivement à un traitement par le 914, les deux symptômes suivants ont été observés chez une femme de 30 ans :

a) D'une part à une alopécie diffuse ayant raréfié considérablement les cheveux.

b) D'autre part, sur les ongles de la main, une raie transversale ou, plus exactement, un arc à concavité tournée vers la lunule.

Cette raie transversale est formée par une sorte de fracture légère à ce niveau qui sépare les deux parties de l'ongle. Sur certains ongles, comme au petit doigt par exemple, la fracture est moins accusée et se manifeste seulement par une raie transversale.

A remarquer que cette raie transversale est située à peu près à la même hauteur que tous les ongles, qu'aucun ongle n'est épargné aux deux mains.

(G. Milian. Raies transversales des ongles consécutives à un traitement par le 914. *Paris Médical*, 18 janvier 1936.)

Tumeurs

Dans les tumeurs du cæcum et du côlon droit en particulier, dans les cancers de ces organes, il faut encore répéter une fois que plus la chirurgie est faite tôt, plus les résultats sont brillants.

Il est donc indispensable chez tout malade qui présente un syndrome douloureux droit de ne pas se contenter du diagnostic d'appendicite chronique hâtivement posé. Il faut étudier attentivement les caractères cliniques de cette affection douloureuse, se méfier des malades qui se plaignent de diarrhée sans cause connue, faire rechercher le sang dans les selles, s'aider d'examens radiographiques, au besoin renouvelés jusqu'à ce que le diagnostic soit fait.

S'il y avait doute, mieux vaudrait faire une laparotomie exploratrice que de laisser évoluer un cancer ou une tuberculose cæco-colique méconnue.

(E. Desmaret. Notes sur les tumeurs du côlon droit. *Le Documentaire Médical*, 11 janvier 1936.)

Varia

Les corps étrangers de l'oreille doivent, sauf exception, être enlevés par seringage du conduit.

(A. Degorce. Les corps étrangers de l'oreille. *La Médecine*, janvier 1936.)

***

Dans le diagnostic des dacryoadénites aiguës, la bilatéralité des lésions dont le maximum est localisé à la partie externe des paupières supérieures, constitue un élément de diagnostic primordial.

(H. Villard. Dacryoadénites aiguës. *La Médecine*, janvier 1936.)

***

Nous nous donnons du : cher confrère à tour de bras, et ne cessons de nous observer l'un l'autre du coin de l'œil. Si vraiment frères il y a, on ne peut pas dire que la famille soit très unie.

(G. Lavalée. Au gui l'An Neuf. *Le Concours Médical*, 5 janvier 1936.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 juin 1936

Considérations sur l'épidémie de grippe de 1934-1935. — ***M. E. Joltrain*** après avoir constaté les erreurs qui ont été colportées sur l'épidémie de grippe de 1934-1935, apporte des documents précis sur son évolution et ses analogies avec les épidémies antérieures.

Ce qui rend difficile l'historique c'est qu'on désigne communément sous le nom de grippe toute une série d'affections saisonnières d'origine pneumococcique, qui n'ont aucun rapport avec elle ; les statistiques ne peuvent donc donner que des renseignements incomplets en raison de cet autre fait, que sa déclaration n'est pas obligatoire.

La grippe maladie épidémique et contagieuse confère l'immunité, et l'auteur, par des faits cliniques en apporte des preuves.

Tout ce qui débilite l'organisme, choc émotif, surmenage, restriction alimentaire, favorise les complications secondaires. Le virus grippal agent causal de la grippe met l'organisme en état de réceptivité et rend pathogènes les microbes et le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque et les bacilles de Pfeiffer qui augmentent de virulence qu'en passages successifs d'individu à individu.

L'épidémie de 1934-1935 a bien existé comme le prouvent les contagions, l'atteinte en masse des agglomérations, mais elle n'a pas été très meurtrière, au moins en France, comme celle de 1889 ou 1918. La forme simple fut la plus fréquente, les complications comme la broncho-pneumonie, pleurésies purulentes, atteinte du système nerveux, myocardites et otites furent relativement rares et ne s'observèrent guère qu'au décours de l'épidémie.

Leur nombre d'ailleurs ne diffère pas sensiblement pour les trois années dernières et pour les six premiers mois de 1936.

Les décès par grippe si nombreux en 1918 furent rares en 1935-1936.

Toute une série de médicaments préventifs parmi lesquels la quinine et l'alcool, des mesures d'hygiène, isolement, repos à la chambre et au chaud s'imposent. On ne connaît toujours pas, étant donné l'insuffisance de renseignements actuels sur la nature de ce virus, de médication spécifique sérum ou vaccin. On vaccine seulement contre les complications.

La sérothérapie antistreptococcique et l'anatoxine staphylococcique peuvent rendre service dans les complications.

Toutes les méthodes anti-choc ont pu donner de bons résultats et chaque médecin qui en a observé préconise la sienne.

Il faut enfin prendre garde à ne pas donner au malade trop de médications diverses et intempestives conseillées par son entourage.

Manifestations asthmatiques chez les fourreurs dues à une sensibilisation à la paraphénylènediamine. — ***M. Pasteur Vallery-Radot.*** — Les manifestations du type asthmatique, présentées par les fourreurs, peuvent être dues, à une sensibilisation aux protéines des poils, mais aussi à une sensibilisation aux produits chimiques qui servent à la préparation des fourrures.

Les accidents respiratoires sont beaucoup moins fréquents que les accidents cutanés.

On doit cependant en tenir compte. Il faut, à côté des mesures d'hygiènes vis-à-vis des accidents cutanés possibles : vêtements de travail, gants de caoutchouc, lavage soigneux des mains, etc., tâcher d'éviter les accidents asthmatiques. La bonne aération des ateliers, l'aspiration fréquente des poussières, ne sont cependant pas des mesures toujours suffisantes. Elles doivent, *pour les sujets qui s'avèrent sensibilisés par la voie respiratoire*, être complétées par le port d'un masque durant le travail ; ce masque protège non seulement contre les protéines animales mais aussi contre les différents produits chimiques manipulés.

De la force aspiratrice du cœur et de son importance au point de vue de la pharmacodynamie et de la clinique. — *M. Akil Moukhtar* (d'Istamboul), expose la substance essentielle des expériences qu'il a poursuivies pour vérifier le bien-fondé de la conception d'après laquelle le cœur droit doit être considéré comme une pompe à la fois aspirante et foulante.

Le cœur agit, non seulement pour refouler le sang dans le système artériel, mais encore pour l'attirer des veines caves. Cette dernière fonction, souvent trop négligée par la pharmacodynamie et la clinique, est cependant indiscutable : l'influence de plusieurs substances chimiques sur l'énergie respiratoire du cœur trouve une nouvelle démonstration dans les expériences de l'auteur.

Réaction lumineuse paradoxale de la pupille. — ***M. G. Desbouis.***

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 20 mai 1936

Une jeune malade splanchnodyme. — ***M. Ombrédanne*** relate l'observation d'une fillette de deux ans qui présentait deux orifices vulvaires, deux vagins, et deux anus. un normal et un vulvaire. L'examen radiologique montra l'existence de deux rectums, deux côlons descendants, deux côlons transverses. La filière génitale est également dédoublée de haut en bas. Les observations de ces cas sont exceptionnels, l'auteur en retrouve quelques-unes. Au point de vue embryologique il s'agit d'un phénomène de diplogénèse par inclusion embryonnaire.

Invagination intestinale chez l'adulte. — La première observation (de ***MM. Redon*** et ***Soubrane***) concerne une invagination aiguë iléo-iléale sphacelée chez une adulte. Les auteurs obtinrent une guérison remarquable après une entérectomie de 2 m. 40.

L'autre cas (de *M. Michel Salmon*) a trait à une invagination iléo-colique qui fut traitée par hémicolectomie en plusieurs temps.

M. Brocq insiste sur la différence entre l'invagination iléo-iléale qui, lorsqu'on ne peut la désinvaginer, peut être traitée par la résection immédiate ; et l'invagination iléo-colique qui dans le même cas, doit être réséquée en plusieurs temps sous peine de grave danger.

Un cas d'utérus bicorne unicervical. — *M. Chureau* communique un cas de cette malformation. Il y avait deux cavités utérines séparées par un septum médian et ouvertes toutes deux dans une seule cavité cervicale. (Rapport de M. Basset.)

Fractures du semi-lunaire. — *M. Bousset* (Ploërmel) un cas.

Hallux varus par redoublement. — *M. Raymond Imbert* (Marseille) présente un cas d'hallux varus par existence d'un cunéiforme surnuméraire. (Rapport de Sénèque.)

Métastases consécutives à un cancer du poumon. — *MM. Audibert, Imbert* et *Matteï* (Marseille) ont observé des localisations métastatiques rares après cancer du poumon : nodosités digitales et tumeur sous-cutanée de l'hypocondre droit. L'examen anatomo-pathologique a prouvé la nature néoplasique de ces nodosités. L'autopsie montra une néoplasie primitive du poumon avec métastases secondaires au foie, et aux doigts, cas tout à fait exceptionnel. (Rapport de M. Sénèque.)

Elections d'associés parisiens. — M. Desmarest, M. Banzet, M. Hautefort, M. Barbier, sont élus membres associés parisiens de l'Académie.

Séance du 27 mai 1936

Fracture cervicale. — *M. Michailowsky* (Sofia) a eu l'occasion de soigner un enfant de 6 ans atteint d'une fracture de la 3e vertèbre cervicale sans troubles médullaires, fracture qui fut parfaitement réduite.

M. Sénèque, rapporteur, ajoute deux observations de deux luxations-fractures de la colonne cervicale, graves au point de vue osseux mais n'ayant pas entraîné de troubles médullaires marqués. Dans ces cas il est de règle d'obtenir un résultat favorable. Il n'est pas nécessaire d'ajouter une greffe immédiate pour maintenir la réduction. On la fera plus tard si la radiographie montre une tendance à la récidive de la luxation.

Echinococcose en Bulgarie. — *M. Stoianovitch* (Sofia) apporte quelques chiffres sur le développement de l'échinococcose en Bulgarie, sa localisation par rapport aux différents viscères et les résultats opératoires obtenus. La méthode prophylactique la plus efficace consiste à purger les chiens à intervalles rapprochés.

Le traitement retardé de l'ostéomyélite. — *M. Sorrel* rappelle que les affections staphylococciques font actuellement l'objet de nombreux travaux médicaux et chirurgicaux ayant trait aux nouveaux procédés thérapeutiques préconisés.

L'importance de la phase septicémique de l'ostéomyélite est très grande : il ne faut pas la confondre avec la bactériémie habituelle au début, car la septicémie est le plus souvent entraînée et permise par le foyer ostéomyélitique générateur de microbes.

D'où la nécessité d'évacuer ce foyer. D'autre part le staphylocoque mauvais antigène ne donne lieu à aucune immunité véritable. L'auteur passe en revue les traitements médicaux, vaccination, chimiothérapie, etc.., auxquels il ne peut accorder de confiance. Reste le traitement chirurgical : dans les cas simples l'incision seule du périoste sans aucun délabrement osseux suffit à entraîner la guérison. On observe même des cas graves qu'une simple ouverture d'abcès osseux suffit à améliorer immédiatement. Dans les formes très graves on pourra associer une opération de drainage au traitement médical. En somme l'auteur se montre un partisan certain de l'intervention rapide dans tous les cas habituels, sauf dans les cas septicémiques. La statistique appuie ses idées.

M. Boppe apporte lui aussi une statistique comparable. La mortalité chez le nourrisson, bien que les dégâts osseux soient importants, est minime. Chez lui on pratique toujours des opérations tardives et limitées. Dans les formes de gravité moyenne, M. Boppe a constaté qu'assez souvent l'abstention permet cependant la guérison, mais il est d'autres cas où très certainement l'abstention est dangereuse parce qu'elle n'évite pas l'envahissement articulaire. En somme immobilisation stricte plâtrée du foyer, et si très peu de temps après l'état général semble grave, résection précoce du foyer. Dans les autres cas l'opération aura lieu lorsque le pus sera nettement collecté.

Rétrécissement cardio œsophagien. — *M. Soupault* rapporte une observation de *M. Magnant* (Bordeaux) qui a eu l'occasion d'intervenir pour un méga-œsophage diagnostiqué cliniquement et radiologiquement. L'intervention par voie abdominale montra un rétrécissement de l'œsophage par des fibres du diaphragme. En sectionnant celles-ci et le manchon fibreux périœsophagien l'auteur obtint une amélioration nette du syndrome fonctionnel. Le rapporteur passe en revue les lésions décrites habituellement sous le nom de cardiospasme, mégaœsophage, etc... Ces termes ne comportent pas toujours une signification anatomique précise. Des lésions intrinsèques nombreuses (ulcère gastro-œsophagien, fibrose périmuqueuse, etc...) et des lésions extrinsèques (péritonite plastique, adhérences pleurales, compression par le foie, le pôle supérieur de la rate, etc.) expliquent ces rétrécissements.

Le gros diagnostic différentiel de ces cas est le cancer sous-cardiaque de l'estomac. La radiographie en position de Trendelenburg permet de le reconnaître.

L'intervention est facile et la libération de l'œsophage par voie abdominale sans difficultés.

La cardiotomie extra-muqueuse est suivie de très bons résultats éloignés.

M. Baumgartner a opéré un cas semblable de méga-œsophage. Après une gastrostomie d'urgence, il fit un mois après une cardiotomie extra-muqueuse avec un excellent résultat.

M. Leveuf insiste sur le fait que le résultat fonctionnel peut être parfait alors que la radiographie n'est pas satisfaisante. Il n'est pas certain que la dilatation œsophagienne soit secondaire au rétrécissement et il serait intéressant de voir si radiologiquement l'œsophage redevient normal.

Gastrostomie fonctionnant depuis quarante ans. — *M. Soupault* présente une malade atteinte depuis quarante ans d'une sténose cicatricielle de l'œsophage et qui depuis cette époque se nourrit par une gastrostomie qui a toujours parfaitement fonctionné.

M. Picot et *M. Sorrel* ont observé des exemples analogues.

J. Calvet.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Kyste hydatique du foie révélé par une hémoptysie

MM. D. Olmer, J. Olmer, P. Buisson et P. Battesti (*Com. méd. des B.-du-R.*, février 1936) ont observé un cas de kyste hydatique du foie dans lequel le début apparent s'est fait par une hémoptysie.

Il s'agissait d'une petite fille, qui, en bon état de santé apparente, présenta une hémoptysie de moyenne abondance. Les poumons étaient cliniquement et radiologiquement normaux, la cutiréaction négative. Sur les clichés de profil, on constatait une voussure de l'hémi-diaphragme droit. Une réaction de Casoni pratiquée fut positive ; il existait une légère éosinophilie.

Le diagnostic de kyste hydatique du foie fut porté et confirmé par l'intervention.

Sclérose en plaques et acide ascorbique

MM. Jean Lépine, F. Arloing, A. Morel et A. Josserand (*S. méd. des hôp. de Lyon*, 10 mars 1936) ont employé un sel issu de la combinaison de l'acide déshydrascorbique avec le fer trivalent et le magnésium en injections dans un cas de sclérose en plaques. Il s'agissait d'une malade de 59 ans, atteinte depuis cinq ans et fort impotente, n'ayant présenté jusqu'ici ni rémission spontanée, ni amélioration thérapeutique. Le résultat a été nettement favorable.

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escornillant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, où à vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »
>
> MONTAIGNE

Derniers jours d'Albert Thibaudet. — *Sous ce titre, un article de M. Léon Bopp dans* LA NOUVELLE REVUE FRANÇAISE (1er mai 1936) :

Tout en essayant d'arrêter, par un traitement aux rayons, les progrès de la tumeur qu'il avait à la joue, Albert Thibaudet, avec vaillance, continua à donner ses cours à l'Université de Genève, pendant l'automne et l'hiver derniers jusqu'à la veille du jour où, en février, il entra à la clinique afin d'y subir une opération devenue nécessaire. Celle-ci dura trois heures, et notre ami la supporta sans broncher bien que l'on n'eût pu lui faire qu'une anesthésie locale. Dix jours plus tard, les visites étant autorisées, ceux qui se rendirent à son chevet le trouvèrent déjà au travail, le visage à demi-couvert d'un pansement. Il préparait son édition de Flaubert..... En dépit d'une légère fièvre, il se sentait un peu mieux chaque jour, disait-il, et il faisait le projet de passer sa convalescence dans le Midi. Lorsque les médecins lui permirent de quitter la clinique, il se rendit d'abord à Tournus.

Sans nouvelles de lui pendant quelque temps, ses amis supposèrent que l'amélioration se confirmait, quand on apprit par hasard qu'il était rentré à Genève, revenu à la clinique, un soir tout seul, disant simplement : « Me voici de nouveau ». C'était vers la fin de mars.

Alors, nous comprîmes tous, rien qu'à l'observer en son lit, la figure altérée, qu'il était perdu. « Question de jours », disaient les médecins. Le mal s'étendait vite. Notre ami eut bientôt un côté entièrement paralysé et il était triste de le voir, mouvant son bras gauche à l'aide de sa main droite. Il parlait encore, mais avec difficulté.

. . . .

Il n'avait point d'illusion sur son état : « Je vais disparaître », murmurait-il et, un jour, il dit à une de ses gardes de faire préparer la bière. Ne voulant pas comprendre, la garde s'étonna : « Vraiment, M. Thibaudet, vous voudriez de la bière ? » Il sourit faiblement, à l'équivoque et précisa : «Non, pas celle-là, mais celle pour les grands malades ». Un autre jour, il pria la même garde de lui apporter un grand drap pour sa « dernière promenade ». A un autre moment, son frère, le Docteur Thibaudet, lui ayant parlé de leur vieille mère, on vit la bouche presque paralysée de notre ami comme crispée par un sanglot.

. . . .

Le mercredi 15 avril au soir, on se rendit compte que l'agonie commençait. Le lendemain matin, vers 9 heures, les médecins déclarent que le malade ne vivra pas jusqu'à midi.

« Notre ami a ramené sa main sous son drap. Les yeux sont presque clos, la respiration oppressée, le cœur défaillant. Un peu plus tard, une des gardes qui le soignent nous fait comprendre que, dans quelques minutes, tout sera fini. Et peu avant onze heures, ce sont les ultimes soupirs, espacés, plus courts, puis de nouveau tout à coup profonds, et d'une bouche convulsée.

Enfin, le brusque silence et son visage émacié, définitivement immobile, devient plus paisible que celui de ceux qui l'entourent. »

Scientisme et science. — *Voici les conclusions du livre que M. Jean Fiolle vient de publier sous ce titre* (MERCURE DE FRANCE) :

a) Les Sciences « modernes » diffèrent des sciences qui les ont précédées en ce qu'elles rejettent tout ce qui n'est point soumis à l'observation et à la raison. Elles constituent de ce fait, en opposition aux doctrines anciennes, qui conciliaient des modes d'activité différents, une « spécialité », ou du moins une « spécialisation ».

b) L'essor des Sciences actuelles a été « appelé » par l'affaiblissement de la pensée métaphysique et de l'activité spirituelle en Occident. La Science, liée au développement de l'humanisme dès la Renaissance, a rapidement attiré sur elle ce besoin d'adoration qui est au cœur de l'homme et que la disparition du mysticisme médiéval laissait sans emploi ; elle est ainsi imprégnée de fausse mystique et a donné naissance au Scientisme, c'est-à-dire à une croyance qui lui attribue une grande perfection matérielle et morale, en même temps que le pouvoir d'expliquer toutes les énigmes de l'Univers sans le secours de religions ou de doctrines métaphysiques.

Le machinisme, qui dérive rigoureusement de la Science et qu'on ne peut séparer d'elle, est venu renforcer la foi nouvelle par ses étonnantes réalisations dans l'ordre matériel. Mais ses excès peuvent devenir un danger, même pour la Science qui l'a produit.

c) Bien que l'esprit scientifique ne puisse jamais périr, le sort des Sciences dépendra en grande partie de la forme des sociétés futures. Les démocraties s'efforceront vraisemblablement de favoriser les progrès de la recherche, qu'elles comprennent assez facilement, et qui leur inspire plus de respect que l'art, les lettres la philosophie, surtout en raison des applications pratiques qu'elle comporte. Mais cette exigence de résultats tangibles risquera de faire perdre de vue la connaissance désintéressé, sans laquelle les applications elles-mêmes ne peuvent se renouveler. L'esprit démocratique s'accorde en somme assez bien à l'esprit des Sciences, mais surtout en intension. De plus, les prolétariats ne manqueront pas d'établir une distinction entre les Sciences « utiles » et celles qui ne le sont pas, et de traiter les premières infiniment mieux que les secondes.

Malgré tout, la recherche désintéressée ne peut arriver à disparaître. Ni les bouleversements sociaux, ni les guerres, ni les catastrophes telluriques ne semblent capables d'anéantir tout à fait notre héritage de savoir, que recueilleront toujours les hommes de quelque continent préservé du fléau.

L'esprit scientifique, s'il est à peu près assuré d'échapper à la destruction, est susceptible de subir des déviations : soit qu'il s'avilisse dans la recherche des résultats pratiques, soit qu'il évolue vers une forme plus haute que nous ne pouvons pas prévoir, soit enfin qu'il retourne aux éléments, oubliés aujourd'hui, des « Sciences traditionnelles » dérivant d'une « connaissance » supérieure.

Cette dernière éventualité, qu'on le déplore ou non, est la plus improbable, du moins pour un temps indéterminé. Quant aux deux premières, rien n'empêche qu'elles se réalisent à la fois toutes deux, la Science s'abaissant ici, s'élevant là. Qui prétendra jamais établir le bilan des profits et des pertes ? Ces

variations, qui sont à l'image de la vie, semblent néanmoins assurer à la Science une longue période de bénéfices.

d) Les visées combatives du Scientisme à l'égard des religions et de la physique sont injustifiées et vouées à l'échec. La recherche scientifique s'exerce dans le domaine du relatif et ne saurait viser à l'absolu ; jamais encore elle n'a donné la plus petite preuve de sa puissance à se dépasser ainsi elle-même.

Nous avons, sur ce point capital, pris nettement parti contre le Scientisme, à qui nous dénions le pouvoir d'atteindre ses « buts suprêmes ».

Ce n'est point la attaquer la Science ; c'est même, croyons-nous, exactement le contraire. La fantaisie dans les interprétations, les anticipations hasardées, l'extension arbitraire de nos connaissances objectives à des domaines qui ne sont pas les leurs, provoquent à la longue une défiance dont la Science pourrait avoir bientôt à souffrir injustement : elle a tout intérêt à se débarrasser de la végétation parasite, de préjugés et d'absurdes espoirs qui a prospéré sur elle, et qui souvent nous masque son pur et froid visage.

Une vue sur la médecine en 1802.—*La* REVUE HEBDOMADAIRE *publie, sous le titre : « La Destinée aventureuse d'un médecin rebelle », une vie de S. Hahnemann par M. Gumpert, trad. de R. Pitron. En voici un passage où on trouvera le jugement de l'auteur sur l'état de la médecine au début du XIXe siècle :*

« En Allemagne, les médecins, la main sur le pouls languissant de leurs malades, se livraient aux spéculations philosophiques les plus risquées et les plus confuses. En Angleterre, Brown était toujours au zénith de sa gloire : « Telle est la simplicité à laquelle on a ramené l'art médical qu'un médecin, quand il arrive au chevet d'un malade, n'a que trois questions à tirer au clair. Premièrement, savoir si la maladie est générale ou localisée ; deuxièmement, au cas où elle est générale, si elle est sthénique ou asthénique ; troisièmement, quel degré d'excitation elle représente. « Cela n'empêchait point les sectateurs de Brown d'ordonner de l'opium par livres entières. » Des milliers de malades, écrivait Hufeland, « et parmi eux des jeunes gens représentant les plus belles espérances, furent les victimes de cette rage d'opium. » En Italie triomphait le système de Rasori, le « contrastimolo », la contre-excitation. Rasori traitait la congestion pulmonaire en pompant au malade, en quinze jours, quinze livres de sang et en lui ingérant 220 grains de digitale, jusqu'au jour où enfin la résistance de la nature était vaincue et où la mort mettait le point final au traitement. En France sévissaient, pour longtemps, les fanatiques de la saignée, jusqu'à ce que les massacres d'un Broussais marquassent leur apogée. A la bourse des sangsues, des millions de ces animaux étaient vendus et l'Allemagne devenait le grand marché d'exportation de cette « marchandise ».

« Un médecin décrit ainsi, dans le *Moniteur d'Empire* de 1802, les faits et gestes des praticiens de la saignée : « Chaque semaine ou presque, arrive un misérable barbier ; il publie de porte en porte qu'il y a aujourd'hui une bonne occasion de se faire saigner ; pour avoir son groschen, il enjôle les pauvrts gens avec sa faconde et les voilà qui se laissent soutirer leur meilleure énergie vitale. J'ai connu un de ces individus, qui alignait ses patients sur une seule rangée, et qui leur ouvrait les veines l'un après l'autre d'abord, puis, une fois toutes les veines ouvertes, revenait au premier pour le ligaturer. Le dernier restait avec sa veine ouverte jusqu'au moment où tous étaient ligaturés. Même des syncopes ne pouvaient induire ce bourreau à se départir de son ordre inflexible ».

« Il faut se représenter de tels errements, pour se rendre compte de l'importance de l'œuvre de Hahnemann à ce degré de l'histoire de la science. Cette œuvre grandissait, tandis que l'un des plus compétents docteurs de l'école de Gœttingue, Girtanner, écrivait : « Dans l'épaisse nuit d'Egypte, dans les ténèbres d'ignorance où les médecins tâtonnent, il n'y a pas le moindre rayon de lumière qui pourrait servir à les orienter... Celui qui se sent à même de me montrer une certitude quelconque en médecine, que celui-là me jette la première pierre ! »

« La manie de l'abstraction et la spéculation était dévorante et sans limites. Une sorte de rationalisme romantique enveloppait comme une ivresse la pensée scientifique. Comment ne pas être aveuglé par des phrases pareilles : « L'attouchement donne l'unité du facteur interne et la différenciation du facteur externe » ! Car, depuis plus de quarante ans existait la géniale et révolutionnaire « invention pour découvrir, en frappant du doigt la cage thoracique, les maladies de poitrine cachées ». Le miracle de la percussion, l' « attouchement » des philosophes de la nature, la main du médecin reconnue l'instrument le plus sûr ! Autant dire qu'on ne savait rien. Les quelques savants de valeur qui prirent connaissance de ce grand exploit médical, comme Peter Franck, Reil, Van Swieten, haussèrent les épaules avec dédain. C'est seulement beaucoup plus tard que Corvisart, le médecin particulier de Bonaparte, exhuma ce procédé, désormais inséparable de toute pratique médicale.

« Essayez un peu de vous figurer ce que nous aurions à subir, nous autres médecins d'aujourd'hui, si l'un de nous arrivait jamais à s'émanciper des théorèmes de la médecine présente. C'est inimaginable ! Nous les connaissons ces théorèmes, nous sommes pleins de respect pour eux ; ce serait de notre part hérésie que de les vérifier, tant ils nous semblent exactement fondés et quasi inattaquables, comme les lois de la nature. Mais sont-ils en réalité plus établis que ce qui était article de foi pour les savants d'alors et qui nous paraît aujourd'hui absurde ? Et pourtant, ces savants ont conservé encore maintenant une réputation de valeur, de travail, d'expérience, ils font autorité devant le tribunal de l'histoire de la science ! C'est là un cas clas-

sique de falsification dangereuse de l'histoire : les « héros » de jadis ont beau être depuis longtemps démasqués, reconnus pour des abeilles de l'érudition, mais fourvoyées ou même dévoyées, jamais on n'a révisé le jugement porté sur ce rebelle de Hahnemann, qui, cependant a raison, dans l'essentiel, aujourd'hui encore ! Son époque l'a condamné parce qu'elle ne comprenait pas encore les vérités qu'il annonçait ; notre époque, à nous, le condamne parce qu'elle se cramponne à ses erreurs qui étaient nécessairement celles de son temps. La solidarité professorale le fait apparaître, par delà les siècles, comme un fou, un original.

« Voilà où en était Hahnemann. Sans cesse, il rebâtissait son nid pour le quitter à nouveau, presque aussitôt. Il s'attaqua au torrent intarissable de la maladie : à Machern, d'où le chassa l'officier de santé, à Eilenburg, à Wittenberg, à Dessau. Le sein d'Henriette portait leur neuvième, leur dixième, leur onzième enfant. Il avait cinquante ans, lorsqu'il fit son entrée à Torgau, avec tout le dangereux bagage de l'homme sur le retour, beaucoup d'acquis et peu de bien, sans emploi ni sécurité, avec une pression artérielle trop haute et une innombrable famille...

« Alors, il se donna cinq ans pour atteindre au centre de l'œuvre qui était celle de sa vie, l'*Organon de la médecine rationnelle.* »

L'homme est-il perfectible par une meilleure alimentation ? — *Le Docteur A. Goducheau pose la question et en fait le point dans un article récent sur* « LA QUESTION DU PAIN ET L'ÉVOLUTION MODERNE DE L'ALIMENTATION PUBLIQUE. (*Revue Scientifique*, 23 mai 1936).

« Devant le dernier Congrès des médecins américains, la thèse de la perfectibilité de l'homme, par une meilleure alimentation, a été fortement soutenue par Mc Lester. Celui-ci a cité, entre autres observations, celles de l'anatomiste Parsons de l'Université de Londres, d'après lequel la taille moyenne serait de 1 m. 75 chez les étudiants en médecine anglais, alors qu'elle serait de 1 m. 65 seulement chez les gens du peuple dont l'hygiène et la nutrition sont moins soignées.

« Que l'on compare l'animation qui règne dans les préaux des écoles enfantines, au moment de la sortie des classes, dans nos milieux ouvriers ou paysans pauvres d'une part et dans les quartiers citadins aisés d'autre part, et l'on y observera de sensibles différences, depuis la torpeur jusqu'à la plus bruyante exubérance. Que l'on note en même temps la composition des régimes chez les uns et les autres, et l'on en viendra à penser qu'il existe, au moins, une remarquable coïncidence entre la richesse de l'alimentation en principes d'origine animale et la turbulence des enfants. Les petits paysans de mon école rurale, il y a cinquante ans, avaient moins de propension aux algarades et aux pugilats et montraient dans leurs jeux moins d'ardeur et d'entrain que je n'en vois aujourd'hui chez nos collégiens de ville. Notre régime alimentaire était très différent de celui que l'on donne aujourd'hui aux écoliers français moyens : le matin, nous quittions le hameau pour nous rendre à l'école, après avoir mangé une assiettée de soupe épaisse formée surtout de pain trempé dans un bouillon de légumes légèrement beurré ; nous emportions pour la journée dans notre petit sac, un morceau de pain bis avec un maigre fricot végétal, un bout de lard ou un œuf. Aujourd'hui, notre jeune collégien prend, à son réveil, du chocolat ou du café au lait ; à midi, un plat de viande, etc...

« Tous les anciens coloniaux qui ont vécu autrefois à Madagascar et en Indochine, ont pu voir se modifier en quelques années, des jeunes gens que l'on recrutait pour la marine et pour certains autres emplois et que l'on nourrissait à cette époque au régime européen. Ces individus, qui changeaient leur pauvre alimentation au riz pour la ration militaire française au pain, viande et vin, devenaient plus forts et plus alertes que la moyenne de leurs compatriotes. On constate la même transformation chez les petits Annamites qui viennent passer en France plusieurs années de leur jeunesse.

« On sait que les peuples les plus entreprenants et les plus énergiques sont gros consommateurs de viande et de lait, alors que les mangeurs de riz, les Chinois et les Indiens, qui prennent très peu de viande et de laitages, sont d'une étonnante résignation.

« Ces observations m'ont conduit à proposer, il y a dix ans, de changer le caractère de certaines races indigènes de nos Colonies, par des aliments complémentaires appropriés, afin de stimuler ces bons nègres au travail. (Je me demande, aujourd'hui, après mûre réflexion, s'il n'en résulterait pas, pour eux et pour nous, plus d'inconvénients que d'avantages).

« De la confrontation de ces expériences et de ces constatations, nous sommes autorisés à conclure que l'homme est transformable, entre certaines limites, par l'alimentation.

« Or, nous avons vu, en étudiant la question du pain, que le régime moyen du peuple change et se modernise de plus en plus. Donc, quelques-uns des caractères de l'homme contemporain doivent se modifier parallèlement. L'expérience de l'ours de Liebig se répète, à grande échelle, sous nos yeux, non plus sur un ours, mais bien sur l'espèce humaine et la plus grande partie de la race blanche y participe. Je ne saurais dire si nous en deviendrons meilleurs, moins bons ou plus mauvais. »

La découverte de l'hypérite. — LA NATURE, 1er mai 1936.

Elle est connue depuis fort longtemps. La plupart des auteurs qui ont écrit sur elle font remonter sa découverte à 1859 ou 1860 et l'attribuent à l'Allemand Niemann ou à l'Anglais Guthrie.

En réalité, ainsi que l'établit M. Péronnet dans le *Journal de Pharmacie et de Chimie*, elle a été préparée pour la première fois par le physicien français Despretz en 1822, par action du chlorure de soufre sur l'éthylène, ce savant obtenait « un liquide visqueux, plus fixe que l'eau, difficilement combustible et d'une odeur désagréable ». Cette préparation a été décrite dans un mémoire, encore inédit, intitulé « Des composés triples du chlore » qui a fait l'objet d'un rapport de Thénard à l'Académie des sciences le 30 décembre 1822, publié dans les *Annales de Chimie et de Physique*. Le rapport mentionne très clairement la découverte du produit.

« J'ai la conviction que notre société moderne (car je n'ai pas seulement en vue la France) est allée trop loin dans l'assistance sociale. En infusant au peuple l'idée que cette assistance est de droit elle l'a émasculé. Il m'arrive souvent (comme il doit arriver à tous mes confrères) de voir un couple jeune, bien portant, inscrit au bureau de bienfaisance. Il part dans la vie avec cette dot constituée par la collectivité, n'en sait aucun gré à sa donatrice, modèlera ses besoins et ses appétits sur cette avance qui lui est faite et deviendra un couple de révoltés le jour où la nécessité exigera un effort ou une privation. » (G. LAVALÉE. A propos d'un décret-loi, *Le Concours Médical*, 17 mai 1936.)

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

La Cure de Soleil, par le Docteur A. Rollier (de Leysin). Un vol. in-4 (20 × 26) de 212 pages avec 185 figures : 65 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Comme nul ne l'ignore, le grand mérite de Rollier, dans le traitement des tuberculoses chirurgicales, est d'avoir remplacé l'insolation locale que pratiquaient exclusivement ses prédécesseurs par l'insolation de toute l'enveloppe tégumentaire. C'est aussi par l'association du climat d'altitude à l'héliothérapie totale, d'avoir visé comme but principal le relèvement de l'état général des malades, la complète rénovation de leur organisme.

Dans le monde entier, il a fait école, et chacun prétend aujourd'hui faire de la cure solaire, mais rares sont ceux qui en connaissent bien les principes. C'est l'origine de nombreux accidents ; l'héliothérapie n'est efficace qu'exactement dosée et strictement individualisée. La posologie et la technique des bains de soleil forment donc un des chapitres les plus importants du nouveau livre.

A chacune des localisations de la tuberculose ostéo-articulaire correspond une orthopédie spéciale, minutieusement étudiée et exposée. Les interventions sanglantes en sont, en principe, exclues, comme y sont proscrits les grands appareils plâtrés occlusifs ; ils sont remplacés par des dispositifs de contention et d'extension d'une extrême simplicité, qui rendent accessible au soleil et à l'air la région malade sans jamais entraver la réfection de la musculature.

Merveilleux sont les résultats obtenus. C'est ce qu'apprend le chapitre réservé à leur description ; c'est ce dont témoignent surtout, parmi les 185 figures et les 23 planches qui illustrent l'ouvrage, ces photographies où, par exemple, un pottique, gibbeux et cachectique avant le traitement, apparaît quelques mois plus tard redressé, fortement musclé, resplendissant de santé, méconnaissable. D'autres photographies démontrent avec non moins d'éloquence la solidité des guérisons. Ce sont celles d'une série d'anciens malades dont Rollier a traiter les tout premiers, il y a plus de trente ans.

Il faut toutefois mettre en relief le chapitre le plus neuf du livre, celui sur la cure de travail. Cet adjuvant à la cure de soleil tend à rendre au malade l'équilibre moral non moins troublé que l'équilibre physique par la maladie. Chez les tuberculeux chirurgicaux indigents, la cure de travail, à l'aide d'une réadaptation professionnelle, cherche à résoudre le problème de leur retour, après guérison, dans la société. Elle a pour expression concrète la clinique manufacture internationale de 120 lits, dont la construction fut terminée en 1930.

Divers

Shakespeare et la Folie. *Etude médico-psychologique*, par le Docteur André Adnès. 315 pages (format roman), 18 francs. Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

« Shakespeare, a écrit Régis, est, de tous les grands dramaturges, celui qui a le plus souvent mis en scènes des troubles de la raison, sous toutes les formes et à tous les degrés. On dirait qu'il se complaît dans la peinture de la folie. »

Aussi la littérature psychiatrique sur Shakespeare est-elle déjà considérable. La plupart des écrivains ont considéré Shakespeare en auteur contemporain. Le Docteur André Adnès se place à un point de vue tout différent. Shakespeare, en effet, est avant tout, en psychiatrie, l'émanation de son époque, de l'Europe latine d'alors. Ainsi nous renseigne-t-il sur la conception des maladies mentales dans notre pays au début du XVIIe siècle comme aucun de nos écrivains, même médical, ne l'a fait.

L'existence même des aliénés, mêlés à la société, explique que Shakespeare ait pu s'intéresser particulièrement à eux et les porter, en toute vérité, sur la scène, car le théâtre — Hamlet le dit — est bien « l'épitomé et la brève chronique du temps ».

Le Docteur André Adnès expose les troubles psychiques des personnages de Shakespeare en se référant à la psychiatrie d'alors.

Shakespeare présente des mélancolies (mélancolies simples avec conscience d'Antonio, d'Hamlet, qui de plus simule la folie, mélancolie anxieuse de Constance, mélancolie stuporeuse de Périclès) ; — des « manies » (celle d'Ophélia, démente précoce, celle de Lear, dément sénile) ; — des délires fébriles (morts du Roi Jean et de Falstaff) ; — un délire de possession (celui d'Edgar, le simulateur).

Il a peint un accès de somnambulisme naturel (celui de Lady Macbeth), des crises d'épilepsie (celles de Jules César et d'Othello). Il a admirablement analysé les états passionnels (crime passionnel d'Othello, délire de jalousie de Léontes). Il a vu les ivresses ordinaires et excito-motrices (témoin celle de Cassio, et perçu l'état mental de l'alcoolique chronique (Falstaff et la nourrice de Juliette).

Ecrivain de théâtre, il nous montre le criminel poursuivi par le remords, halluciné, (le cardinal Beaufort et Macbeth, Brutus) et, en face, dresse Richard III atteint de perversions instinctives.

Il nous met encore au courant du traitement médical et du « traitement » religieux (l'exorcisme).

Un chapitre nous renseigne sur les sources littéraires où puisa Shakespeare.

Un autre trace un large tableau de la folie dans le théâtre élisabethain.

Les *Sonnets* — la seule œuvre autobiographique de Shakespeare, et dans laquelle il révèle des tendances homosexuelles indéniables — sont encore analysés et les multiples controverses que leur « problème » fit naître sont exposées en détail.

Enfin, le livre se termine par une bibliographie qui groupe plus de 160 titres ; l'aperçu d'ensemble qui la précède en rend le dépouillement facile au lecteur.

Les Livres de la semaine

Bosviel, Dufau, Razet et Toraude. — **Législation française des substances vénéneuses.** 452 p. Br. : 50 fr. (Vigot).

Dalbiez (Roland). — **La méthode psychanalytique et la doctrine freudienne.** T. I. *Exposé.* T. II. *Discussion.* Bibl. de philosophie médicale. In-8. 656-528 p. Br. ens. 100 fr. (Desclée de Brouwer et Cie).

Dufour (Dr Y.) et Dhaudroy (P.). — **La femme devant la conception.** 80 p. Br. : 12 fr. (P. Dhaudroy).

Iankelevitch (Dr Jacques). — **Le chimisme des divisions cellulaires. L'agent et le mécanisme de la production du cancer (Processus-Immunité-Cancer).** 210 p. Br. : 50 fr. (Vigot).

Murat (Jean). — **Restauration du pouce par pollicisation.** 101 p. 12 fig. Br. : 20 fr. (Vigot).

Neveu-Lemaire (M.). — **Traité d'helminthologie médicale et vétérinaire.** 1.522 p., 787 fig. Br. : 175 fr. Rel. : 190 fr. (Vigot).

Prévost (Henry). — **Manuel de Zootechnie appliquée.** 80 p., 75 fig. Br. : 18 fr. (Vigot).

Spitz (Dr G.-R.). — **Diagnostic et pronostic radiologiques de quelques membres chez le cheval de course.** 64 p. 29 pl. Br. : 15 fr. (Vigot).

Squelette (le), face antérieure, face postérieure. Planches anatomiques de l'homme dessinées par A. Moreau. Prix : 25 fr. (Maloine).

Travaux du laboratoire de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye. T. II. (25 16). Br. : 80 fr. (Vigot).

Tribalet (Dr Jacques). — **Histoire médicale de Chartres jusqu'au XIIe siècle sur un texte inédit chartrain du Xe siècle.** 156. p. 6 fig. Br. : 30 fr. (Vigot).

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 24 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 13 JUIN 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V°
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

Travaux originaux
E. DUROUX : Le cancer et la chimie 985

Clinique médicale
M. LOEPER : Sur l'ictère catarrhal 986

Clinique chirurgicale
J. GUYOT : Sur deux malades atteints d'abcès froids thoraciques 994

Médecine scolaire
Ch. RICHET : L'examen de bonne santé doit être une des épreuves du baccalauréat 998

Ophtalmologie
A. FAVORY : Les verres de contact 1003

Pratique radiologique, par ORDIONI. 1004

Revue de Presse départementale et coloniale, par J. LAFONT......... 1007

Sociétés savantes
Académie de Médecine............ 1011
Société Médicale des Hôpitaux.. ... 1011

Notes cliniques et thérapeutiques. 1016
Les médicaments nouveaux 1019
Thérapeutique spécialisée.......... 1019
Nouvelles 979
Echos et Glanures 1020
Bibliographie 1022

Supplément illustré
E. PALLASSE : Les Saints Médecins.
Larrey et le rétablissement de l'Académie de chirurgie. — Un écho de l'agrégation de 1823. — Morel de Rubempré. — Une caricature de Lisfranc.





NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.— *Thèses.*— 8 juin. — M. Legros. Signe de la contraction permanente de l'utérus comme diagnostic précoce de l'appendicite au cours de la gestation. — M. Corlay. Etude des hernies diaphragmatiques droites congénitales. — M. Heraud Izmirlian. Remarques sur la thérapeutique de la gestation éctopique jeune. — M. Silbermann. Principales voies d'abord des suppurations pelviennes chez la femme. — M. Horovitz. Fragilité osseuse congénitale. — M. Kasvoin. Etude des médicaments camphrés. — M. Eck. Les paralysies diphtériques. — M. Friedmann. Le rôle du système neuro-végétatif dans les réactions d'hypersensibilité.

9 juin. — M. Avramoff. Etude des ostéites tuberculeuses du calcanéum chez l'adulte. — M. Mabin. Traitement de l'épithélioma lingual au centre anticancéreux de Rennes. — M. Bertin. Etude de l'inondation péritonéale dans les chorio-épithéliomes. — Mlle Stanculescu. Etude des résultats éloignés de la césarienne suprasymphysaire. — M. Lusztig. Etude de la chimiothérapie des méningites otogènes à streptocoques. — Mlle Kohan. Elargissement de la responsabilité médicale depuis l'emploi des agents physiques dans l'art de guérir. — M. Morel. Les localisations méningées du Breumo-Bacille de Friedlander. — M. Sufrin. Traitement de la syphilis congénitale chez l'enfant par le bismuth.

10 juin. — M. Zahler. Technique du tubage duodénal insipide. — Mme Schrameck. La maladie hémolytique. — M. Daniel. L'intoxication par le phosphore. — M. Epifanié. Etude de la conservation des cadavres. — M. Moscovici. La désinfection des appareils téléphoniques.

13 juin. — M. Garelly. Etude de la créosote dans les affections broncho-pulmonaires aiguës. — Mme Moncorgé. L'asthme chez l'enfant. — M. Seigler. Etude du rhumatisme chronique post-scarlatineux. — M. Chuwey. Etude de l'exhibitionnisme. — M. Pelletier. Etude de l'acrodermatite continue de Hallopeau. Importance des lésions osseuses. — M. Runes Montz. Manifestations gastriques de l'urticaire.

— *Concours pour le clinicat.* — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, pour les clinicats suivants :

Places mises au concours : Lundi 29 juin 1936, à 9 heures : Clinicat des maladies nerveuses : titulaires, sans indemnité, 2 ; — Clinicat des maladies mentales et de l'encéphale : titulaires, avec indemnité, 2 ; sans indemnité, 2 ; — Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : titulaires, avec indemnité, 1 ; sans indemnité, 2.

Mercredi 1er juillet, à 9 heures : Clinicat ophtalmologique : titulaire, avec indemnité, 1 ; adjoint, 1.

Vendredi 3 juillet, à 8 h. 30 : Clinicat des maladies des enfants: titulaires, avec indemnité, 1 ; sans indemnité, 1 ; — Clinicat de la première enfance : titulaire, sans indemnité, 1 ;— Clinicat des maladies infectieuses : titulaires, avec indemnité, 1 ; sans indemnité, 1 ; adjoints, 2.

Mercredi 8 juillet, à 9 heures : Clinicat médical: titulaires, avec indemnité, 1 ; sans indemnité, 7 ; — Clinicat médical propédeutique : titulaires, sans indemnité, 3 ; — Clinicat thérapeutique médical : titulaires, sans indemnité, 3 ; — Clinicat de la tuberculose : titulaires, avec indemnité, 1 ; sans indemnité, 3.

Vendredi 10 juillet, à 9 heures : Clinicat chirurgical : titulaires, avec indemnité, 2 ; sans indemnité, 6 ; — Clinicat thérapeutique chirurgical : titulaire, sans indemnité, 1.

Conditions du concours : Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de 14 à 16 heures, jusqu'au jeudi 25 juin inclus. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Faculté de médecine d'Alger. — M. Courrier, professeur sans chaire, est nommé professeur d'histologie et embryologie

Faculté de médecine de Marseille. — M. Beltrami, chargé de cours, est nommé professeur sans chaire.

Faculté de médecine de Nancy.— M. le Professeur agrégé André Binet est nommé professeur sans chaire.

Académie royale de médecine de Belgique. — M. le Professeur Portmann, sénateur de la Gironde, vient d'être élu membre de l'Académie royale de médecine de Belgique.

XXIVe Congrès français de médecine. — Ce Congrès se tiendra à Paris du lundi 12 au mercredi 14 octobre 1936, sous la présidence de M. le Professeur Marcel Labbé.

Programme scientifique. — Trois questions feront l'objet des travaux du Congrès : 1° *Les méningites aiguës curables* ; 2° *les syndromes parathyroïdiens* ; 3° *les médications du sympathique.*

La séance solennelle d'ouverture se tiendra au Grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, le lundi 12 octobre à 9 h. 30 du matin, sous la présidence de M. le ministre de l'Education nationale. — Les autres séances auront lieu les matins à 9 h. 30, les après-midi à 3 heures, à la Faculté.

Lundi 12 octobre, à 10 h. 30. Rapports sur la première question : *Méningites aiguës curables.* — Rapporteurs : M. Roch (Genève) : Les méningites aiguës curables de l'adulte. — MM. Lesné (Paris) et Boquien : Les méningites aiguës curables de l'enfant. — M. R. Cruchet (Bordeaux) : La méningite tuberculeuse est-elle curable ?

Lundi 12 octobre, à 15 heures : Discussion des rapports et communications sur la première question.

Mardi 13 octobre, à 9 h. 30 : Rapport sur la deuxième question : *Les syndromes parathyroïdiens.* Rapporteur . M. Snapper (Amsterdam) : Du rôle des parathyroïdes dans la pathologie des os. — MM. Bérard et M. Henry (Lyon). La tétanie parathyréoprive. — M. Coryn (Bruxelles) : Du rôle des glandes endocrines (parathyroïdes exceptées) dans la pathologie des os.

Mardi 13 octobre, à 15 heures : Discussion des rapports et communications sur la deuxième question.

Mercredi 14 octobre, à 9 h. 30. Rapport sur la troisième question : *Les médications du sympathique.* Rapporteurs : Mlle Jeanne-Lévy et M. Justin-Besançon (Paris) : Les médicaments sympathicolytiques. — M. Wangermez (Bordeaux) : Physiothérapie du sympathique. — MM. Gouin et Bienvenue (Brest) : Radiothérapie du sympathique. — M. Laignel-Lavastine (Paris) : Traitement médical des sympathiques abdominales (pelvis exclus). — M. E. May (Paris) : Traitement médical des troubles neuro-végétatifs diffus d'origine non endocrinienne.

Mercredi 14 octobre, à 15 heures : Discussion des rapports et communications sur la troisième question.

Programme des réceptions. — Lundi 12 octobre, Séance d'ouverture à 9 h. 30 : Faculté de Médecine, sous la présidence de M. le ministre de l'Education nationale. — Mardi 13 octobre, à 17 heures : Réception à l'Hôtel de Ville offerte aux congressistes et à leur famille par M. le Président du Conseil municipal (audition musicale). — Mardi 13 octobre, à 21 h. 30 : Réception offerte par M. le Président du Congrès. — Mercredi 14 octobre, à 20 heures : Banquet par souscription.

Un Comité des Dames s'occupera des familles des Congressistes et s'efforcera de leur organiser un emploi du temps agréable.

Excursions. — Pendant les jours qui suivent le Congrès, des excursions et visites seront organisées.

Renseignements, voyages, logements. — Un bureau de renseignements est dès maintenant organisé pour donner de vive voix et par correspondance toutes les indications utiles aux congressistes, régulièrement inscrits. Ce service a été confié au Bureau des voyages pratiques Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris (Ier).

Pendant la durée du Congrès, le Bureau du tourisme assurera pour les passeports un service spécial de visas. Le change de toutes les monnaies aux cours normaux.

Les Compagnies de chemins de fer français accordent le demi-tarif sur leurs réseaux aux congressistes ; ceux qui désirent en profiter sont priés de s'adresser au trésorier, M. G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Une liste d'hôtels de Paris avec l'indication de leurs prix sera envoyée aux congressistes par le Bureau Exprinter.

Secrétariat. — Le secrétariat du Congrès se tiendra à la Faculté de médecine, salle Béclard, rue de l'Ecole-de-Médecine, où les congressistes pourront retirer les enveloppes contenant les invitations et les documents divers ainsi que la correspondance les concernant.

Le Bureau du Congrès est ainsi composé : *Président* : M. le Professeur Marcel Labbé, 158, rue de Rivoli, Paris (Ier). — *Vice-présidents* : M. le Professeur Antoin Clerc ; M. le médecin général inspecteur Rouvillois M. le médecin général Oudard. — *Secrétaire général* : M. le Professeur Harvier, 1, rue du Bac, Paris (VIIe). — *Secrétaires adjoints* : M. R. Boulin, 47, rue de Courcelles, Paris (VIIIe) et M. Justin-Besançon, 2, rue Guynemer, Paris (VIe). — *Trésoriers* : M. D. Troisier, 32, rue Jouvenet, Paris (XVIe) et M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'Ordre de la Légion d'honneur :

Marine. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin en chef de 1re classe de réserve Le Coniac de la Longraye.

Travail. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Elie Moreau (Le Mans).

Pensions. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Besse (M. F. M.), siège au Tribunal des pensions.

Commerce. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Vignal (de Périgueux).

Promotion des expositions. — *A la dignité de grand officier* — M. Jean Faure, président de l'Union intersyndicale des fabricants de produits pharmaceutiques.

Au grade d'officier. — M. le Docteur Georges Baillière, éditeur à Paris.

M. Bertaut, vice-président de la Chambre syndicale des produits pharmaceutiques à Paris.

Au grade de chevalier. — M. Montagu, secrétaire général de l'Union intersyndicale des fabricants de produits pharmaceutiques.

Médaille d'honneur de l'Assistance publique. — *Médaille d'or.* — MM. Bernard, Duvernoy, Maréchal, Thibault, à Besançon.

Médaille d'argent. — MM. Larue, au Russey ; Lecoq, à Besançon ; Bachy, à Saint-Quentin.

Médaille de bronze. — M. Tancelin, à Paris.

Médaille d'honneur des épidémies. — La médaille d'honneur des épidémies en argent a été décernée à M. le Docteur Louet, médecin à Beauvais (Oise), pour affection contractée dans l'exercice de sa profession.

Maladies contagieuses soumises à la déclaration. — Le *Journal officiel* du 30 mai a publié la liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions de la loi du 15 février 1902 et du décret-loi du 30 octobre 1935.

Première partie. — Maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires :

1° La fièvre typhoïde et les fièvres paratyphoïdes ; 2° Le typhus exanthématique ; 3° La variole ; 4° La scarlatine ; 5° La rougeole ; 6° La diphtérie ; 7° La suette miliaire ; 8° Le choléra ; 9° La peste ; 10° La fièvre jaune ; 11° Les dysenteries amibienne et bacillaire ; 12° Les infections puerpérales ; 13° La méningite cérébro-spinale ; 14° La poliomyélite aiguë ; 15° Le trachome ; 16° Les fièvres ondulantes ; 17° La lèpre ; 18° La spirochétose ictéro-hémorragique.

Deuxième partie. — Maladies pour lesquelles la déclaration est facultative :

A. Tuberculose pulmonaire ; B. Coqueluche ; C. Grippe ; D. Pneumonie et broncho-pneumonie ; E. Erysipèle ; F. Oreillons ; G. Teigne.

Les maladies à déclaration obligatoire (première partie) doivent donner lieu :

1° A la désinfection, dite continue, pendant leur cours ;

2° A la désinfection, dite totale, après transport, guérison ou décès.

Toutefois, à moins que le médecin ne le recommande expressément, la désinfection totale ou terminale n'est pas requise pour la rougeole, la méningite cérébro-spinale, la poliomyélite, le trachome, la lèpre et la spirochétose hémorragique.

La lettre C ou la lettre T inscrite sur le carnet de déclaration, à la suite du nom de chaque maladie, indique le mode de désinfection exigé (C pour la désinfection en cours, assurée par la famille sous la direction du médecin, T pour la désinfection terminale effectuée par les services publics).

Pour les maladies à déclaration facultative (deuxième partie), il est procédé à la désinfection après entente avec les intéressés, soit sur les déclarations visées à l'article 1er du décret-loi du 30 octobre 1935, soit à la demande des familles, des chefs des collectivités publiques ou privées, des administrations hospitalières ou des bureaux d'assistance, sans préjudice de toutes autres mesures prophylactiques prévues par le règlement sanitaire départemental.

Clinique des Quinze-Vingts. — MM. les Docteurs Rollin et Laignier, chefs de clinique adjoints, sont nommés, après con-

cours, chefs de clinique en remplacement de MM. les Docteurs Tillé et Bernard.

Union thérapeutique. (*Association internationale fondée en 1934.*) — L'Assemblée générale annuelle de l'Union thérapeutique, présidée par M. le Prof. Loeper se tiendra le mercredi 14 octobre prochain à la Faculté de médecine de Paris.

La séance du matin aura lieu à 9 heures (salle du Conseil). Les questions suivantes seront traitées : L'organisation du contrôle des médicaments par M. le Prof. DAUTREBANDE (de Liége) ; La thérapeutique diétético-insulinique dans le diabète sucré par M. le Prof. LUIGI ZOZA (de Milan) ; L'acide ascorbique, bases biologiques et cliniques de ses médications thérapeutiques, par M. le Prof. MOURIQUAND (de Lyon) et A. CŒUR ; Les méthodes de réanimation, par M. le Prof. agr. CORDIER ; La pyrothérapie dans les complications médicales de la blennorragie par M. le Prof. agr. Charles RICHET et H. FACQUET ; Le traitement chirurgical de l'asystolie par thyroïdectomie totale par MM. WELTI, chirurgien des hôpitaux de Paris et Roland LEVEN.

Dans l'après-midi, à 15 heures, se tiendra la séance plénière de l'Union et de la Société de thérapeutique de Paris (amphithéâtre Vulpian). La question mise à l'ordre du jour est le traitement des migraines. Les rapports seront les suivants : Traitement endocrinien, par M. le Prof. MARANON (de Madrid) ; Spasmes vasculaires et importance de la thérapeutique antispasmodique par M. le Prof. PARHON (de Bucarest) ; Médications hépatiques, par M. le Prof. AUBERTIN (de Bordeaux) ; Traitements par les méthodes de modification humorale, par MM. les Prof. agr. Pasteur VALLÉRY-RADOT, HAGUENEAU et M. le Docteur HAMBURGER.

Les demandes d'adhésion à l'Union thérapeutique doivent être adressées au secrétaire général : Docteur G. Leven, 24, rue de Téhéran, Paris (VIIIe).

Des billets de chemin de fer à tarif réduit seront délivrés aux membres de l'Union qui les demanderont au secrétaire avant le 15 septembre. Les membres étrangers voudront bien indiquer la gare frontière d'entrée en France.

Un banquet par souscription auquel les dames sont invitées à prendre part aura lieu le même soir.

IVe Congrès de la Presse médicale latine. (Venise, 29 septembre, 3 octobre 1936.) — Nous rappelons à nos lecteurs que le IVe Congrès de la Presse Médicale Latine aura lieu à Venise, du mardi 29 septembre au samedi 3 octobre 1396, sous le haut patronage de S. E. Monsieur le Ministre de l'Education nationale d'Italie et sous la présidence du Sénateur Professeur D. Giordano.

Le Comité de patronage du Congrès comprend, à côté de S. A. R. le Prince Ferdinand de Savoie, duc de Gênes, les plus hautes autorités politiques, administratives et scientifiques d'Italie et, en particulier, de la Province de Venise.

Les séances de travail du Congrès comportent trois questions :

1° *Histoire de la Presse médicale dans les Pays latins.* — Rapporteurs : Prof. TRICOT-ROYER (Louvain), Docteur E. NOGUERA (Madrid), Prof. LAIGNEL-LAVASTINE et LÉVY-VALENSI (Paris), Prof. RONDOPOULOS (Athènes), Prof. PAZZINI (Rome), Prof. DA SILVA CARVALHO (Lisbonne), Prof. V. BOLOGA (Cluj).

2° *Influence sociale de la Presse médicale.* — Rapporteurs : Prof. A. LE SAGE (Montréal), Docteur T. OLIARO (Turin), Docteur J.-B. PEREIRA (Rio de Janeiro).

3° *L'enseignement médical et la pratique médicale dans les Pays latins.* — Rapporteurs : Prof. HARTMANN (Paris), Prof. PEREZ (Rome), Prof. DANIÉLOPOLU et PAVEL (Bucarest), X... (Madrid).

En dehors des séances de travail, le Congrès comportera : des conférences des Professeurs Maurice Loeper (de Paris), Nicola Pende (de Rome), A. Castiglioni (de Padoue) ; une excursion aux îles de la Lagune de Venise, offerte par la Municipalité de Venise ; un concert de la « Banda Citadina » sur la place Saint-Marc, avec illumination de la Basilique et du Campanile ; une visite de l'hôpital marin, au Lido ; une excursion de deux jours en autocars, à Aquileia, Trieste, Abbazia, aux Grottes de Postumia, etc., avec visite des champs de bataille de la guerre de 1917-1918 ; une réception offerte par le président du Congrès à l'hôpital Danieli ; un banquet, etc...

Tous les médecins des Pays latins peuvent assister au Congrès, ainsi que les personnes de leur famille.

La cotisation est fixée à 80 lire, ou 100 francs français, pour les membres titulaires (directeurs, rédacteurs en chef ou délégués officiels d'un périodique médical), et à 40 lire, ou 50 francs français, pour les membres adhérents (journalistes médicaux, médecins non-journalistes, personnes accompagnant les congressistes).

Le secrétaire du Congrès est le Professeur Saraval, hôpital civil à Venise.

Les adhésions peuvent lui être adressées directement ; elles peuvent l'être également pour les congressistes non-italiens, au Docteur M. Pierra, secrétaire général de la Fédération de la Presse médicale latine, « L'Hermitage », Luxeuil (Haute-Saône), ou à M. Robert Gardette, secrétaire administratif de la Fédération, 23, rue du Cherche-Midi, Paris.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifique). — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de pratique courante), en dix leçons, par M. le Docteur J.-C. Rudler, prosecteur, commencera le lundi 15 juin 1936, à 14 heures et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 250 francs.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve). Un deuxième et même cours, en dix leçons, commencera le 29 juin 1936.

IL Y A CENT ANS

JUIN 1836. Statistique pharmaceutique. — *Il résulte des recherches faites dans un très grand nombre de départements qu'il y a à peu près 2.500 habitants pour chaque pharmacie, ce qui, en portant la population de la France à 32.560.934 habitants, donne environ 13.000 pharmaciens qui auraient à se diviser le produit de 82.125.000 francs, somme qui, d'après les recherches de M. Dupin représente la consommation totale actuelle des médicaments. Mais comme les officiers de santé, les hospices, les sœurs, etc., vendent ou emploient au moins un tiers de ces médicaments, le chiffre net pour les 13.000 pharmaciens doit être réduit à 54.750.000 francs ce qui fait pour chaque pharmacien une recette moyenne d'à peu près 4.000 francs, de laquelle il faut déduire le tiers pour l'achat des drogues. Reste environ 2.600 francs sur lesquels il doit prélever son loyer, ses impôts, l'éclairage et les frais divers.*

TRAVAUX ORIGINAUX

Le cancer et la chimie

Par le Docteur E. DUROUX
Professeur agrégé de la Faculté de Lyon

Ainsi que nous l'exposions ici-même il y a trois ans (1) l'étude des applications chimiques dans le cancer représente un tel ensemble de faits, de constatations, d'échecs ou de succès qu'il peut paraître prétentieux ou décevant de les réunir ou d'en dégager quelques conclusions utiles. Ce n'est donc pas sous forme de memorandum chimique que nous voulons envisager aujourd'hui cette question si complexe, mais bien plutôt dans le mode de l'application chimique, qu'il s'agisse de méthodes locales (applications *in situ,* injections tumorales ou péritumorales, ionisation) ou de méthodes générales (absorption de substances, injections intraveineuses ou intramusculaires de produits).

Actuellement, on peut dire qu'à côté d'échecs, hélas trop nombreux, tous les chercheurs n'obtiennent pas que des essais totalement infructueux. Ce sont parfois des modifications intéressantes de la tumeur qui subit une régression, une atténuation des douleurs de compression, des hémorragies, etc.

Encouragé par ces résultats, on prolonge l'action du médicament chimique, et c'est alors qu'on s'aperçoit brusquement de l'inactivité du traitement mis en œuvre.

On a pensé qu'au lieu d'avoir recours à un seul cancéricide, il serait peut-être mieux de les grouper en un complexe comprenant par exemple le plomb, le cuivre, le magnésium, le sélénium, etc... Dans ces conditions on obtient parfois une amélioration des symptômes, mais on s'aperçoit également bientôt que cette amélioration n'est pas durable. L'action chimique cesse à un moment donné. Il nous semble donc que c'est à l'association successive, si l'on peut dire, des éléments chimiques favorables connus, que l'on devrait s'adresser pour provoquer une réaction efficace et la maintenir.

Ce n'est pas sur une connaissance récente de la question que nous nous basons pour écrire ces lignes, mais sur une expérience déjà ancienne. Avant Blair-Bell, dès 1921, j'eus l'idée première d'utiliser le plomb colloïdal dans les néoplasies malignes (voir Le traitement du cancer par le plomb. Etat actuel de la question par Dalimier. *Le Progrès Médical,* 9 avril 1932) et c'est à l'exagération de l'auteur de Liverpool qu'il faut attribuer le ralentissement de la question. Blair-Bell disait obtenir 23 % de guérisons de cancers incurables ! En réalité tous les chirurgiens qui ont employé le plomb pour leurs cancers inopérables savent bien que de pareilles guérisons ne sont pas obtenues. Dans de nombreuses publications sur ce sujet, nous avons signalé personnellement des modifications favorables dans l'apparence et la consistance des tumeurs, la suspension des hémorragies graves et tenaces, et quelquefois un arrêt d'évolution de plus ou moins longue durée. Nous voulons seulement insister aujourd'hui sur les résultats obtenus par les associations du plomb et les associations chimiques en général.

Le premier cas, intéressant sur ce point, est celui d'un homme porteur d'une tumeur néoplasique ulcérée du bord latéral droit de la langue avec infiltration du pilier et grosse adénopathie sous-maxillaire. Ce malade fut tout d'abord soumis à l'action du plomb seul par l'intermédiaire de lames de plomb ayant reçu pendant de longues années l'insolation. On avait pensé un moment que l'action solaire renforcerait les émanations plombiques. C'est pourquoi dans le cas particulier on avait utilisé des fragments de plomb, moulés pour l'emploi, sur la surface ulcéreuse, et qui avaient pour provenance le revêtement d'une toiture d'une maison méridionale. Ces applications quotidiennes étaient répétées sur une durée d'une demi-heure à trois quarts d'heure. Une amélioration se produisit assez rapidement du côté des écoulements sanieux, des hémorragies et de l'induration. A ce moment, délaissant le plomb local, on procéda à des injections intramusculaires avec des dérivés du plomb. Aucun résultat. On eut recours ensuite à des injections contenant un mélange de nickel et de cobalt. Une amélioration très nette se produisit au niveau de la masse ganglionnaire qui accusa une régression importante.

Croyant à tort que ce succès tangible tenait à l'emploi primitif des sels de plomb, on reprend le traitement par le plomb. La suspension de la « courbe guérison » se produit aussitôt, et l'évolution reprend de ce jour sa marche fatale.

Dans une seconde observation de récidive de cancer du sein inopérable, nous utilisons des injections péritumorales et intratumorales d'acétate de plomb. Une diminution de la tumeur se produit, puis un arrêt. Nous continuons avec des sels de nickel et de cobalt, et chaque fois nous obtenons une régression sensible. Pour compléter cette association, nous recourons à un métal de la même série, le fer, et les avantages acquis sont rapidement perdus : les bourgeons cancéreux qui s'étaient affaissés et rétractés deviennent turgescents, exubérants, et en peu de jours reconstituent la masse tumorale primitive. Ainsi, les associations chimiques ne sont pas toutes favorables.

De notre expérience personnelle, il nous semble que les associations : plomb-bismuth, plomb et mésothorium, plomb colloïdal et bromure de radium, plomb nickel cobalt, cuivre, argent, surtout sont nettement actives. Le potassium et le fer nous paraissent « cancérigènes ».

Restent les autres éléments chimiques bien connus : arsenic, cuivre, sélénium, magnésium, et certains un peu moins comme le baryum le calcium et le silicium qui chez l'animal ont donné des résultats intéressants.

Mais de même, avec tous ces produits, des résultats d'améliorations indiscutables ont été publiés, sans qu'on puisse affirmer *réellement une guérison vraie* ; malgré l'autorité de leurs expérimentateurs principaux : Wassermann, Thiroloix, Lancien, Netter et Gascuel pour le sélénium, Gamet, Gaube du Gers, Lœb pour le cuivre, Fonsagrive, Dubard et Voisenet, Delbet pour le magnésium. Serait-ce déclarer la faillite de la chimiothérapie dans le cancer ? Pourtant des associations chimiques ont été utilisées par ces mêmes auteurs, par de nombreux autres et plus récemment encore avec l'acide ascorbique (Arloing, Morel, Josserand), sans oublier les traitements anciens à l'arsenic sous forme de pilules de Gerbier, de liqueur de Fowler, de cacodylate ; à l'iode, à la quinine (Jaboulay), à la choline, à la trypsine, aux couleurs d'aniline, violet de méthyle, bleu de méthylène ; au formol, à l'alcool, au mercure, au brome, à l'or, etc.

D'une façon générale tous les chercheurs ont remarqué comme nous-même pour le plomb, la *suractivation* due à l'association : comme par exemple le magnésium avec le calcium, le manganèse et le silicium, le magnésium et les ferments (de Backer); le cuivre et le magnésium; oléate

(1) La chimiothérapie du cancer. *Progrès Médical,* 9 janv. 1933. Duroux.

de cuivre et de magnésium (Drouet), le plomb et la vitamine C, etc... Cette suractivation ne repose probablement que sur une apparence ; c'est sans doute la mise en jeu du nouveau produit qui intervient seul.

En éliminant d'après nous, le potassium, et le fer dont nous avons également démontré de plusieurs façons le rôle nuisible (*Progrès Médical*, 23 février 1935), les autres produits le plomb, le cuivre, le sélénium, le nickel, le cobalt, etc., paraissent devoir être conservés dans leur emploi en association, mais moins en combinaison que dans un ordre *successif*. Ces considérations se rapprochent des conclusions formulées dans un autre domaine par Vernes dans son remarquable article du *Siècle Médical* « Comment la syphilis maladie incurable est devenue la tréponémie maladie curable. (*Siècle Médical*, 15 mai 1936) ». Pour Vernes on doit par des prises de sang rapprochées et par le graphique d'une méthode photométrique mettant en évidence l'efficacité des diverses médications chimiques, utiliser par relais ce qui fait descendre la courbe, et exclure ce qui la fait remonter « pendant un temps limité pour ne pas aller jusqu'à l'accoutumance ». D'après ce qui se passe pour la syphilis on ne doit pas faire « de trous dans le traitement » car l'arrêt est pour le germe infectieux « la trêve providentielle qui peut le rendre invulnérable ». Ainsi chez une femme de 36 ans le traitement antisyphilitique : cyanure de mercure, bismuth, acétylarsan, fait descendre rapidement la courbe de 140 à 3°. Ce traitement est interrompu six mois. Au retour de la malade, les effets antérieurs des médicaments précités ne se produisent plus, et la courbe de 75° remonte à 150. On devrait donc sans interruption rechercher les médicaments chimiques qui agissent pour arriver suivant l'expression du même auteur à dominer la maladie pendant un temps suffisant pour l'éteindre.

Par comparaison avec le cancer, Vernes relate l'observation d'une malade atteinte de récidive abdominale de cancer du sein et il nous la montre d'après le graphique « du degré photométrique » des diverses médications employées : sélénium, cuivre, plomb colloïdal, passant de 358° au chiffre le plus bas obtenu 81° ; sous l'influence du plomb colloïdal.

Il est à souhaiter que cette méthode vienne encourager les recherches actuellement si pleines de lassitude peut-on dire. Les constatations d'ordre clinique seul, que j'ai enregistrées, témoignent en faveur de l'alternance favorable des médicaments chimiques dans le traitement du cancer.

Les meilleurs résultats obtenus personnellement sont, en effet, les associations plomb-bismuth, nickel, dans deux cas de cancers ulcérés de la main et du cou. Actuellement, je déclare en particulier une amélioration très sensible dans un cancer de l'œsophage avec l'emploi successif et alterné de bromure de radium, de plomb, d'or, de plomb, de bismuth, de cupro-nickel, de plomb, d'or, de bismuth, d'argent, de cupro-nickel, de plomb, par piqûres intra-musculaires journalières et sans interruption.

Les colloïdes métalliques ou métalloïdiques, ont, comme on sait, une charge électrique particulière. D'autre part, les colloïdes organiques ont un état électrique plus compliqué, et, en définitive, le transport de leurs micelles s'accomplit dans deux directions, positive ou négative, selon le substratum acide ou alcalin du milieu.

Il en résulte une équilibration difficile à réaliser, surtout lorsqu'on ajoute des colloïdes étrangers. L'emploi systématique de ces derniers dépasse alors rapidement le but et les rend inactifs ; au contraire, l'adjonction alternée de leurs charges différentes, les maintient constamment efficaces.

CLINIQUE MÉDICALE

(HOPITAL SAINT-ANTOINE)

Sur l'ictère catarrhal [1]

Par Maurice LOEPER

L'ictère catarrhal est très certainement une hépatite, mais l'hépatite la plus discrète en même temps que la plus fugace, la plus constante dans ses manifestations, et la plus cyclique. Il est en quelque sorte la base de tout l'édifice de la pathologie hépatique. Il en est l'ébauche et comme le canevas. Cliniquement il commence par de petites lésions ponctuées à peine perceptibles, il peut atteindre à des lésions plus accentuées, exceptionnellement mortelles, rarement aussi durables et sans doute jamais sclérosantes.

Le malade qui sert de thème à cette leçon est un homme de 44 ans, garçon de bureau, particulièrement asthénique, si jaune, si maigre et si fatigué qu'en le voyant nous avons pensé à un néoplasme du pancréas, alors qu'il s'agissait seulement d'ictère catarrhal.

Son ictère dure depuis dix jours environ et le début de la maladie paraît remonter à deux semaines : à ce moment il présenta quelques douleurs localisées à l'épigastre, survenant par crises parfois de 2 à 3 heures, en général après le repas, et dont l'intensité, la nuit, était assez forte pour le réveiller. Aucune irradiation précise ni vers l'épaule, ni vers le dos, ni vers l'abdomen. Peu de jours après, les yeux, la peau prennent une teinte jaune et les urines deviennent de plus en plus foncées (malaga). Le malade dit n'avoir pas porté attention à la coloration de ses matières, mais celles-ci étaient encore très blanches à son arrivée. L'ictère évolua ainsi sans aucune période de rémission mais les crises douloureuses allèrent en s'atténuant dans leur intensité et leur durée toujours très courte, d'un quart d'heure environ.

Il faut insister sur ces douleurs, car elles sont rares et peuvent égarer le diagnostic.

Les digestions devenant de plus en plus difficiles surtout pour les fritures et les corps gras, le 6 janvier le malade est soumis au régime lacté. Pas de prurit. Pas de fièvre, sauf quelques petites poussées fébriles ; quelques frissonnements.

L'interrogatoire ne révèle que des antécédents sans grande importance.

A l'examen on est en présence d'un malade jaune : la peau, les muqueuses sont nettement ictériques ; sur le thorax quelques taches rubis comme on en trouve chez les candidats à l'hépatisme. Le malade ne paraît pas souffrir. La température est à 37°. Le foie ne déborde pas le rebord costal, mais la rate est perceptible, on accroche son pôle inférieur et elle est percutable sur un travers de main. Le rythme du cœur est normal, les bruits ne sont pas ralentis ; la tension artérielle est d'environ 12-6, le pouls est à 76 ; pas de bradycardie ; les poumons sont normaux. Les urines foncées présentent beaucoup de pigments et pas de sels biliaires. Les selles décolorées paraissent contenir un peu plus de graisse que de coutume. Aucune modification sanguine, ni de la résistance globulaire, ni du temps de saignement ni de la coagulation ; pas de modifications chimiques : urée 0 gr. 40 ‰ ; cholestérine 1,66. Réaction de Wassermann négative ; coefficient azoté normal ; le tubage duodénal montre très peu de bile et un taux normal de lipase. Cette lipase examinée le 17 janvier est tout de même inférieure à ce qu'elle sera le jour de la crise urinaire, elle s'accroîtra en même temps que le flux biliaire.

(1) Leçon recueillie par J. Cottet et Loisel.



Le fonctionnement du pancréas comme celui de la bile est donc troublé.

En somme, c'est un ictérique assez banal dont les selles sont décolorées et l'ictère marqué ; dont la cholurie est évidente. Il a souffert au début de sa maladie ; les troubles digestifs se sont prolongés pendant deux semaines. Les sels biliaires sont rares dans le sang, absents des urines, et il n'y a ni bradycardie ni prurit. Le volume du foie est presque normal, celui de la rate un peu accru ; les coefficients hépatiques sont normaux.

Le malade qui rendit pendant toute sa maladie un litre d'urine avec un chiffre assez bas de chlorure de sodium élimina, lors de sa crise et pendant 12 jours, 2 l. 1/2 d'urine avec 6 gr. de chlorure de sodium par litre, c'est-à-dire plus de 100 gr. de sel en 12 jours.

C'est là, à part quelques détails, l'histoire habituelle de tous les ictères catarrhaux : un ictère catarrhal débute après une période d'incubation appréciable où dominent les troubles digestifs. Cette période d'incubation qui varie de 5 à 6 jours s'est prolongée ici 10 à 12 jours, ce qui est assez exceptionnel. Elle est marquée par toute une série de troubles digestifs, par de l'inappétence quelquefois élective vis-à-vis des matières grasses ou les fritures ; des vomissements parfois et même un peu de diarrhée.

L'invasion se traduit par une exagération de ces symptômes et les deux périodes sont assez souvent confondues. Cependant on peut approximativement, dans l'ictère spontané, c'est-à-dire dans celui que ne suit pas l'absorption d'aliments nocifs, considérer que la période d'incubation est de 10 à 12 jours, et la période d'invasion de 5 à 6 jours.

Quelques points doivent être mis en évidence :

D'abord la fréquence de *l'asthénie*, de la *fatigue* ; moindres cependant que dans la spirochétose ictéro-hémorragique.

La rareté de l'hépatomégalie. Les individus atteints d'ictère catarrhal n'ont un gros foie que lorsque la maladie se prolonge : dans la majorité des cas, il n'y a pas d'augmentation notable du volume du foie.

La *rate* est généralement peu volumineuse.

La *fièvre* est rare. Dans l'ensemble des observations la température ne dépasse guère, même à la période initiale, 38, 38°2 ; elle est très fugace, elle existe avant l'ictère, elle tombe dès qu'il apparaît ; elle ne descend généralement pas au-dessous, ou en tout cas exceptionnellement.

Les signes d'*insuffisance hépatique* existent et sont indiscutables. Le fait qu'ils sont peu importants chez notre malade n'infirme pas la règle générale. Il est certes regrettable que nous n'ayons pas pu faire ni l'épreuve de la glycémie alimentaire, ni celle de la glycosurie ou de la galactosurie. Je n'ai guère vu la glycosurie alimentaire positive dans les ictères catarrhaux, mais au contraire, j'ai constaté comme beaucoup, une forte galactosurie alimentaire. Peut-être la fréquence de la galactosurie suffit-elle à classer l'ictère catarrhal dans les hépatites ? C'est ce que disait Bauer qui s'occupa le premier de la galactosurie. Il est peu d'ictère catarrhal qui ne la présente, et cela suffit pour cet auteur à leur donner leur véritable place.

M Fiessinger n'est pas loin de partager cette opinion mais il fait entrer en ligne de compte le débit de cette galactosurie, sa durée et son chiffre total plus que son pourcentage. Avec une telle technique la galactosurie prend toute sa valeur. Elle n'est pourtant pas le seul signe de l'insuffisance hépatique.

Il y a déjà bien longtemps qu'un de mes anciens internes, mort à la guerre, Lagane, avait fait avec Mathieu-Pierre Weil un travail sur les modifications de l'azote dans les ictères catarrhaux et observé l'augmentation de l'azote non uréique par rapport à l'urée.

Brodin et Oddo ont repris la question quelque dix ans après et trouvèrent l'azote résiduel très accru ce qui veut dire encore que le taux des substances protéiques non uréiques est élevé.

D'autres auteurs ont signalé seulement les modifications fréquentes du coefficient azoturique et du coefficient azotémique. Sans doute pourrait-on ajouter à ce signe l'insuffisance protéopexique que traduit l'hémoclasie digestive dans les recherches de Widal, Abrami et Jancovesco.

J'avoue ne point attacher à cette épreuve pourtant une très grosse importance. J'ai étudié la leucocytose à cent reprises différentes chez de nombreux sujets même normaux. Elle s'abaisse presque constamment une heure après l'ingestion et se relève ultérieurement. La leucopénie n'a rien de très pathologique. Elle est d'ailleurs assez proportionnelle à l'afflux des leucocytes dans l'estomac. Son intensité seule est anormale, mais l'appréciation est difficile

Il faut donc retenir surtout l'épreuve de la galactosurie et les modifications habituelles des coefficients azotés.

Les malades se présentent avant tout comme des ictériques avant même d'être considérés comme des hépatiques. Ils ont de la bile dans les urines, de la bilirubine dans le sang : mais peu de bile et peu de bilirubine par le tubage duodénal. L'augmentation de la bile dans le sang est assez proportionnelle, semble-t-il, à la diminution de la bile dans le duodénum. Mais cela ne prouve pas absolument l'oblitération des voies biliaires. D'ailleurs on a parfois trouvé une quantité sinon importante du moins appréciable de bile dans le duodénum. Et la rétention biliaire n'est pas absolue.

Il y a par contre dans le sang peu de sels biliaires ; aussi MM. Brulé et Abrami ont-ils pensé qu'il y avait dissociation entre les pigments et les sels biliaires. Pour ces auteurs la bile est retenue alors que les sels biliaires ne le sont pas.

Cette opinion est très discutée. Les travaux de Chabrol et Cottet lui ont apporté quelques restrictions Je n'entre pas dans les détails, m'occupant surtout de l'ictère catarrhal en général. L'absence de sels peut s'expliquer d'après eux par une absence de formation plutôt que par une absence de rétention. La même dissociation existerait dans beaucoup d'hépatites et elle est question de dégré. Quoiqu'il en soit, leur absence peut expliquer l'absence habituelle de bradycardie et de prurit.

Résistance globulaire : On sait que la résistance globulaire est en général accrue. Le phénomène a son importance car d'autres ictères la diminuent au contraire. Quand l'ictère est hémolytique, il résulte de cette hémolyse. Quand il est hépatique il n'est pas hémolysant et la résistance s'accroît. Je ne rappellerai que brièvement la technique de cette épreuve qui est connue. Qu'elle soit faite avec des solutions salines décroissantes, sur des hématies déplasmatisées ; que la solution saline soit remplacée par le sérum normal ou le sérum du malade ; qu'elle utilise comme le recommande May la saponine, elle montre l'augmentation de la résistance globulaire dans l'ictère catarrhal, et sa diminution dans l'ictère hémolytique. La distinction est schématique mais exacte.

La *crise urinaire* : Il y a environ cinquante ans que le Prof. Chauffard découvrait dans l'ictère catarrhal la crise chlorurique ; dans sa thèse d'agrégation sur les crises dans les maladies, il mentionne l'ictère catarrhal parmi les maladies susceptibles de les produire et de se terminer par elles.

Ce phénomène d'intérêt capital, prouve que l'ictère catarrhal est une maladie générale.

Avec M. Achard, il y a déjà trente-cinq ans, j'ai moi-même étudié la rétention des chlorures dans les maladies aiguës : nous avons vu que l'ictère catarrhal s'accompagnait d'hypochlorurie, et que le taux total du chlorure de sodium n'y dépassait en général pas 2 gr. par litre d'urine. L'épreuve des chlorures même que nous y avons utilisée, c'est-à-dire l'administration de 10 gr. de chlorure de sodium aux malades n'en fait pas apparaître un gramme de plus dans les urines : la rétention y est donc patente. M. Chauffard d'ailleurs faisant vers 1901 des injections de sérum chloruré à ses ictériques remarquait la rétention du sérum et même quelquefois l'apparition d'un œdème non seulement localisé au point injecté mais assez étendu. Il est donc assez naturel que l'élimination urinaire critique fasse reparaître le chlorure de sodium. La thèse de Laubry et la mienne citent des cas de chlorurie élevée jusqu'à 17 gr. par 24 heures, véritable élimination en masse pendant la maladie.

Le phénomène est habituel dans toutes les maladies toxiques

ou infectieuses. Si donc les épreuves de l'insuffisance hépatique nous mettaient sur la voie d'une maladie hépatique, celle de la rétention des chlorures nous met sur la voie d'un processus infectieux ou toxique. Le syndrome ictère catarrhal s'en trouve singulièrement éclairé.

Diagnostic : Pendant la dernière guerre vers 1917 et 1918 on voyait apparaître dans les services de médecine, et cela par périodes quelquefois de 2 ou 3 mois, surtout aux mois d'avril, de mai, après des mois de pluies, ou un printemps mouillé, des ictères. La plupart se rapportaient au type de l'ictère catarrhal : les selles étaient décolorées et très rares. Comme le tubage duodénal était peu pratiqué à cette époque, et pour cause, l'appréciation de la bile duodénal, le dosage des sels biliaires ne pouvait être estimés. Nous considérions l'ictère catarrhal comme un ictère par rétention, dû à l'oblitération passagère du cholédoque, à son inflammation peut-être à une angiocholite. La notion d'ictère infectieux se précisa petit à petit et la recherche d'un virus s'imposa bientôt. Dans le sang de certains ictères on réussit quelques hémocultures positives, colibacilles, paratyphiques, typhiques même, ou des agglutinations fortes de paratyphiques ou d'Eberth. L'ictère catarrhal par infection microbienne apparut vraisemblable.

Les cas en furent nombreux à Bar-le-Duc et ont été observés par Garnier et ses collaborateurs. Mais le nombre des examens négatifs restait considérable, on piétinait sur place, lorsque furent connues les recherches d'Inada et Ido. Dès qu'on connut la spirochétose, on pensa qu'elle pouvait se dissimuler sous le masque de l'ictère catarrhal. Garnier et Reilly dès 1917 constatent que trois fois sur 40 cas environ la spirochétose prend cet aspect, trois fois ils observent des parasites dans l'urine. Deux fois même, s'ils ne trouvent pas de parasites dans l'urine, ils mettent en évidence des immunisines spécifiques dans le sérum sanguin, c'est-à-dire qu'injectant le sérum des malades à un cobaye ils le rendent insensible à une injection ultérieure de spirochètes, ou de sang spirochétosique. En somme cinq observations de spirochétose à forme catarrhale.

Pagniez et Lévy sur 87 cas d'ictère catarrhal, trouvent 5 cas de spirochétose avérée dont la température ne dépassait pas 37°5. H. Raillet observe à Reims plusieurs cas de spirochétose dans une même famille. Sur le nombre, un cas revêt le type de l'ictère catarrhal le plus caractérisé et le plus bénin. Decourt observa un cas semblable.

Bénard signale aussi 3 cas d'ictère catarrhal, tous presque apyrétiques dont deux donnent l'agglutination caractéristique.

Il semble donc bien évident que l'ictère catarrhal peut être causé par la spirochétose ou tout au moins que le spirochète peut faire un ictère qui ressemble à l'ictère catarrhal sans augmentation du volume de la rate, ni du foie, sans réactions fébriles, sans rechute.

Dans un numéro récent des *Archives des maladies de l'appareil digestif*, M. Brulé revient sur la question. Il rapporte deux cas d'ictère spirochétosique où la température ne dépasse par 38°5. Ses malades avaient un chiffre d'urée sanguine assez élevée : 60 centigr. l'un, 72 l'autre. L'ictère catarrhal spirochétique est donc une réalité.

Existe-t-il aussi un ictère catarrhal par bacilles du groupe Eberth ? C'est probable, mais ces ictères sont fébriles et ils méritent vraiment le nom d'ictères infectieux.

Il y a quelque sept ans j'ai pu observer un homme aux manifestations délirantes, agité, asthénique et fébrile qui paraissait commencer une fièvre typhoïde : il n'était pas encore jaune, mais il vomissait fréquemment et il avait de la diarrhée. Après quatre jours d'hyperthermie, la température tomba, l'ictère apparut et les selles se décolorèrent. L'examen du sang montra une agglutination très forte du bacille typhique. L'évolution fut celle d'un ictère catarrhal mais la réaction fébrile initiale, l'importance des phénomènes généraux étaient vraiment assez différentes de ce qu'on observe habituellement.

L'examen des selles à son importance dans le diagnostic. En général la décoloration est absolue. Je rappelle, et c'est peut être inutile, que l'ictère hémolytique montre des selles foncées et que beaucoup de spirochétoses ictéro-hémorragiques ont des selles colorées

Je rappelle aussi que l'accroissement de la résistance globulaire établit une distinction entre l'ictère hémolytique et l'ictère catarrhal ; que l'absence d'hypertrophie splénique élimine l'ictère des hépatites chroniques et aussi des hépatites d'origine palustre ; que l'absence de douleurs est de règle ; qu'elle est un élément de diagnostic avec les crises lithiasiques, les coliques hépatiques. Il est vrai que cet élément n'a qu'une valeur relative, que certaines affections catarrhales provoquent des douleurs assez violentes et que parfois même, comme chez notre malade, les douleurs épigastriques persistent dix jours, localisées à droite, violentes mais sans irradiations. Ces douleurs peuvent être attribuées avec quelque vraisemblance à une distension du foie dans une capsule inextensible, peut être à l'inflammation capsulaire elle-même. Pour inconstantes qu'elles soient, elles doivent être signalées.

D'autant que, dans quelques observations, la violence même de ces douleurs conduisit à une thérapeutique chirurgicale et que cette thérapeutique fut non seulement favorable aux malades puisqu'ils guérirent rapidement, mais aussi à l'étude anatomique de l'ictère puisque on a pu faire des biopsies et prendre sur le fait les lésions même de la maladie.

L'ictère catarrhal est d'évolution trop rapide pour qu'on pense aux néoplasies. L'absence habituelle de fièvre dans le néoplasme a peu d'intérêt. Ce qui en a plus c'est la présence de signes de rétention. Le tubage duodénal ne donne pas de bile, pas de pigments, pas de sels. Dans le sang on trouve non seulement de la bilirubine mais une quantité de sels biliaires assez élevée ; le prurit est assez marqué ; la bradycardie n'est pas rare. Ce sont des différences appréciables qui permettent de caractériser l'ictère par rétention.

Il y a, il est vrai, des cas où l'erreur est possible et s'explique par la prolongation anormale de l'ictère catarrhal. Cette prolongation a été surtout étudiée par Dieulafoy il a cinquante ans et par son élève Mlle Herzenstein (1891). L'amaigrissement est alors très marqué, le diagnostic s'impose de cancer du pancréas ou de l'ampoule de Vater. La maladie cède pourtant après deux et même trois mois, mais le malade ne fait pas de crise urinaire véritable, la crise est fractionnée et le retour à la santé est plus lent.

On a beaucoup étudié cette forme d'ictère catarrhal prolongé ; peut-être les cas qu'on y a compris ne sont-ils pas tous des ictères catarrhaux réels ; peut être sont-ils attribuables parfois à une oblitération passagère de la région cholédocienne, ou à une angiocholite sur lesquelles je reviendrai ? On est même en droit de se demander si certains cas n'appartiennent pas à une infection très voisine de la maladie de Hanot plus qu'à l'ictère catarrhal. En un mot, l'ictère catarrhal prolongé est la manifestation clinique d'une affection sans doute multiple et dont la nature n'est pas très déterminée.

M. Chiray est revenu récemment sur cette question. Plusieurs cas qu'il a observés ont été confondus avec la cirrhose, avec la lithiase, avec des néoplasmes du pancréas; ils se sont prolongés deux à quatre mois, et subitement, ou petit à petit, les malades ont guéri.

M. Chiray rappelle que dans ces cas d'ictère prolongé le foie est plus gros que dans l'ictère catarrhal ; qu'ils se peuvent accompagner de petites hémorragies ; que le tubage duodénal y peut ramener quelques gouttes de sang. Toutes ces nuances sont assez discrètes et précaires. L'œdème et l'ascite qu'aurait observés Fiessinger nous rapprochent de l'ictère par atrophie jaune aiguë si bien étudié par Bergstrand.

Il y a entre ces états des analogies et peut-être aussi un lien commun et c'est pourquoi après avoir établi la symptomatologie et le diagnostic de l'ictère catarrhal envisagerons-nous la cause, la nature de la maladie, et, si possible sa pathogénie.

* * *

Anatomie pathologique et Pathogénie : Lorsque Virchow il y a de nombreuses années étudia l'ictère catarrhal, il

eut la chance d'avoir à sa disposition des pièces d'autopsie ; il vit alors dans les voies biliaires à la partie terminale du cholédoque surtout, une certaine quantité de mucus. Ce « bouchon muqueux » a fait l'objet de discussions multiples. Certains auteurs ont même voulu le reproduire expérimentalement. Gilbert avec son collaborateur Dominici, après injection de substances toxiques, de colibacilles dans les voies biliaires, constatèrent une abondante production de mucus épais dont la présence leur parut confirmer les constatations de Virchow.

MM. Bérard et Mallet-Guy étudiant récemment le liquide de certaines fistules biliaires opératoires ont vu alterner des phases de coloration et de décoloration du liquide fistulaire, la décoloration correspondant en général à l'élimination de mucus et la coloration à l'élimination de la bile. On peut penser qu'il y a quelque chose d'analogue dans l'ictère catarrhal.

Lors d'une communication que je fis sur la pancréatite et l'ictère catarrhal, à la Société des hôpitaux, M. Dufour revint sur ce bouchon muqueux de Virchow et affirma que pour sa part il croyait l'avoir rencontré.

Rowsing donna deux observations, ou la bile très muqueuse pouvait être responsable d'une oblitération.

Je ne crois pourtant guère au rôle du bouchon muqueux. D'abord parce que la plupart des ictères catarrhaux diffèrent notablement de l'ictère par rétention.

Ensuite parce que le bouchon muqueux me paraît contingent, une conséquence plus qu'une cause de l'inflammation ; le processus pathologique est facteur de mucus en même temps que facteur de trouble biliaire : il y a parallélisme et non subordination d'un phénomène à l'autre.

Dans quelques observations on signale d'ailleurs des adénopathies : adénopathies banales et inflammatoires ; une inflammation paracholédocienne, et même une pancréatite. Nous avons donc dans toutes ces observations le droit de soutenir que le mucus s'est accumulé parce qu'il y avait des ganglions, une inflammation du pancréas ou du cholédoque. En résumé, l'ictère catarrhal n'est pas dû au bouchon muqueux et le bouchon muqueux n'a pas de valeur pathogène.

L'ictère catarrhal est une hépatite, une hépatite passagère, discrète, qui guérit dans la très grande majorité des cas. Mais **c'est une hépatite**.

Habituellement il s'en va sans laisser de trace, comme le dit Chauffard. Mais comme le dit aussi Murchinson : il est un souvenir qu'on garde parfois toute sa vie. D'après des constatations que j'ai faites bien souvent, j'ai l'impression que beaucoup de ces ictériques deviennent des dyspeptiques, que les troubles d'hypersensibilité, d'intoxication alimentaire ou d'intolérance alimentaire sont pendant longtemps, peut-être toujours, faciles ou fréquents chez eux.

Il y a assez longtemps que l'ictère catarrhal est considéré comme une hépatite et l'opinion des auteurs est aujourd'hui presque unanime. Fiessinger, Eppinger et Bauer sont peut-être ceux qui se sont le plus occupés de la question. Ils ont d'ailleurs basé leur opinion surtout sur les troubles du métabolisme chimique et sur la galactosurie. D'autres l'ont étayée sur des constatations anatomiques, parfois même, il faut le dire, sur des hypothèses métaphysiques.

Je ne reviendrai pas sur les signes tirés de l'exploration du foie, telles la galactosurie et les variations du coefficient azoturique. Mais j'insisterai sur les lésions que montrent quelques biopsies.

La dissociation trabéculaire est fréquente. Comme l'a montré et l'a expliqué Fiessinger, avant Eppinger, c'est par elle que la bile communique par effraction avec le sang. Naunyn a parlé de « cholangie ». La cholangie ne me paraît pas très différente de l'angiocholite ou de l'hépatite. Elle est un peu ce qu'est la bronchite capillaire à la bronchite. L'inflammation se produit peut-être dans les petites voies biliaires, bien plus probablement encore dans l'intimité du parenchyme hépatique. Et les examens microscopiques localisent cette hépatite au centre du lobule plutôt qu'à sa périphérie.

En 1929, le Prof. Eppinger signalait bien quelques éléments cellulaires autour de l'espace porte. Mais en 1931 il parle de lésions centro-lobulaires de type œdémateux.

Dans d'autres travaux que j'ai lus récemment, quelques observations sont très suggestives.

Le Prof. Wessel rapporte un certain nombre de cas d'ictères d'allure catarrhale qui sont, semble-t-il, survenus dans une même épidémie. Dans plusieurs, il ne fait pas le diagnostic, pense à la lithiase, à l'oblitération cholédocienne ; il se hâte d'opérer et il trouve des lésions centro-lobulaires.

Chez une femme de 41 ans, le foie est gros, sans calcul, des ganglions existent au niveau du hile, et l'examen microscopique montre des lobules effondrés, d'autres conservés ; des cellules normales, d'autres très volumineuses et autour des vaisseaux, dans les interstices cellulaires une infiltration leucocytaire appréciable et un peu de réticulose.

Dans un autre cas opéré plus tardivement, après 27 jours, la biopsie du foie fait voir quelques travées cellulaires comprimées jusqu'à l'effacement ; d'autres pl s volumineuses et parfois anormalement hypertrophiées, des lymphocytes, des polynucléaires, des infiltrats leucocytaires et vers la périphérie des lobules quelques cellules dégénérées, des masses de leucocytes et aussi une forte lymphomatose sous-capsulaire.

Dans une observation de Schrumpf publiée dans les *Annales d'Anatomie pathologique* de 1932, une femme de 39 ans présente un œdème périportal et portal assez marqué, une réticulose avec du collagène autour d'un grand nombre de cellules ; dans certains endroits les cellules sont atrophiées et comme effondrées.

Dans une autre observation enfin de Klemperer, Kilian et Heyd, citée souvent, concernant un malade de 40 ans, on trouve une zone de parenchyme altéré, une sorte d'hépatite discrète, fugace, ponctuée, dirais-je plutôt, et qui semble parfois en voie de réparation.

Ces *ponctuations*, cette répartition en petites zones limitées surtout centro-lobulaires paraissent fréquentes.

Et, ce qui est curieux, dans les formes prolongées, les lésions tendent vers l'organisation. Huber et Kausch opèrent un malade au 45e jour. Ils constatent des nodules, des compressions trabéculaires, un peu de réticulose, un peu de cirrhose. Ces lésions sont vraiment comme un pont entre l'ictère passager curable et l'ictère prolongé et cette opinion nous la retrouverons quand nous parlerons de l'atrophie jaune.

L'ictère catarrhal est donc une hépatite, une hépatite dont nous ne savons pas encore très bien les caractéristiques exactes puisque l'on trouve parfois des réactions périportales, parfois de l'œdème trabéculaire, parfois surtout des zones centrales de cellules effondrées, en quelque sorte **ponctuées**. Je répète à dessein le mot.

***

Etiologie : Quelle en est la cause ? Je laisse de côté l'ictère de type catarrhal qui peut exister dans les cirrhoses, et aussi celui que chez des syphilitiques traités ou non par l'arsenobenzol. Ce sont des ictères surajoutés, le plus souvent et d'étiologie discutable et non pure. Prenons les seuls cas se présentant à l'état pur et isolé.

Déjà dans les antécédents de ces malades nous trouvons quelques renseignements.

Certains auteurs, Mayo Robson, Deaver signalent chez presque tous de la duodénite : pour eux c'est cette duodénite qui crée l'ictère catarrhal.

M Chiray pense que c'est la stase iléo-cæcale et, dans 5 cas qu'il a observés, il insiste sur les troubles intestinaux, la stase cæcale, iléo-cæcale, et même colique et iliaque droite.

Il me semble que ces manifestations sont tellement banales qu'elles ne peuvent guère être considérées comme des facteurs déterminants authentiques, spécifiques de l'ictère.

Marcel Labbé a cité une observation intéressante d'ictère catarrhal où le tricocéphale coexistait avec l'ictère et où l'action du thymol détruisit les tricocéphales et guérit aussi la maladie. Mais l'affection a duré 15 jours ce qui est le temps habituel de l'ictère catarrhal le plus banal. Je me demande

◆◆

s'il n'y a pas là coïncidence plus que relation de cause à effet.

L'*intoxication alimentaire* mérite qu'on s'y arrête plus longtemps. Le nombre de cas dans lesquels l'ictère catarrhal suit à 4 à 5 jours de distance l'absorption de certains aliments est beaucoup plus important qu'on ne le croit. Dans des observations multiples le fait est signalé : poisson conservé, sardines, et surtout moules, coques, etc... Naturellement on a parlé d'anaphylaxie alimentaire et l'anaphylaxie a paru à certains la cause ou le substratum pathogénique de l'ictère catarrhal. D'autant que certains sujets présentent aussi des douleurs articulaires et même des éruptions et de l'urticaire habituelles dans l'anaphylaxie alimentaire.

On a même pronocé le mot d'urticaire hépatique. L'observation de Pollet et Kreis, celle de MM. Caroli et Ferrovi sont suggestives, pleines d'aperçus ingénieux et tout à fait intéressants. L'urticaire y précède l'ictère catarrhal indiscutablement.

D'Astros d'ailleurs, dès 1886, a rapporté une épidémie d'ictère catarrhal et d'urticaire dans une même famille. A vrai dire l'urticaire est fréquente, l'ictère catarrhal aussi Quant a la succession ou l'association des deux symptômes, elle est une exception. J'ai encore tendance à admettre que l'urticaire et l'ictère sont dus à une même intoxication mais non à un processus pathogénique analogue.

Pourtant dans le *Klinische Wochenschrift* (1934) un article fort remarquable d'Eppinger fait vraiment réfléchir. Cet auteur admet un œdème hépatique à l'origine de tout ictère catarrhal.

Quelle que soit son origine, l'ictère catarrhal serait donc une sorte d'hépatite œdémateuse. Eppinger a même fait des études expérimentales très savantes non avec le produit alimentaire lui-même mais avec un dérivé chimique qui n'est autre que l'histamine. Il a injecté l'histamine et a réalisé un œdème hépatique localisé à la région centro-lobulaire. Puis il a étudié un autre produit, l'allylamine, et il l'a encore injecté à des animaux, des chiens, des cochons d'Inde Il a encore trouvé de l'œdème mais cette fois périportal. L'ictère catarrhal serait donc un œdème toxique du foie localisé suivant la substance à la zone périportale ou à la zone centro-lobulaire.

Je donne l'opinion pour ce qu'elle vaut. J'admets d'autant plus qu'on puisse produire de l'œdème avec l'histamine que je connais bien l'influence hydropigène de l'histamine et que je l'ai vérifiée moi-même. Mais de là à conclure que l'ictère catarrhal est un œdème et que cet œdème est histaminique il y a loin.

Je laisse donc de côté ces expériences intéressantes mais qui n'expliquent pas encore les choses et je reviens aux faits capitaux que nous enseignent d'ailleurs la clinique, l'interrogatoire des malades et l'examen attentif de la maladie. L'ictère catarrhal donne l'impression comme il l'a donné pendant la guerre d'être une *maladie hépatique saisonnière*. Pour l'instant je ne la crois pas toxique, pas alimentaire directement, mais virulente et due *à un virus spécifique*.

J'en veux pour preuve les observations citées par les auteurs suivants : Wessel a cité en 1922, neuf cas d'ictère catarrhal dans le même milieu et cet ictère avait véritablement un caractère épidémique : von Haberer huit cas ; d'Astros un cas. Les cas d'ictère de la prison de Gaillon en 1859 sont 47, ceux de Dresde 1.500 dans une même période. Il est vrai qu'ils ne relèvent pas spécialement du catarrhe. Je rappelle que Troisier et Coste ont signalé une épidémie sénégalaise d'un ictère commun qui est très proche de l'ictère catarrhal ; que durant l'épidémie de San Gemignano 2.000 individus ont présenté de l'ictère catarrhal ; que pendant la Guerre de sécession il y eut de nombreux ictères catarrhaux, etc...

Il paraît bien difficile d'admettre que ce soit l'histamine, les aliments ou les médicaments, la syphilis qui soient à l'origine de l'ictère catarrhal. Il est bien probable que c'est un virus. Et Bergstrand dans les épidémies scandinaves a vu s'accroître l'ictère catarrhal au même moment, dans le même mois, que l'ictère grave.

La maladie bénigne fait une hépatite ponctuée discrète, parcellaire, curable, avec des phénomènes de réparation facile comme la maladie grave fait des effondrements définitifs et parfois souvent mortels. L'hépatite catarrhale est la plus bénigne des hépatites, mais c'est la plus flagrante ; elle n'est pas due à un microbe connu. Le virus est même totalement ignoré. Il existe. Le terrain peut être préparé par de multiples causes. Les aliments l'apportent peut-être, mais ni l'intoxication alimentaire ni la syphilis ne paraît suffisante pour la réaliser.

Traitement : Je n'insiste pas sur le traitement de l'ictère catarrhal, qui est en somme très banal et doit être le plus discret possible. On n'empêche pas un ictère catarrhal de se développer et on n'accélère guère sa guérison.

Le tubage duodénal est certainement indiqué dans les cas prolongés et j'en ai vu après d'autres des succès impressionnant.

L'intervention par cholécysto-gastrostomie peut être proposée dans certains cas très durables. Son action thérapeutique ne prouve pas que l'ictère catarrhal soit dû à l'oblitération des voies biliaires. Certaines hépatites vraies ont en effet bénéficié (Bonnet) de la même thérapeutique ; la cholécystostomie et le tubage exercent une influence bienfaisante sur d'autres états hépatiques que les infections canaliculaires ou les oblitérations. Ils peuvent guérir l'ictère catarrhal alors qu'il n'est ni catarrhal ni canaliculaire.

CLINIQUE CHIRURGICALE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ

Sur deux malades atteints d'abcès froids thoraciques

Par le Professeur **J. GUYOT** (Bordeaux)

Nous avons en ce moment dans le service deux malades atteints de la même affection dont les observations vont être le sujet de cette clinique.

Le premier malade est un homme de 50 ans exerçant la profession de journalier qui était depuis plusieurs mois dans le service de mon collègue le Docteur Desqueyrous pour une pleurésie gauche dont le début remonte au mois de mars 1935. Etant encore à l'hôpital en convalescence, il fit au mois de juin dernier une chute sur le genou droit qui, depuis, a augmenté de volume et est devenu douloureux. Au mois de septembre il remarqua l'existence au niveau du rebord costal droit d'une petite tumeur qui a grossi depuis et pour laquelle il a été transéaté dans le service.

Nous notons dans ses antécédents personnels : qu'il a fait la guerre, n'a pas été blessé, mais fut opéré en 1927 pour une fracture de la jambe gauche par le Docteur Garrau-Fonneuve de Sainte-Foy-la-Grande, qui lui fit une ostéosynthèse avec plaque métallique dont le résultat est excellent. Il nous raconte qu'il avait une sœur qui est morte de tuberculose pulmonaire.

Il se présente à nous comme un homme amaigri et vieilli, marquant plus que son âge ; il tousse, crache abondamment, a des sueurs nocturnes et a des signes manifestes de tuberculose pulmonaire ouverte avec nombreux bacilles



de Koch dans les crachats. Au niveau du genou droit, nous constatons des signes évidents de tumeur blanche à type fongueux avec impotence fonctionnelle, douleur et très notable atrophie musculaire.

Au niveau du rebord costal droit, nous trouvons, sur la ligne mamelonnaire, une tumeur du volume d'un œuf de poule ; tumeur douloureuse, nettement fluctuante qui a tous les caractères d'un *abcès froid thoracique*.

La deuxième malade est couchée au lit 18 de la salle 32. C'est une femme de 60 ans qui nous fut adressée par son médecin, le Docteur Seynat, pour une grosse tuméfaction de la région thoracique postérieure. L'histoire de sa maladie a débuté en mai 1934 où elle fut atteinte de pleurésie double soignée par mon collègue et ami le Professeur agrégé Fontan. Elle resta alitée trois mois. En février 1935, elle présenta un volumineux abcès froid de la cuisse lié à une trochantérite tuberculeuse pour laquelle on lui fit de nombreuses ponctions avec injections modificatrices.

L'apparition de la tuméfaction thoracique date du mois de septembre 1935, date à laquelle le médecin traitant diagnostiqua un *abcès froid thoracique* et fit trois ponctions successives.

L'examen de cette malade montre qu'il s'agit d'une femme âgée dont l'état général est déjà sérieusement touché : femme qui a maigri et fait de temps en temps des poussées de température vespérale.

En somme, ces deux observations sont presque superposables : il s'agit de malades âgés, ayant eu tous deux au début de leur maladie une pleurésie, ayant fait ensuite une première localisation du côté du squelette : genou chez l'un, trochanter chez l'autre et présentant aujourd'hui l'un et l'autre un abcès froid thoracique.

Ces localisations de la tuberculose à la paroi thoracique survenant secondairement à d'autres foyers tuberculeux présentent beaucoup moins d'intérêt que les *abcès froids thoraciques primitifs* dont j'ai l'intention de vous parler et qui se différencient par ce fait qu'ils sont la première manifestation de l'infection tuberculeuse.

Au point de vue anatomie pathologique, ces abcès sont de véritables *tuberculomes de la paroi* qui passent par les trois stades de crudité, de ramollissement et de fistulisation. Ils peuvent être uniques ou multiples, superficiels ou profonds, mais ce qu'il faut que vous sachiez, c'est qu'ils affectent très souvent le type *en bouton de chemise* avec une poche superficielle et une poche profonde. L'orifice de communication pouvant se faire à travers l'espace intercostal, la côte, le sternum ou les cartilages costaux.

Suivant leur siège, on a décrit des abcès antérieurs, latéraux, postérieurs et enfin des abcès abdomino-thoraciques comme celui dont est atteint notre premier malade.

Au cours des opérations on constate le plus souvent l'aspect habituel de l'abcès froid avec sa membrane et son contenu caséeux. Exceptionnellement on peut se trouver en présence de tissu d'aspect myxœdémateux qui peut induire en erreur, comme le fait a été signalé par Stephani (*Lyon chirurgical*, 1913) ; il s'agit dans ces cas de vieux abcès froids en voie de guérison et à contenu séreux simulant un *kyste* sur lesquels Nicaise avait autrefois attiré l'attention.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'abcès froid thoracique doit être fait à ses trois stades d'évolution.

A la période de crudité, il peut simuler une tumeur d'origine squelettique. Le diagnostic des ostéomes (1), des chondromes (2), des ostéo-sarcomes sera en général facile du fait de leur consistance, de leurs rapports avec le squelette et des résultats de la radiographie.

A la période de ramollissement, on les a confondus avec les *lipomes* de la paroi thoracique qui ne sont pas douloureux et qui seront reconnus à leur lobulation périphérique ; avec des *kystes hydatiques musculaires*, en particulier avec les kystes du grand pectoral qui ont été étudiés dans la thèse de notre élève Bezos (Bordeaux, 1906); enfin avec les *kystes hydatiques des côtes* que l'on reconnaîtra à leurs connexions, aux résultats des examens de laboratoire (Weinberg-éosinophilie), et à leur aspect radiographique.

A la période de fistulisation, il faudra penser à l'*ostéomyélite costale* à début toujours fébrile et qui est une localisation rare puisque Leveuf (1) n'a pu en réunir que 95 cas. Enfin aux *mycoses thoraciques* sur lesquelles Pellé a attiré l'attention à la Société de chirurgie de Paris en 1934. Le diagnostic de la *syphilis* devra toujours être envisagé : Paget et Souligous ont rapporté des observations de malades ayant subi de nombreuses résections costales suivies de fistules persistantes qui guérirent par le traitement spécifique. Il est des cas où l'erreur de diagnostic est inévitable, tel celui rapporté par Gaudier (Société de chirurgie, 1933) dans lequel, croyant opérer un abcès froid, cet auteur tomba sur un *kyste pulmonaire intra-pariétal* très probablement de nature congénitale.

Quand vous aurez fait le diagnostic d'un abcès froid thoracique, il faudra toujours penser à ce que j'appellerai les *faux abcès froids thoraciques* qui sont au nombre de trois : l'*empyème de nécessité* qui se reconnaîtra à deux signes importants : l'expansion à la toux et la réductibilité ; 2° L'*abcès par congestion*, symptomatique d'un mal de Pott latent sur lequel Sorrel (2) a attiré l'attention en rapportant des observations très instructives de malades ayant subi plusieurs résections costales, fistulisés chez lesquels l'injection de lipiodol affirmait l'origine rachidienne de lésions tuberculeuses cliniquement et radiologiquement méconnues ; 3° Les *abcès froids symptomatiques d'une tuberculose mammaire* à forme confluente si bien décrits par Sabrazès et Binaud.

Pathogénie. — Tout l'intérêt des abcès froids thoraciques réside dans leur pathogénie. Nous mettrons d'abord de côté les causes exceptionnelles.

Ce sont les abcès froids thoraciques de *cause articulaire* sur lesquels Tixier et Thévenot (3) ont attiré l'attention. Ils peuvent provenir des articulations chondro-costales, chondro-sternale ou sterno-claviculaire (Moiroud) (4). Ce sont les abcès froids d'*origine claviculaire* bien étudiés dans la thèse de Labonnote (5) enfin les abcès liés à une *chondrite tuberculeuse* primitive dont Charbonnel et Jonchères (6) ont rapporté une intéressante observation.

Ces formes exceptionnelles d'abcès froids thoraciques étant mises à part, je vous rappellerai que la théorie la plus ancienne est celle défendue par Bonnet, de Lyon, de l'*ostéite costale primitive*, en face de laquelle se dressa celle de la *périostite externe* de Gaujot, enfin la théorie du *pleurome* défendue par Leplat en 1865 et très bien exposée dans la thèse de Souligous en 1894. C'est actuellement la *théorie ganglionnaire des abcès froids thoraciques* qui paraît la plus en faveur. Elle avait déjà été invoquée dès 1876 par Verneuil mais a surtout été défendue en 1932 à l'Académie de mé-

(1) Jeanneney et Chabé. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1935.
(2) Netousek, Canky et Kauzal (de Bratislava).

(1) Leveuf et Michel Bréchet. — *Cahiers de pratique méd. chir.*, 1928.
(2) Sorrel. — *Bullet. Soc. chirurgie*, 1930.
(3) Tixier et Thévenot. — *Lyon chirurgical*, 1910.
(4) Moiroud. — *Bul. de la Soc. de chir. de Paris*, 1925.
(5) Labonnote. — Thèse de Bordeaux, 1899.
(6) Charbonnel et Jonchères. — Soc. d'anat. de Bordeaux, 1925.

decine par Fredet et depuis par son élève Kaufmann (1) D'après cette théorie, la lésion première des abcès froids costaux serait une lésion ganglionnaire des ganglions de la chaîne postérieure juxta-vertébrale, de la chaîne mammaire interne ou de ganglions lymphatiques existant au niveau des espaces intercostaux. Cette théorie est basée sur la fréquence des échecs des résections costales, sur les constatations opératoires montrant que dans 60 % des cas la côte est indemne, enfin sur les douze pièces opératoires de Fredet qui, ayant enlevé largement en bloc la paroi thoracique de la plèvre à la peau, a pu montrer que dans les douze cas il existait chaque fois un ganglion malade ; dans deux cas seulement le squelette étant atteint les lésions siégeaient au point de contact avec le ganglion tuberculeux. Wertheimer (2) a montré qu'au cours des opérations de thoracoplastie pour tuberculose pulmonaire il était fréquent de constater dans les espaces intercostaux un véritable chapelet ganglionnaire. Enfin, Jacob et Aschkenasy (3) ont rapporté récemment des constatations d'autopsie d'adénites tuberculeuses caséeuses à foyers multiples de la paroi thoracique chez une tuberculeuse pulmonaire.

Traitement. Le traitement des abcès froids thoraciques comporte le traitement médical physiothérapique et médicamenteux de toutes les tuberculoses locales.

Au point de vue chirurgical, il y a lieu d'envisager les opérations anciennes : 1° *ponction* et *injections* modificatrices ; 2° *curettage* ; 3° *résection costale* qui ont encore de nombreuses indications, avec cette réserve qu'on a certainement abusé des résections costales auxquelles il faudra cependant recourir pour atteindre une lésion profonde ou pour pratiquer une ligature nécessaire telle que celle de l'artère mammaire interne.

Le traitement chirurgical moderne des abcès froids thoraciques comporte deux sortes d'opérations :

1° *Opération de Fredet* qui consiste en une *large adénectomie* en enlevant la lésion en bloc, avec résection des côtes sus et sous-jacentes. L'auteur préconise l'incision cruciale et le tamponnement de la plaie à la gaze iodoformée, la mèche devant être enlevée vers le huitième jour.

2° *Opération de Kaufmann* dans laquelle on pratique une incision courbe en lambeau, sans résection osseuse, avec adénectomie à la curette suivie de mèche. Cette dernière opération a donné à son auteur 13 succès sur 13 opérations ; elle paraît moins grave que l'opération de Fredet qui, elle, a eu le mérite de fournir une série de belles pièces opératoires qui ont servi de base scientifique à la *théorie ganglionnaire* des abcès froids thoraciques.

(1) Kaufmann. — Thèse de Paris, 1931.
Kaufmann : Technique chirurgicale, 1931.
(2) Wertheimer. — *Revue de chirurgie*, 1924.
(3) Jacob et Aschkenasy. — Soc. d'études scientifiques sur la tuberculose, janvier 1935.

« La plupart des *étudiants* sont méconnus de leurs « patrons » et, ne vivant pas comme avant, dans leur intimité, ils en recueillent en gros l'enseignement de la médecine. Ils ignorent les anecdotes, les conversations simples, les confidences qui faisaient que les élèves d'un Trousseau ou d'un Dieulafoy avaient tous un air de ressemblance ; c'est en dehors de la leçon magistrale que venaient s'ajouter à la science pure, la qualité artistique et la souveraine imprégnation du grand chef d'Ecole. En résumé, si l'on fait des médecins en série, ces derniers ne donneront jamais que de la médecine en série. » (Docteur G. Chappaz. *L'Union Médicale du Nord-Est.*)

La publication des erreurs est plus utile aux progrès de la science que la publication des succès. (Morgagni.)

MEDECINE SCOLAIRE

L'examen de bonne santé doit être une des épreuves du baccalauréat

Par **Charles RICHET**

Résumons très rapidement ici un certain nombre de truismes et voyons la conséquence logique qu'il conviendrait d'en tirer.

Premier fait. — Le baccalauréat est une sélection indispensable à l'entrée de carrières de plus en plus nombreuses.

Second fait. — Les candidats arrivent à l'examen dans des conditions physiques déplorables.

Amaigrissement, chétivisme, insomnie provoqués et entretenus par le surmenage scolaire, stupide peut-être, mais absolument fatal avec nos mœurs françaises actuelles.

Troisième fait. — La tuberculose est fréquente chez les jeunes gens qui préparent ou viennent de préparer leur baccalauréat. Surmenage et insuffisance alimentaire sont les deux grands facteurs de la tuberculose.

Quatrième fait. — Si en Angleterre, aux Etats-Unis les enfants de 17-18 ans sont certainement moins instruits que leurs contemporains en France appartenant à la même classe sociale, ils sont physiquement plus et mieux développés et sont au moins aussi aptes à réussir dans la vie.

La meilleure formule semble être entre les deux conceptions française et anglo-saxonne.

Cinquième fait. — La préparation des examens du bachot en particulier est antiphysiologique et antisociale puisqu'on néglige systématiquement le développement physique.

Sixième fait. — Or dans la vie on réussit grâce à ses connaissances certes mais plus encore grâce à son caractère et à sa bonne santé, qualités dont la peau d'âne indispensable ne fait pas état.

Septième fait. — Les « parents moyens » sont obnubilés par le désir que leurs enfants aient de bonnes places. Ils ne comprennent pas l'intérêt qu'il y a à éviter le surmenage.

Le problème ainsi posé comporte une solution très simple. *Qu'il y ait une épreuve de santé physique, au bachot de première.* Cette épreuve, éliminatoire ou non, devrait être double. D'une part épreuve de gymnastique, on en a déjà parlé. Il est aussi utile dans la vie pratique pour un médecin, un avocat, un industriel d'avoir pu faire un 400 mètres que d'avoir pu apprécier Hésiode dans le texte ou d'avoir compris les variations d'un binôme ; les épreuves physiques existent d'ailleurs, à l'entrée de nombreuses grandes écoles (Polytechnique, navale, etc...)

D'autre part et surtout *Examen de bonne santé.* L'enfant tuberculeux ou simplement anémique et chétif est moins apte à entrer dans une carrière intellectuelle qu'un garçon bien portant. Cette épreuve de bonne santé est, remarquons-le, exigée dans les concours des P. T. T., les examens de la T. C. R. P. ou l'entrée dans les banques.

Donc inscrivons au programme une double épreuve.

L'une dynamique, d'exercice physique ou de gymnastique.

L'autre que l'on peut appeler statique, celle de bonne santé.

Injustice dira-t-on, puisqu'un enfant de mauvaise santé est handicapé.

Voire ; car on se fait une bonne santé plus facilement qu'on ne se forge une belle intelligence — que le baccalauréat est censé mesurer — *on travaillera l'épreuve de bonne santé en ne se surmenant pas*, et c'est justement l'intérêt de cette épreuve qui devrait être passé peu de temps avant l'écrit. L'élève de première consacre soixante heures par semaine aux études, une demi-heure à l'exercice physique, et trois ou quatre heures au maximum à ses distractions ou au repos. La disproportion est trop forte. Elle aboutit à des désastres. L'Académie de médecine l'a soulignée, jadis. Les Assises françaises de médecine générale viennent d'y insister à nouveau.

Alma mater, tel est le nom donné à l'Université, par ses thuriféraires. N'exagérons rien, « c'est une nourrice peut-être, disait un de ses grands prêtres, mais c'est une nourrice sèche ». En réalité c'est une marâtre.

N'est-ce pas le nom que l'on donnerait à une mère de famille qui demanderait à ses enfants un effort intellectuel soutenu, souvent exagéré, en se désintéressant de leur santé physique.

Ne croyons pas d'ailleurs que l'Université établisse de son propre mouvement une telle épreuve qui lui paraîtra antiscolaire ; elle n'en comprendra l'intérêt que lorsque l'opinion publique la lui aura imposée.

C'est donc à elle que nous faisons appel.

OPHTALMOLOGIE

Les verres de contact

Par M. **Albert FAVORY**

Ophtalmologiste de l'Hôpital Trousseau

La correction des vices de réfraction : myopie, hypermétropie, astigmatisme par le port de lunettes, constitue pour un grand nombre de malades une gêne considérable. Indépendamment du préjudice esthétique toujours important ce genre de prothèse est incompatible avec certaines professions : acteurs, jockeys, pêcheurs de haute mer, etc.

L'emploi de verres appliqués directement sur l'œil dits verres de contact constituant une prothèse quasi-invisible n'est pas nouveau.

Cependant jusqu'à présent on l'avait réservé à un certain nombre de cas très limité. En particulier le kératocône qui est une déformaton de la cornée non correctible par les lunettes bénéficiait de l'application de verres de contact. Mais jusqu'ici on n'avait pas étendu ce mode de correction aux simples amétropies. Pour les raisons que nous avons exposées plus haut, les opticiens avec l'aide de spécialistes compétents se sont efforcés de rendre ce procédé applicable à tous les cas de vices de la réfraction.

Actuellement il est possible d'obtenir une excellente acuité visuelle dans les amétropies jusqu'à + 20 et — 20 dioptries.

Le fait que la pièce était très mal supportée a rendu son usage longtemps inapplicable. Aujourd'hui bien que la question ne soit pas entièrement au point, de très bons résultats sont à signaler et la pièce est souvent très bien tolérée.

Le verre de contact est constitué par une sorte de mince cupule de cristal que l'on applique sur le segment antérieur de l'œil après l'avoir préalablement remplie avec un liquide de même réfringence que l'humeur aqueuse.

Cette cupule de cristal est taillée d'après les indications données par l'ophtalmologiste qui détermine avec très grand soin les rayons de courbure des deux axes de la cornée ainsi que la valeur en dioptries de la réfraction.

Actuellement deux sortes de verres sont utilisés : ceux de la maison Zeiss qui prennent un point d'appui très peu en dehors de la cornée. Leur prescription se fait après mensuration des courbures cornéennes. Les verres de la maison Dalloz prennent un point d'appui beaucoup plus éloigné de la cornée sur une partie moins sensible de l'œil mais sont plus volumineux. Leur détermination se fait après moulage du segment antérieur de l'œil à l'aide d'une substance spéciale. Le verre est construit d'après le moulage.

Deux questions importent en ce qui concerne les verres de contact :

1° La tolérance de la pièce ;

2° La perfection de la correction optique.

La tolérance de la pièce est une question tout à fait individuelle et variable. Certains la tolèrent très bien, d'autres sont obligés de ne la porter que de façon très intermittente et toujours après instillation de quelques gouttes de butelline.

L'amétropie est toujours corrigée de façon parfaite et l'on obtient dans le cas de faibles myopies des acuités visuelles extrêmement fines.

Au point de vue esthétique la prothèse est pratiquement invisible. Tout au plus en regardant de très près, peut-on voir le bord de la pièce. Celle-ci est naturellement mobile avec l'œil et si elle est bien supportée il n'y a ni rougeur de l'œil ni clignement. Tout au plus peut-on noter une expression un peu étrange et fixe du regard, l'œil apparaît un peu plus brillant que normalement.

En résumé le port de verres de contact est susceptible d'améliorer considérablement nombre de vices de réfraction difficilemeut correctibles par les verres de lunettes. D'autres part certaines conditions rendent leur application très utiles. En tout cas on peut espérer que lorsque la question sera parfaitement au point, on pourra utiliser des pièces très bien supportées par tous les malades.

« Je ne m'étais jamais rendu compte à quel point le système des examens est imparfait avant d'avoir lu le petit livre « Examen des examens », que viennent de publier sir Philip Hartog et le Docteur E.-C. Rhodes.

Qu'on ne me parle plus de la glorieuse incertitude du turf ! On ne trouve que des faits dans ce livre, et ils ne montrent que trop que l'examen est une course d'obstacles où le pauvre élève risque sa chance avec moins d'espoir que le cheval de sourse.

Il me semble à présent que si je devais à nouveau aller à l'école je refuserais de me présenter aux examens.

Ce livre montre que la majorité des examinateurs ne sont nullement qualifiés pour leur rôle et devraient eux-mêmes prendre des leçons.

Quand on songe combien souvent les médecins établissent un diagnostic erroné, on se rend mieux compte à quel point peuvent se tromper les examineurs dans leurs diagnostics. » (Robert LYND. *News Chronicle*. Traduit et cité par *Lu*, 22 mai 1936.)

« La pathologie hormonale n'est pas une pathologie d'organe mais de système. » (LERICHE.)

PRATIQUE RADIOLOGIQUE

A propos de la téléröntgenthérapie totale dans les maladies du sang et des organes hématopoïétiques [1]

Le but de cette nouvelle méthode est de traiter par les rayons X la totalité du corps humain, de manière à obtenir des effets curateurs plus complets dans le traitement des maladies dont les lésions sont disséminées dans tout l'organisme ; telles les leucémies et les dermatoses généralisées.

Diverses tentatives avaient déjà été faites successivement par Dale en 1925, par Devois en 1930, par Teschendorff en 1931, par Sgalitzer, par Sluys et par Mallet en 1932 dont les résultats furent relatés dans la thèse de J. Pulsford (juin 1932). Au cours de ces différents essais, les expérimentateurs se sont efforcés, suivant les possibilités de leur appareillage, d'augmenter la distance focale séparant le foyer de l'ampoule radiogène de la surface du corps à irradier, et par la même manœuvre d'élargir le champ d'irradiation ce qui permet d'inclure dans ce champ une plus grande masse de tissus à traiter.

Cette distance focale varie ordinairement de 20 à 40 cm. dans la technique de la radiothérapie localisée ; tandis que pour la réalisation de la téléröntgenthérapie, on s'est trouvé conduit à porter cette distance à 1 mètre, 1 m. 50, 2 m. et enfin 3 m. 40. C'est à cette plus grande distance focale que les auteurs donnent la préférence pour l'application la plus parfaite de cette nouvelle technique radiothérapique. En effet, les mesures qu'ils ont effectuées à ce sujet leur ont permis de vérifier la loi de Lambert ; elles les ont convaincus qu'à la distance de 3 mètres 40 le champ d'irradiation était sensiblement homogène et couvrait une surface circulaire dont le diamètre atteint 1 m. 70 : soit la moitié de la distance focale. De la sorte il est facile d'irradier en totalité le corps d'un malade dont la taille n'excède pas sensiblement 1 m. 70, et de répartir à la surface de ce corps une quantité de rayonnement sensiblement égale en tous points.

La disposition du foyer de rayons X à grande distance a aussi pour effet d'éviter l'affaiblissement du faisceau de rayons en profondeur, produit par le phénomène de la dispersion. Avec une distance focale de 3 m. 40, la dose parvenant théoriquement à 10 cm., au-dessous de la peau serait environ 95 % de la dose reçue en surface. Si l'on tient compte des autres facteurs physiques de la radiothérapie pénétrante : de la qualités des rayons X, de l'action du rayonnement secondaire créé par le corps même du sujet irradié, et de l'absorption des tissus ; on constate que les doses réellement reçues en toutes profondeurs de 0 à 10 cm. au-dessous du plan cutané sont pratiquement semblables.

Ainsi se trouve donc réalisé le but cherché par les auteurs de donner à toutes les parties d'un organisme malade la même dose de rayons X, et par suite de toucher les tissus que l'on veut modifier avec une dose efficace connue et contrôlable, sans risquer pour cela de donner à la peau ou à des organes voisins des doses supérieures qui pourraient leur être nuisibles.

Les auteurs insistent sur l'opportunité de certaines précautions techniques indispensables pour l'application correcte de cette nouvelle méthode, plus particulièrement sur la nécessité des mesures précises des rayons X permettant de fixer exactement les doses et par suite la durée des irradiations. Ils font d'ailleurs ressortir les difficultés d'emploi des ionomètres habituellement utilisés en radiothérapie localisée, et décrivent un nouvel appareil de mesure que le Docteur Mallet a fait construire à cette intention. Ils montrent également l'excellent parti qui peut être tiré de l'utilisation des microchambres d'ionisation.

Les auteurs décrivent deux procédés de téléröntgenthérapie ; l'un à 2 mètres, l'autre à 3 m. 40.

Le premier de ces procédés nécessite l'irradiation totale du corps en deux champs contigus, ayant chacun 80 cm. de diamètre, appliqués successivement en ménageant un certain intervalle de temps. Au cours d'une même séance, on n'irradie qu'une moitié du corps, si bien que les tissus de l'autre moitié, non touchés par les rayons X peuvent par leur propre action de défense lutter contre les phénomènes d'auto-intoxication du mal des rayons, et d'autre part compenser la déficience des glandes ou des tissus irradiés momentanément inhibés par l'irradiation. Cette technique paraît avantageusement applicable aux leucémies, car de cette manière on risque moins la sidération complète et brutale de certains éléments de défense de l'organisme, ainsi que celle des organes hématopoïétiques. Les séances seront hebdomadaires ou bihebdomadaires. Les doses relativement faibles varieront de 5 à 30 *r*.

Le deuxième procédé caractérisé par l'irradiation à 3 m. 40 paraît la méthode de choix pour le traitement de la maladie de Hodgkin. Il permet l'irradiation totale du corps en une seule fois. Les doses ne doivent pas dépasser 20 *r*. par séance.

Pour ces deux variantes de téléröntgenthérapie, les doses peuvent paraître faibles ; elles sont en valeur absolue 10 ou 50 fois plus petites que celles qui sont administrées en radiothérapie localisée. Toutefois il faut savoir que leurs actions physiologiques et thérapeutiques sont intenses parce qu'elles s'exercent simultanément sur toutes les cellules de l'organisme, aussi bien d'ailleurs sur les cellules saines que sur les cellules malades ; tandis qu'en röntgenthérapie localisée, on s'efforce de n'atteindre que les tissus malades, en isolant et en protégeant autant qu'il est possible les tissus sains.

La durée des séances est naturellement fonction de la puissance des appareils producteurs de rayons X. Actuellement ces appareils présentent les caractéristiques suivantes : forte tension de 200 à 300 kilovolts, filtration avec 0 mm. 5 à 1 mm. 5 de cuivre. Ils permettent d'obtenir les doses nécessaires avec des temps d'exposition variant de 1 à 2 heures.

La conduite de ces traitements est assez délicate ; elle doit être examinée pour chaque malade particulier, et même discutée pour chacune des séances. Celles-ci pourront être renouvelées à intervalles de cinq à dix jours, une dizaine de fois au maximum.

Un des éléments les plus importants à considérer pour la surveillance de ces malades est l'état de la formule sanguine, susceptible de subir de fortes variations au cours d'une série d'irradiations, et même assez longtemps après la dernière séance. Il sera donc utile sinon nécessaire de pratiquer l'examen du sang avant chaque nouvelle irradiation, aussi bien dans le but d'évaluer les progrès accomplis vers la guérison, que pour dépister dès leur début les premiers signes d'anémie grave qui contre-indiqueraient la poursuite du traitement téléröntgenthérapique.

En respectant ces précautions essentielles, on parviendra à donner une dose totale de 150 à 250 *r*. dans une période de deux à trois mois, ce qui représente sensiblement la dose maxima supportable par un malade en une seule série d'irradiation.

Ce traitement par téléröntgenthérapie n'est d'ailleurs pas exclusif des autres méthodes de radiothérapie localisée. Bien au contraire, les auteurs ont pu utiliser successivement pour un même malade la röntgenthérapie localisée et la téléröntgenthérapie ou radiothérapie totale, alors que l'une ou l'autre de ces deux méthodes employée seule au début semblait avoir épuisé ses bons effets.

(1) D'après l'article de Marchal et Mallet. In *Archives d'électricité médicale et de physiothérapie du cancer*, 1935.

Les auteurs passent ensuite en revue leurs observations cliniques.

Ayant ainsi soigné sept leucémies à monocytes, ils ont noté que la gravité de l'affection était souvent en rapport avec l'importance de la splénomégalie. Ils conseillent dans ce cas la rœntgenthérapie localisée sur la rate, en association avec la télérœntgenthérapie.

Pour les leucémies myéloïdes ou lymphoïdes, ils ont remarqué que la radio-résistance provoquée chez un malade par l'une des méthodes radiothérapiques, localisée ou totale, ne s'opposait pas à l'action des rayons X administrés suivant l'autre méthode qu'il y avait donc intérêt à reprendre en alternant avec la première. Dans cette même série de malades, ils ont enregistré l'apparition de la ménopause rœntgenlogique, ainsi que la leucopénie.

Enfin les auteurs rapportent une série de 25 cas de lymphogranulomatose maligne, dont la moitié au moins fut très heureusement influencée, bien qu'il ne soit pas encore question de guérison définitive, mais de survie plus ou moins prolongée.

Les auteurs relatent aussi quelques essais thérapeutiques concernant une leucémie à polynucléaire, des polyadénopathies tuberculeuses, trois cas d'érythrémie et un cas d'anémie splénique.

De l'ensemble de ces faits cliniques, il est permis déjà de poser quelques conclusions au sujet de la télérœntgenthérapie.

A son avantage, on enregistre :

1° L'inocuité parfaite pour la peau ;

2° La généralité de son action sur tous les tissus malades répartis dans tout l'organisme et susceptibles d'échapper à l'investigation clinique la plus minutieuse ;

3° Les améliorations cliniques manifestes concernant le prurit généralisé, l'hypertrophie de la rate et des ganglions, surtout enfin l'hyperleucocytose.

Pour surveiller ces effets thérapeutiques, les auteurs insistent sur l'importance des examens de sang qui doivent être fait chaque semaine, et qui conditionnent la poursuite du traitement.

Au passif de la méthode, il faut noter quelques malaises déjà décrits sous le nom de mal des rayons : céphalées, asthénie, rachialgie, insomnie, état nauséeux, fébricule ; ces troubles étant d'ailleurs passagers. De plus on observe comme pour tous les traitements rœntgenlogiques l'apparition de la radiorésistance, qui heureusement ne fait pas obstacle à l'emploi successif ou simultané de la rœntgenthérapie localisée. Parfois, on voit s'établir la ménopause artificielle. Enfin et surtout, apparaît une anémie particulièrement redoutable qui est un présage fatal et qu'on combattra par les moyens les plus énergiques : opothérapies diverses et transfusions sanguines.

Cherchant à établir le mécanisme d'action de ce traitement, les auteurs invoquent différents phénomènes de stimulation et d'inhibition. Puis ils dressent un tableau des doses les plus efficaces aux maladies justiciables de la télérœntgenthérapie. Ils insistent enfin sur la prudence avec laquelle doivent être conduits ces traitements nouveaux.

ORDIONI,
Chef de Laboratoire de radiologie
de la Clinique médicale de Saint-Antoine.

« Les sénateurs, les députés, les ministres n'ont nullement honte de venir dans les hôpitaux conduits par des chauffeurs cocardés. Il est vrai qu'ils n'ont pas à attendre, l'Administration les accueille à leur heure, et à bras ouverts. Et les chefs de service qui ont passé concours et acquis des titres ont l'honneur de manipuler à l'œil toute cette tripaille parlementaire, du moins, si on en juge par la sérénité et même la morgue avec laquelle ces honorables prennent leur temps réservé aux indigents, pour ne point avoir à honorer leur médecin particulier. » (Vu, 13 mai 1936. Enquête sur les profiteurs de la maladie.)

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Diagnostic

Un élément positif de diagnostic est le métabolisme basal qu'il est bon de consulter sans tarder, dans l'imbroglio de symptômes que peuvent créer des états pathologiques très différents, qu'ils soient d'origine organique, neuro-végétative, neuro-psychique ou autre.

Dans trois cas, où le même diagnostic, maladie de Basedow, avait été porté, le métabolisme basal a conduit à des conclusions différentes.

Les diagnostics rectifiés étaient respectivement : 1° anorexie mentale avec hypersympathicotonie légère, nervosisme banal ; 2° troubles sympathiques en rapport avec la ménopause ; 3° asthénie essentiellement d'ordre nerveux.

(H. Bon. A propos de trois métabolismes basaux. *Revue Médicale de Franche-Comté*, janvier 1936.)

Epidémiologie

Une petite épidémie de fièvre typhoïde survenue chez des enfants a donné lieu à des considérations intéressantes.

Les formes ont été longues, ataxo-adynamiques, se rapprochant beaucoup des manifestations présentées par l'adulte.

Le début a fait penser à une pneumonie à foyer central.

La symptomatologie a été irrégulière ; le tuphos a manqué assez longtemps, pour n'apparaître que vers le milieu de la période d'état.

Une des caractéristiques essentielles a été des rechutes successives, caractérisées par l'ascension brusque de la température. Certains des petits malades ont présenté deux rechutes consécutives. La période grave de la maladie a eu une durée d'un mois en moyenne.

Les complications ont été transitoires.

L'hémoculture était négative au début, sauf dans 2 cas sur 6.

La thérapeutique a été classique. Mais, devant la gravité extrême des symptômes, on a voulu faire mieux. On a essayé le sérum de porc, animal réfractaire à la typhoïde. Ce sérum tyndallisé a été injecté à doses progressives, de 10 à 20 c. c. ce traitement n'a eu aucun effet favorable, il a donné des réactions d'une intensité extraordinaire, faisant craindre un accident fatal. Chez un petit malade, qui devait succomber, on a fait des injections de sang de convalescent ; il semble que le décès fut dû à une granulie.

(Amsler et Boutin. Remarques sur une petite épidémie de typhoïde à symptomatologie particulièrement grave survenue chez des enfants. *Archives Médicales d'Angers*, février 1936.)

Clinique médicale

Les cas de maladies sanguines atypiques se sont multipliés au cours des dernières années ; les auteurs apportent un cas, qui emprunte des symptômes cliniques et hématologiques à la leucémie myéloïde et à la leucémie aiguë ; on sait pourtant que ces deux formes morbides s'inscrivent à juste titre en pathologie générale sur des plans absolument différents ; la leucémie myéloïde apparaît presque comme un cancer du sang, maladie subaiguë ou chronique mais irrémédiable, avec sa splénomégalie considérable et progressive, son anémie et son envahissement du sang circulant par les myélocytes ; au contraire la leucémie aiguë fait figure de maladie infectieuse, aiguë, souvent brutale, avec des lésions buccopharyngées simulant parfois une diphtérie maligne, de grands accidents hémorragiques, une splénomégalie modérée, l'échec absolu de la thérapeutique et la mort en quelques jours ou en quelques semaines.

Dans ce cas il s'agissait d'un malade dont l'aspect clinique pouvait faire penser à une leucocémie aiguë : l'état infectieux, les lésions bucco-pharyngées, la rate pas très volumineuse étayaient cette hypothèse. L'hématologie, au contraire, semblait

éliminer ce diagnostic, puisqu'elle donnait une formule sanguine de leucémie myéloïde et ne montrait pas de cellules souche dans le sang circulant. L'anatomie pathologique est en faveur d'une leucémie aiguë et montre dans tous les organes une infiltration abondante de ces cellules embryonnaires, qui manque dans la formule sanguine.

S'il fallait prendre parti, les auteurs concluéraient à un cas de leucémie aiguë, avec réaction sanguine très atypique.

(J. Barbier et H. Boucher. Sur un syndrome intermédiaire entre la leucémie aiguë et la leucémie myéloïde. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 février 1936.)

L'arythmie complète solitaire soulève des problèmes intéressants au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Au point de vue du diagnostic elle peut passer inaperçue ; les troubles fonctionnels sont qualifiés de nerveux ; si on les prend en considération, on pense à une arythmie sinusale ou à une extra-systolie auriculaire. C'est l'examen électro-cardiographique qui signe le diagnostic.

Si dépister l'arythmie est bien, en trouver la cause serait mieux, mais le plus souvent il faut se contenter d'hypothèses.

Le pronostic constitue un problème délicat ; avec une arythmie complète on peut vivre quelques jours ou des dizaines d'années. Pour établir le pronostic il faut tenir compte de la fréquence du pouls, des signes d'atteinte valvulaire, d'hypertension ou d'artérite. Les signes radiologiques sont importants ; la constatation d'une augmentation de volume de l'oreillette et surtout du ventricule gauche a une valeur pronostique réelle. L'examen électro-cardiographique a également une valeur à la fois diagnostique et pronostique.

Lorsque tous ces examens sont négatifs, le pronostic est relativement favorable.

Néanmoins le pronostic restera réservé en cas d'étiologie rhumatismale, une nouvelle poussée restant toujours possible.

(Y. Mével. De quelques cas d'arythmie complète. *Gazette Médicale du Sud-Ouest*, 15 février 1936.)

Les manifestations gastriques de l'allergie sont peu connues ; les travaux d'ensemble, consacrés à l'anaphylaxie alimentaire, n'ont pas de base anatomo-physiologique directe. Grâce à des centaines d'examens gastroscopiques les auteurs ont pu reconnaître aux gastropathies allergiques un indiscutable substratum anatomo-physio-pathologique.

On a ainsi pu établir, dans un grand nombre d'observations de gastropathies pseudo-lésionnelles, aussi bien la fréquente intégrité de la muqueuse gastrique, en dépit d'une symptomatologie digestive bruyante, que l'existence incontestable de désordres œdémateux, hémorragiques ou érosifs, essentiellement caractérisés par leur variabilité et surtout par leur fugacité.

Il ne faut pas oublier que les réactions allergiques répétées peuvent ouvrir la voie à d'authentiques lésions organiques, faute d'une thérapeutique appropriée.

Les malades atteints d'allergie gastrique ne sont évidemment soulagés ni par les traitements médicamenteux habituels, ni par les interventions chirurgicales. Par contre ils sont améliorés ou guéris par les méthodes de désensibilisation. On voit combien la conception des gastrites allergiques est importante au point de vue pratique.

(J. Paviot et René Chevalier. Les gastropathies allergiques. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 janvier 1936.)

Pédiatrie

Trois cas de rhumatisme polyarticulaire déformant de l'enfance, à symptomatologie d'ailleurs différente, ont laissé les auteurs dans un grand embarras quant à leur étiologie.

Les traitements médicaux et physiothérapiques appliqués ont été sans effet.

La question thérapeutique reste subordonnée au problème étiologique.

(H.-L. Rocher et R. Guérin. Trois cas de rhumatisme polyarticulaire déformant de l'enfance. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 1er mars 1936.)

Les cas d'acrodynie sont nombreux à l'heure actuelle ; on en trouve dans presque toutes les régions de la France. On relève une progression des cas pour lesquels un diagnostic a été posé ; cette augmentation s'effectue depuis 1925 ; elle est continue, régulière. Dans le cours d'une année il y a des différences, car l'acrodynie est une maladie hivernovernale.

L'acrodynie infantile, actuellement régnante, diffère totalement de la maladie, qui en 1928 a été observée en France, particulièrement dans la région parisienne.

(M. Péhu et J. Boucomont. Histoire et géographie de l'acrodynie infantile. *Journal de médecine de Lyon*, 20 février 1936.)

Médecine coloniale

La spirochétose ictérigène, identifiée depuis peu en Cochinchine, paraît y être assez fréquente ; si les formes classiques, graves, semblent exceptionnelles, les formes moyennes et atypiques sont plus souvent rencontrées.

Les auteurs apportent cinq nouvelles observations cliniques, confirmées par le laboratoire.

Les myalgies ont toujours été notées et ont joué un rôle capital pour l'établissement du diagnostic ; contrairement à la règle, les muscles sterno-cléido-mastoïdiens ont paru relativement respectés ; les douleurs spontanées et provoquées par la pression siègent électivement dans les muscles antérieurs des cuisses et postérieurs des jambes.

(Ch. Ragiot, P. Delbove, Nguyen-Van-Huong et Ho-Thieu-Ngan. Nouvelle note sur la spirochétose ictérigène en Cochinchine. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, septembre 1935.)

Médecine navale

Le syndrome du Gulf-Stream a été particulièrement marqué, en juillet et août derniers, à bords de tous les paquebots français et étrangers de la ligne de New-York et avec une intensité accrue à bord des paquebots de grande vitesse.

Cliniquement ce syndrome consiste en un embarras gastrique simple ou fébrile (de 37°5 à 38°5), dont la triade symptomatique est faite de coliques, de vomissements et de diarrhée profuse très bilieuse ; la crise et de courte durée ; elle est soit hypervagotonique, soit solaire ; elle ne présente aucun caractère de gravité et n'a pas de suites.

L'explication pathologique de ces troubles résiderait exclusivement dans les complexes climatique, météorologique et saisonnier qui les conditionneraient.

(J. Bobec. Le syndrome et la fièvre estivale du Golf-Stream. *Archives médico-chirurgicales de Normandie*, février 1936.)

Clinique chirurgicale

L'avenir des malades opérés d'ulcère perforé n'est pas des plus brillants. Dans l'immense majorité des cas ils sont, après un temps plus ou moins long, repris de troubles gastriques.

Souvent les douleurs éprouvés rétrocèdent partiellement grâce à une médication appropriée et à un régime sévère.

Parfois pourtant, malgré le traitement, malgré le régime, les crises douloureuses deviennent plus fréquentes, plus tenaces, plus aiguës et s'accompagnent, suivant les cas, de vomissements bilieux ou alimentaires, d'hémorragies occultes, de fatigue générale, d'anémie ; bref, tous les signes d'un ulcère en évolution font progressivement leur réapparition. Dans ces cas la seule intervention logique, judicieuse est, la gastrectomie large.

(J. Duval. Quel est l'avenir des malades opérés d'ulcère perforé ? *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 1er mars 1936.)

Ophtalmologie

Les verres correcteurs ne doivent pas être donnés par l'opticien, mais prescrits par l'oculiste après examen de la réfraction. Une mauvaise vision est due tantôt à un simple vice de réfraction et tantôt à une lésion oculaire.

La correction des vices de réfraction n'est déjà pas facile. En dehors de la myopie et de l'hypermétropie, il faut tenir compte de l'astigmatisme, qui peut être simple, composé ou mixte; ces différents vices de réfraction donnent lieu à des combinaisons, qui compliquent encore la prescription des verres.

Parmi les lésions qui troublent la vue, les plus fréquentes sont la cataracte et le glaucome chronique ; il est bien évident que les verres n'y peuvent rien.

(Godéchoux. De la nécessité de la méthode objective dans le choix des verres correcteurs. *Gazette médicale de Picardie*, janvier 1936.)

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 juin 1936

Contribution à l'étude de la vaccination antirabique par les vaccins phéniqués. — ***MM. P. Remlinger*** et ***J. Bailly.*** — S'il est certes hasardé de prétendre que l'acide phénique jouit de propriétés spéciales de nature à renforcer le pouvoir immunisant des émulsions vaccinantes, il est du moins établi que l'acide phénique détruit leur virulence sans nuire à leur pouvoir antigène. On peut ajouter que la dose journalière de phénol injectée ne saurait être toxique. Même des néphritiques à rein bouché ont pu, sans le moindre accident, être soumis au traitement. Par ailleurs, aucune méthode de vaccination n'est plus pratique et ne s'adapte mieux aux nécessités de la vie moderne. »

Malariathérapie de la chorée de Sydenham. — ***MM. V. Gillot*** et ***R. Dendale*** ont eu avec la malariathérapie de constants succès.

Ils en recommandent l'usage toutes les fois qu'on peut avoir l'occasion de s'en servir et quelle que soit la forme clinique de la chorée de Sydenham, aiguë, récente ou non, à rechutes ou récidives, généralisée ou localisée.

Ils ont régulièrement vu guérir cette chorée après la production de quelques accès fébriles malariques. La souche causale de ces accès, a été surtout le *plasmodium vivax* de la tierce bénigne.

Dès que la fièvre apparaît sous forme d'accès francs, les choses se passent toujours de la même façon : les mouvements choréiques s'accentuent durant la montée de la température et lors des premiers accès, mais ils s'atténuent vite entre ces accès pour disparaître totalement et définitivement au bout de quelques-uns d'entre eux, dont le nombre nécessaire ne dépasse jamais huit ou dix et est souvent moindre. Avec la quinine en injections intramusculaires employées à temps voulu et correctement, on coupe court ce paludisme artificiellement produit.

Depuis plus d'un an, et toujours avec succès, les auteurs ont employé cette nouvellle méthode de cure thermique de la chorée de Sydenham.

MM. A. Pic et ***M. Piery*** décrivent un *syndrome de tuberculose inflammatoire et à localisations multiples de l'adolescence*. Ils l'ont observé dans une proportion de 16,85 % chez les adolescents et 17,87 % chez les adolescentes, candidats aux Écoles normales d'instituteurs et d'institutrices du département du Rhône (observations portant sur 2.304 candidats pendant une période de vingt années). Il consiste dans la coexistence chez un même sujet, de deux ou plusieurs des symptômes principaux suivants : *sclérose apexienne, pleurite ou pleuro-congestion des sommets* ou des *scissures, albuminurie intermittente hypertrophie thyroïdienne, adénopathies cervicales, cypho-scoliose, anémie*, etc.

Les auteurs montrent qu'il s'agit d'une forme atténuée de tuberculose, en l'espèce d'une manifestation de la *tuberculose inflammatoire* de ***A. Poncet*** et ***R. Leriche***. Il importe d'identifier la nature d'un pareil syndrome, aux fins d'un traitement médicamenteux, climatique ou thermal, lequel donne généralement alors, dans la majorité des cas, d'heureux résultats.

La tuberculose chez les femmes exerçant un métier. — ***M. Knud Faber.*** — « Chez les jeunes femmes entre quinze et vingt ou vingt-cinq ans il existe une réceptivité toute particulière à l'égard de la tuberculose pulmonaire et de son évolution vers une phtisie mortelle. Toutes les diverses causes d'acquisition de cette maladie agissent avant tout sur les jeunes femmes : l'industrialisation, le travail épuisant, le genre de vie non rationnel, les risques de contagion et l'immunisation insuffisante, et par suite notre lutte contre la tuberculose ne fait sentir ses effets sur cette catégorie d'humains que plus tardivement et d'une façon plus incertaine que sur les autres. Nous avons donc un devoir particulier de chercher à aider et à défendre les jeunes femmes contre le danger qui les menace, à les protéger contre la contagion, à améliorer leur force de résistance ».

Sur un nouveau type de sympathicolytiques synthétiques. — ***M. Raymont-Hamet.***

Election d'un membre titulaire dans la IIIe Section (Hygiène). — Classement des candidats : En première ligne : M. VALLERY-RADOT.

En deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, HUBER, NÉGRO, PILOD et WEILL-HALLÉ.

Adjoints par l'Académie : MM. ARMAND-DELILLE, HEIM DE BALSAC, JOLTRAIN.

M. Pasteur Vallery-Radot est élu par 60 voix contre 27 à M. Weill-Hallé et 1 à M. Dujarric de la Rivière.

Né à Paris, le 13 mai 1886, M. Louis Pasteur-Vallery-Radot est professeur agrégé à la Faculté et médecin de l'hôpital Bichat, Elève de Widal, ses travaux ont surtout porté sur les affections médicales des reins et sur les maladies anaphylactiques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 mai 1936

Etude clinique et histo-pathologique d'un cas de nanisme au cours d'une néphropathie chronique (néphrose néphrite). — ***MM. E. Lesné, Ch. Oberling*** et ***Cl. Launay*** rapportent l'observation d'un enfant atteint à l'âge de 4 ans et demi d'une néphropathie œdémateuse où se trouvaient associés d'emblée une imperméabilité rénale, en particulier aux substances azotées, et un syndrome de néphrose lipoïdique. Suivi pendant les cinq années de sa maladie, l'enfant est décédé à l'âge de 9 ans et demi, en état d'urémie.

L'évolution des œdèmes et du syndrome humoral mérite d'être soulignée : ayant persisté une année entière, malgré tous les traitements institués, on a vu, à la suite d'une rougeole bénigne, tous les éléments de la néphrose lipoïdique s'effacer, puis disparaître pendant six mois ; plus tard ils ont reparu et n'ont plus cessé d'être présents. Cette variabilité contraste avec la persistance et l'aggravation progressive de l'hyperazotémie.

Durant cette longue période, la taille s'est seulement accrue de 6 cm. et le poids s'est à peine modifié ; le retard de la croissance, dans les derniers mois de la maladie, équivalait à un nanisme véritable, nanisme sans aucun stigmate ni clinique ni radiologique de rachitisme.

Les rapports de ce nanisme avec le nanisme rénal par sclérose atrophique des reins demandent à être discutés.

Les auteurs rappellent à ce sujet les cas de nanisme consécutif aux néphropathies sans atrophie rénale et se demandent si la présence d'une sclérose rénale importante démontrée dans cette observation et dans la plupart des cas semblables, n'en constitue pas le trait commun.

Ils discutent la pathogénie du nanisme et font valoir l'existence des lésions histologiques du corps thyroïde et du lobe antérieur de l'hypophyse. Il reste cependant impossible d'établir la genèse de telles lésions, dont les rapports avec la néphropathie ne peuvent être établis avec certitude.

Diabète insipide. Etude de l'élimination des chlorures et du pouvoir concentrateur du rein. — ***MM. Robert Debré, Julien Marie, D. Nachmansohn*** et ***Jean Bernard*** rapportent l'étude biologique longtemps poursuivie d'un enfant atteint de diabète insipide.

Ces auteurs concluent de leur étude à l'existence de deux troubles fondamentaux :

1° Un trouble du métabolisme de l'eau caractérisé par une polyurie qui persiste malgré la suppression complète du sel et qui disparaît par l'injection d'extrait post-hypophysaire.

2° Un trouble du métabolisme des chlorures, caractérisé par la perte du pouvoir concentrateur du rein pour le chlorure de sodium. Cette impossibilité de concentrer le NaCl est le test biologique le plus fidèle de la polyurie insipide. On reconnaît le syndrome à ce signe, comme on reconnaît un diabète sucré au chiffre de la glycémie. Cette diminution du pouvoir concentrateur du rein pour le NaCl, explique la diminution de la polyurie avec le régime déchloruré et son augmentation avec le régime chloruré. Ce trouble fonctionnel du rein est électif et n'intéresse que le NaCl ; toutes les autres substances que ces auteurs ont étudiées et ils ne connaissent pas d'autre observation où l'expérience fut plus complète, sont capables d'être éliminées à leur concentration maxima. Cette diminution du pouvoir concentrateur du rein s'atténue sous l'influence de l'extrait post-hypophysaire, en ce sens que la quantité de chlorures urinaires éliminés par litre, augmente

notablement ; ils peuvent atteindre le taux des chlorures sanguins, mais il est exceptionnel qu'ils réussissent à le dépasser. Ces élévations, lorsqu'elles se produisent, sont toujours passagères et peu marquées. Par conséquent la difficulté qu'éprouve le rein du sujet atteint de diabète insipide à concentrer les chlorures, persiste même pendant la période d'action de l'extrait post-hypophysaire.

M. Decourt rappelle une observation personnelle antérieurement publiée montrant également qu'il existe une dissociation dans le mécanisme physio-pathologique du diabète insipide ; il faut faire intervenir les deux facteurs : troubles du métabolisme de l'eau et troubles du pouvoir concentrateur du rein pour expliquer la polyurie.

M. Rathery a vu des malades atteints de diabète insipide qui concentraient fort bien le NaCl. Il ne faut donc pas faire des troubles du pouvoir concentrateur du rein un symptôme majeur et absolu.

Ictère à boue blanche. — *MM. Georges Boudin, A. Gajdos, Mlle S. Gothié* et *M. Henry Walthier* (présenté par *M. N. Fiessinger*) rapportent un cas d'ictère par rétention dû à l'obstruction des voies biliaires par une boue blanche formée presque uniquement de carbonate de chaux. La vésicule biliaire était spontanément visible sur les radiographies. Une cholécystectomie fut pratiquée avec drainage des voies biliaires qui laissa écouler une bile très riche en calcium.

Les auteurs rapprochent cette observation d'ictère avec dépôt calcique dans toutes les voies biliaires (calcibilie) de cas voisins, mais très différents, de vésicules à contenu calcaire associées à une obstruction du canal cystique par un calcul cholestérolique.

Physio-pathologie des accidents mortels consécutifs aux embolies pulmonaires. — *MM. Maurice Villaret, L. Justin-Besançon* et *Pierre Bardin* estiment insuffisamment résolue la question de savoir pourquoi et comment un caillot, situé dans une artère pulmonaire, peut entraîner la mort. A leur avis, on invoque trop facilement l'oblitération artérielle et l'insuffisance de la circulation pulmonaire. Il leur a semblé nécessaire de reprendre sur des bases nouvelles l'étude physio-pathologique des embolies pulmonaires, et ces auteurs exposent successivement la réalisation des embolies expérimentales, les résultats de leurs travaux et les conclusions pathogéniques qu'ils en tirent.

Ils obtiennent de grosses oblitérations artérielles à l'aide de perles d'émail introduites dans la veine jugulaire externe droite, ou à l'aide de suspension aqueuse de mucilage qui se prend en masse dans le sang. Ils provoquent, au contraire, les embolies de petit volume en utilisant une pierre ponce exactement calibrée.

Les résultats expérimentaux varient essentiellement suivant les dimensions de l'embolus utilisé. L'oblitération massive des artères pulmonaires ne provoque que peu ou pas de dyspnée et réalise anatomiquement l'infarctus triangulaire typique ; le chien ne meurt jamais subitement, il survit plusieurs jours ou plusieurs semaines. Au contraire, avec des quantités minimes de grains de pierre ponce calibrée à cent cinquante μ, l'animal meurt en quelques minutes.

Il est donc impossible de provoquer la mort subite à l'aide d'embolies artérielles volumineuses. La mort rapide n'est obtenue qu'avec des embolies artériolaires d'un calibre bien déterminé.

La mort subite par embolie n'est donc pas l'effet d'une obstruction de la circulation pulmonaire. Elle ne peut être que le résultat d'un réflexe déterminé par les particules embolisantes sur les terminaisons nerveuses des artérioles (et non pas des artères ou des capillaires). Dès lors on entrevoit le rôle que des modifications neuro-végétatives ou humorales peuvent jouer dans le déclenchement des processus anatomiques et physiologiques consécutifs aux embolies.

Pathogénie des lésions pulmonaires d'origine embolique. — *MM. Maurice Villaret, L. Justin-Besançon, J. Delarue* et *P. Bardin* ont étudié expérimentalement l'évolution histologique de l'infarcissement hémorragique du poumon après embolie, depuis la minute même de la production jusqu'à la cicatrisation complète de l'infarctus. Ils insistent sur le mécanisme immédiat initial de ces lésions emboliques. Ils prouvent que l'infiltration hémorragique du parenchyme pulmonaire est surtout l'effet d'une brusque vaso-dilatation capillaire dans un territoire limité ; celle-ci s'accompagne bientôt d'un épaississement considérable des cloisons interalvéolaires qui triplent ou quadruplent d'épaisseur et d'une exsudation œdémateuse et hemorragique intra-alvéolaire. Tel est l'aspect constaté sur l'animal sacrifié aussitôt après embolie ; au bout de quinze minutes, des foyers d'infarcissement apparaissent déjà ; une heure après, les phénomènes congestifs diffus rétrocèdent et les lésions en foyer s'accentuent ; au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, c'est l'aspect de l'infarctus classique, lésion qui devient de plus en plus nette les septième, dixième et quinzième jours. Enfin les lésions rétrocèdent à partir de la troisième semaine, la cicatrisation se faisant du trentième au quatre-vingt-dixième jour.

Les auteurs ont confirmé leur conception pathogénique par l'étude histologique des poumons après section unilatérale du tronc du sympathique cervical. Du côté de l'opération, les lésions pulmonaires précoces, putrement histologiques, ont le même aspect que celles de l'infarctus hémorragique post-embolique au même stade évolutif.

Recherches sur la prévention expérimentale des accidents consécutifs aux embolies pulmonaires. — *MM. Maurice Villaret, L. Justin-Besançon* et *Pierre Bardin* étudient l'influence des substances pharmacodynamiques sur la prévention des accidents mortels après embolies expérimentales.

Alors que chez le chien, la section du tronc vago-sympathique est sans effet immédiat, chez le lapin au contraire, la section des vagues nécessite l'augmentation de la quantité de poudre de pierre ponce qui provoque la mort par embolie ; et, à l'inverse, après section des deux troncs sympathiques, la dose mortelle devient beaucoup plus faible.

D'autre part, chez le chien chloralosé, alors qu'une embolie donnée amène la mort en cinq minutes environ, après injection d'yohimbine, la mort devient absolument instantanée. Au contraire, après injection intra-veineuse d'éphédrine, la mort ne survient plus qu'au bout de quinze minutes ; après injection d'éphédrine et de bicarbonate de soude, au bout d'un temps plus long encore. Enfin, après injection intraveineuse d'éphédrine, d'atropine et de bicarbonate de soude, il est impossible d'obtenir la mort subite avec la même dose de corps embolisant.

Ces recherches expérimentales constituent le point de départ d'applications thérapeutiques en pathologie humaine pour la prévention des accidents mortels post-emboliques.

Les syndromes spléno-polyglobuliques. Dissociation de la maladie de Vaquez. — *MM. P. Emile-Weil, Isch-Wall* et *Mlle S. Perlès* présentent deux femmes atteintes de polyglobulie avec splénomégalie, qui semblent avoir toutes deux la même affection et qui sont en réalité atteintes, l'une de la maladie de Vaquez, l'autre de splénomégalie avec érythroblastose.

Ces deux affections ont en effet des symptômes communs : la splénomégalie, la polyglobulie, l'érythrose et un syndrome hémogénique léger. Mais les signes différentiels sont beaucoup plus nombreux.

Dans la splénomégalie avec polyglobulie simple, la splénomégalie est importante mais non excessive (rate d'un kilog environ) ; le sang montre une polyglobulie intense qui peut atteindre plus de 10 millions, les diverses lésions anémiques sont moyennes mais expliquent la valeur hypochrome de l'hématie, la leucocytose moyenne est de type polynucléé. C'est nettement un sang adulte. L'intensité souvent extrême de la polyglobulie explique l'érythrose intense et nécessite les troubles nerveux et vasculaires. Le foie reste de volume normal. La ponction de la rate donne un tableau macrophagique normal, celle du foie indique l'absence de toute participation à la maladie. La moelle osseuse par contre réagit : la réaction normoblastique est forte.

Dans la splénomégalie érythroblastique, on trouve une rate colossale, égale aux plus grandes rates leucémiques (3-4 kgr), un foie énorme. Le sang est analogue à celui de l'anémie pernicieuse malgré la polyglobulie, toujours discrète (6 millions), de type hypochrome ou orthochrome ; on constate une grande anisocytose avec micro et macrocytose, poïkilocytose avec ovalocytose, basophilie surtout des mégalocytes. Présence d'hématies nucléées normo et mégaloblastiques. Présence d'une leucocytose myéloïde marquée. La discrétion de la polyglobulie explique que l'érythrose soit moins intense que dans la forme précédente et que manquent les troubles nerveux et vasculaires. La ponction des centres montre l'érythroblaste intense de la rate surtout mégaloblastique, avec myélocytose et mégacaryocytose ; mêmes réactions aussi intenses dans le foie. Par contre, la moelle osseuse végète peu et n'est guère que normoblastique.

La première affection est d'origine médullaire, la seconde est une maladie spléno-hépatique qui semble inflammatoire et

non tumorale comme la leucémie. La première est justiciable de la radiothérapie, qui modifie incomplètement la seconde.

Un cas de septico-pyohémie post-angineuse à bacillus funduliformis terminé par la guérison. — *MM. A. Lumierre* et *René Moreau* ont observé chez une jeune fille un cas de septico-pyohémie à bacillus funduliformis dont les symptômes ont été si caractéristiques que le diagnostic a pu en être fait avant la confirmation par les examens bactériologiques.

Début brutal au quatrième jour d'une amygdalite phlegmoneuse par un frisson intense, répétition les jours suivants et à des intervalles irréguliers, des grands accès fébriles annoncés par un frisson violent et prolongé ; apparition d'infarctus pulmonaires se traduisant par un point de côté aigu et soudain et par un gros frottement pleural ; enfin, développement d'une arthrite de la colonne cervicale. Cette triade symptomatique ne laissait déjà aucun doute sur la nature de l'infection quand une hémoculture pratiquée le sixième jour de l'angine en milieu anaerobie a donné de très nombreuses colonies de bacillus funduliformis.

Malgré la haute gravité des accidents, malgré le développement d'une collection suppurée dans le creux sus-claviculaire gauche, cette septico pyohémie a fini par guérir spontanément au bout d'un mois environ.

Les auteurs attribuent cette heureuse issue à ce que les localisations pulmonaires ont été peu nombreuses. L'auscultation, comme la radiographie n'a montré en effet que deux foyers bien circonscrits, un dans le poumon droit, un dans le poumon gauche. Aucun épanchement pleural ne s'est développé.

Les deux foyers nécrotiques développés au siège des infarctus ont suppuré, se sont excavés, se sont évacués par les bronches et se sont finalement cicatrisés.

Le principal danger qui menace en effet les sujets atteints de septico-pyohémie post-angineuse à bacillus funduliformis, chez lesquels la bactériémie vient à disparaître spontanément, réside dans l'existence d'abcès pulmonaires multiples compliqués de pleurésie purulente.

M. Hallé avait remarqué jadis l'extrême variabilité de la virulence du bacillus funduliformis. L'injection de cultures de bacilles par differentes voies chez l'animal de laboratoire entraîne des lésions si variables qu'il est impossible de porter un pronostic. Ceci explique sans doute les rares cas de guérison publiés.

M. Lemierre a observé qu'il n'existe pas de parallélisme entre la gravité du syndrome clinique et la virulence du germe chez l'animal. Ce pronostic de l'affection ne peut donc pas être précisé par l'étude bactériologique

Un cas de septico-pyohémie post-angineuse à bacillus funduliformis à évolution rapidement mortelle. Ligature de la veine jugulaire interne. Minime abcès amygdalien et thrombo phlébite péri-amygdalienne. — *MM. A. Lemierre, Jean Reilly, Meyer-Heine* et *J. Hamburger* rapportent un cas de septico-pyohémie à bacillus funduliformis consécutive à une amygdalite d'aspect banal, surtout marquée du côté gauche. La ligature de la veine jugulaire interne gauche n'a pas empêché la constitution de graves lésions pleuro-pulmonaires et la mort est survenue le dixième jour.

L'examen histologique de l'amygdale gauche a montré l'existence d'un tout petit abcès dans la profondeur de cet organe et d'une thrombo-phlébite périamygdalienne avec présence de nombreux microbes englobés dans la tête du caillot.

La ligature de la veine jugulaire interne, ayant pour but d'empêcher la formation des embolies pulmonaires, était donc parfaitement justifiée. Dans le cas présent, cette intervention n'a pu être pratiquée qu'assez tardivement, au sixième jour de l'infection. C'est peut-être là une des causes de son échec. Cependant il faut bien savoir que si pratiqué d'une façon précoce elle semble avoir, d'après les auteurs allemands, amélioré le pronostic des septicémies post-angineuses à microbes anaérobies, elle ne parvient pas toujours à en arrêter l'evolution fatale.

Un cas mortel de septicémie post otitique à bacillus funduliformis avec thrombo-phlébite des sinus caverneux. — *M. Lamy* et de *Font-Réaulx* présentent l'observation d'un enfant de quatre ans qui présenta à la suite d'une otite à pus fétide tous les signes de la septicémie à bacilles funduliformis. Celle-ci fut confirmée par l'hémoculture. La mort survint très rapidement par thrombo-phlébite des deux sinus caverneux.

Séance du 29 mai 1936

Infantilisme splénique de type Cooley. — *MM. M. Sendrail, A. Lyon* et *J. Lasserre* (de Toulouse) relatent l'observation d'une enfant de 13 ans, d'origine andalouse, chez laquelle s'était développé, à partir de la troisième année, un complexe clinique, lentement progressif, caractérisé par : une très importante splénomégalie, une hépatomégalie, une anémie avec hématies à noyau, une réduction staturale et pondérale très notable, des lésions osseuses discrètes, un faciès mongoloïde, un syndrome d'infantilisme. Les diverses recherches pratiquées permettaient d'éliminer l'ictère hémolytique, l'hérédo-syphilis, le paludisme, la leishaminiose, etc.

Ce cas doit être rapproché du syndrome nouveau identifié par Cooley (thalassémie ou anémie méditerranéenne). Il se distingue toutefois des faits antérieurs par l'absence du caractère familial et le degré modéré de l'érythroblastose. Les auteurs insistent sur l'association de symptômes de nanisme ou d'infantilisme aux symptômes spléno-hématiques et rappellent que des faits cliniques et expérimentaux suggèrent la notion d'un rapport entre les processus de croissance et la physiologie de la rate.

Importance de l'examen radiologique de l'œsophage en position de face dans le diagnostic du rétrécissement mitral et exceptionnellement dans celui du rétrécissement tricuspidien. — *MM. C. Lian* et *M. Marchal* concluent de leurs recherches que dans la position frontale l'examen radiologique de l'œsophage fournit pour le diagnostic cardiologique des renseignements plus nets que dans les positions obliques.

A l'état normal, au-dessous de l'encoche aortique et bronchique gauche, l'œsophage apparaît en position frontale comme sensiblement rectiligne : c'est seulement au moment de traverser le diaphragme qu'il s'incline à gauche. Au contraire, dans 95 % des cas de rétrécissement mitral, l'œsophage, refoulé latéralement par l'oreillette gauche dilatée, est dévié à droite et dessine une courbure à convexité droite. Cette déviation manque seulement dans certains des cas où il n'y a pas de saillie de l'arc moyen : aussi lorsque cette saillie existe et que l'œsophage est rectiligne, est-ce là un excellent argument contre l'existence d'un rétrécissement mitral et en faveur de celle d'une artérite pulmonaire primitive.

La déviation œsophagienne à convexité gauche est exceptionnelle, elle est en faveur de l'existence d'une très grande dilatation auriculaire droite et d'un rétrécissement tricuspidien.

Dans l'interprétation des déviations œsophagiennes, il faut tenir compte des déviations dont la cause n'est pas cardiaque : anévrysmes aortiques, tumeurs médiastinales, sclérose rétractile pleuro-pulmonaires, etc... Mais il est facile radiologiquement de reconnaître toutes ces causes extra-cardiaques.

Donc, l'examen radiologique en position frontale de l'œsophage baryté est à la fois très facile et très riche en déductions cliniques : il fournit des données capitales pour le diagnostic du rétrécissement mitral et peut à titre exceptionnel orienter le diagnostic vers l'existence d'un rétrécissement tricuspidien.

Considérations sur les pleurésies dites « étagées ». — *MM. Dumitresco Mante* et *Ciorapcin*.

Le déséquilibre protidique au cours des états anaphylactoïdes. Traitement par auto globulinothérapie intradermique. — *MM. G. Aubry, Thiodet* et *Ribère*.

Acromicrie. — *MM. Jacques Decourt* et *R. Trotot* rapportent l'observation d'une femme de 39 ans atteinte d'acromicrie, syndrome caractérisé par une insuffisance du développement des membres portant surtout sur les extrémités. A cela se joint une obésité prédominant dans le segment inférieur du tronc et à la racine des membres. Il n'existe pourtant pas d'infantilisme vrai, les caractères sexuels secondaires étant parfaitement développés. Comme l'ont fait récemment MM. Carnot et Cachera dans un cas semblable, les auteurs opposent ce syndrome à l'acromegalie, et fournissent à l'appui de cette interprétation des arguments d'ordre clinique et biologique.

Mais le cas est singulièrement compliqué par le fait que la malade avait tout d'abord présenté un syndrome de macrogénitosomie précoce, interrompu à l'âge de 9 ans par l'ablation d'une tumeur de l'ovaire. Les auteurs pensent toutefois que les deux syndromes doivent être dissociés et que l'acro-

micrie actuellement constatée doit être imputée à l'hypophyse et non à l'ovaire.

Un cas de colite rhumatismale. — ***MM. René-A. Gutmann* et *Robert Wallich*** présentent l'observation d'une malade qui, au retour d'un voyage dans le Midi, présenta une colite fébrile avec phenomènes vésiculaires que l'on pouvait avoir tendance à rattacher à une toxi-infection digestive contractée en voyage. L'aspect etait assez banal, mais résistait à tous les traitements usuels.

Il s'agissait d'une malade qui avait présenté dans son passé d'assez nombreuses angines et plusieurs sciatiques. L'apparition, au cours de la poussée colitique actuelle, d'une nouvelle sciatique, de petites myalgies, fit soupçonner qu'il s'agissait peut-être d'une forme extra-articulaire de maladie de Bouillaud. L'administration à la troisième semaine de 6 grammes de salicylate de soude par jour arrêta en 24 heures tous les phénomènes qui reprirent dès que le salicylate fut supprimé. L'administration de salicylate amena la guérison complète.

M. Flandin ne pense pas que l'on puisse rattacher ce cas à la maladie de Bouillaud.

M. Paraf est du même avis.

M. ***Gutmann*** n'affirme pas qu'il s'agisse ici d'une forme anormale de la maladie de Bouillaud, mais il pense que cette hypothèse mérite d'être discutée ; ce cas se rapproche de ceux publiés antérieurement sous le nom de « formes digestives » de la maladie de Bouillaud.

Hémopneumothorax spontané bénin. — ***MM. Troisier, Bariéty* et *Dugas*** rapportent un cas d'hemopneumothorax survenu en pleine santé et terminé par la guérison. La maladie ne paraissait nullement conditionnée par la tuberculose ; l'examen radiologique était en faveur d'une lésion bulleuse sous-pleurale du lobe inférieur. L'examen du sang épanché donnait une leucocytose polynucléaire massive dont les auteurs soulignent la valeur séméiologique.

M. Courcoux rappelle les cas publiés antérieurement avec J. Lereboullet de pneumothorax spontanés bénins qui certainement ne sont pas de nature tuberculeuse. L'épanchement sanguin accompagnant le pneumothorax est d'une extrême rareté.

Il en relate un cas dans lequel l'hémothorax se constitua après un traumatisme thoracique chez un malade porteur d'un pneumothorax thérapeutique abandonné depuis plusieurs mois.

Le sang épanché était incoagulable, très riche en éosinophiles et très toxique pour le cobaye.

M. Et. Bernard pense qu'il est exceptionnel de trouver du sang dans les pneumothorax artificiels. Il en discute la pathogénie.

M. Rist n'a vu qu'un seul cas d'hémopneumothorax spontané. Par contre, il n'est pas exceptionnel de constater, lorsque le pneumothorax artificiel est entretenu depuis longtemps, la constitution d'un épanchement « de substitution » hématique.

Diabète de l'âge mûr ou mieux les dysglucies de vieillissement. — *MM. Maurice Renaud, Petit-Maire* et *Blanc*, dans une étude d'ensemble des états diabétiques qui apparaissent sur le tard, en montrent l'extrême fréquence et l'importance tant au point de vue de la pratique médicale que de la pathologie théorique. De leur étude se dégagent quatre points essentiels : 1) Les manifestations de tous ces états diabétiques sont fondamentalement les mêmes ; si elles sont quantitativement différentes, elles sont qualitativement identiques. Toutes les distinctions qu'on essaie d'établir entre les différentes formes sous lesquelles on les observe sont artificielles et arbitraires ; elles entretiennent dans l'esprit la plus regrettable des confusions. A tous points de vue il est convenable de reconnaître qu'on est dans tous les cas en présence d'un même désordre du métabolisme des glucides, auquel on doit donner un nom, celui de dysglucie, par exemple pour réserver le nom de diabète à la maladie constitutionnelle classique.

2° Ces dysglucies tardives sont toujours étroitement associées à d'autres syndromes cardio vasculaires, rénaux, nerveux pour ne parler que des plus importants dont l'ensemble constitue ce que l'auteur appelle la maladie de l'âge mûr dont les manifestations apparaissant au declin de l'âge adulte, chez des sujets ayant joui jusque-là d'une excellente santé, traduisent des défaillances fonctionnelles causées par le vieillissement des tissus. Il ne s'agit donc pas d'un processus morbide, mais d'un affaiblissement progressif des aptitudes au cours de cet âge mûr par lequel l'organisme passe plus ou moins lentement de l'état adulte à la vieillesse.

3° Cette conception montre qu'on peut opposer aux classifications confuses du diabète basées sur les accidents de la clinique ou les interprétations toujours obscures de la pathogénie, une classification d'après l'étiologie, claire et féconde.

4° La notion de la maladie de l'âge mûr par vieillissement impose les directives therapeutiques : corriger les désordres fonctionnels (ce qui est facile en ce qui concerne la dysglucie) en regardant bien au delà du seul diabète ; assainir l'organisme par le repos et la diète ; accorder ensuite l'activité de l'organisme à ses possibilités pour les mener doucement à une verte vieillesse.

Deux cas de botulisme grave, chez une fillette et son père diabétique. Sérothérapie antibotulinique. Guérison. — ***MM. G. Dreyfus, A. Ravina, J. Weill, A. Wimphers*** et ***Ornstein*** rapportent les observations de deux cas graves de botulisme consécutifs à l'ingestion d'épinards en conserve. Les malades présentèrent des troubles digestifs qui furent accompagnés chez la fillette d'un état cholériforme très inquiétant avec altération considérable de l'état général.

Les deux malades présentèrent des troubles marqués de l'accommodation qui permirent de poser le diagnostic ; celui-ci fut confirmé par la présence du bacillus botulinus dans l'aliment en cause.

Les auteurs font remarquer que le diabète du père ne fut pas aggravé par le botulisme, contrairement à toute attente. Ils pensent volontiers que la sérothérapie antibotulinique (associée à l'anatoxine) eut les plus heureux effets sur la terminaison favorable de ces cas, en particulier sur l'évolution vers la guérison du syndrome très alarmant, présenté par la fillette.

M. May rapportera prochainement trois cas de botulisme dont l'un fut traité par la sérothérapie spécifique. Il semble que le sérum ait eu ici aussi une action très favorable.

Modification spontanée d'une caverne tuberculeuse. — ***M. Et. Bernard***, à propos du procès-verbal, relate l'observation d'un malade atteint d'une volumineuse caverne tuberculeuse du sommet gauche qui, spontanément, diminua très rapidement de volume en même temps que l'expectoration diminuait considérablement et que les signes cavitaires disparaissaient. Mais cette sédation fut temporaire et quelque temps après, la caverne reprenait son volume antérieur et son extériorisation clinique.

Il ne faut donc pas trop se hâter de parler de disparition spontané des cavernes tuberculeuses.

Injection de lipiodol dans un cas d'atélectasie pulmonaire. — ***M. Courcoux*** rapporte la suite d'une observation antérieurement publiée d'atélectasie pulmonaire gauche cliniquement et radiologiquement des plus nettes. On injecta du lipiodol dans la bronche gauche à l'aide d'une sonde introduite dans celle-ci. La substance opaque s'arrêta un peu au-dessous de son origine et dessina une image en cupule témoignant d'un obstacle à ce niveau. Une bronchoscopie permit de découvrir qu'il s'agissait d'une masse tumorale dont la biopsie révéla la nature épithéliomateuse. L'auteur insiste sur l'intérêt de l'exploration lipiodolée dans ces cas.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Essais d'opothérapie artérielle

M. Audier (*S. de méd. de Marseille*, 25 mars 1936) a traité trois malades atteints de maladie de Léo Buerger et d'artérite syphilitique ancienne, par des injections quotidiennes d'un extrait soluble d'artères. Ce traitement a amené une sédation passagère des troubles vaso-moteurs et des douleurs et une amélioration des troubles trophiques.

Guérison d'un anthrax de la lèvre inférieure par le bacté staphy-phage

MM. E. Carcassonne et H. Llucia (*Comité méd. des B.-du-R.*, février 1936) ont obtenu en quatre jours la guérison d'un anthrax de la lèvre inférieure, chez un diabétique de 63 ans, par trois injections *in situ* de bacté-staphy-phage.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Avis favorables de l'Académie de médecine (26 mai 1936) pour :

— L'Institut Pasteur qui demande à préparer un sérum antipoliomyélitique obtenu par saignées d'animaux immunisés contre le virus filtrant de la poliomyélite.

— M. le Docteur Dhénin, 5, rue du Faubourg-Saint-Pry, à Béthune (Pas-de-Calais), qui demande l'autorisation de débiter cinq vaccins polymicrobiens pour le traitement de diverses maladies infectieuses par injections dans le tissu de l'amygdale.

— M. le Docteur Astier, 42, rue du Docteur-Blanche, à Paris, qui demande l'autorisation de préparer un vaccin polyvalent destiné à être administré par la voie buccale et préparé à partir de cultures de colibacilles, d'entérocoques et de staphylocoques partiellement lysées par le bactériophage correspondant.

— M. Titoff, docteur ès sciences, administrateur des laboratoires La Biothérapie, 5, rue Paul-Barruel, à Paris, directeurs techniques : MM. P. Séguin, licencié ès sciences, et Villette, pharmacien, qui demande l'autorisation de préparer :

1° Un vaccin polymicrobien, à administrer par la voie buccale sous la forme de comprimés ;

2° Un filtrat polyvalent, non injectable, pour applications locales.

— La Société des Laboratoires Virultra, directeur technique M. le Docteur Pierre Logeais, à Launay (Eure), qui demande l'autorisation de préparer un vaccin polyvalent, à administrer par voie buccale en ampoules de 5 cent. cubes.

— M. Dumatras, pharmacien, directeur des Laboratoires Oliviéro et Dumatras, 87, rue Denfert-Rochereau, à Paris, qui demande l'autorisation de préparer une solution non injectable de toxine de venin de Cobra, à administrer en pulvérisations ou en instillations particulièrement en forme de collyre pour applications oculaires antialgiques.

— M. Gallier, pharmacien, 38, boulevard de Montparnasse, à Paris, qui demande l'autorisation de préparer, dans un laboratoire installé 5, rue Paul-Barruel, à Paris, des solutions de venin de la vipère Daboia pour applications locales ayant pour objet d'utiliser le pouvoir coagulant du venin sur le sang pour arrêter les hémorragies.

— M. Georges Tixier, pharmacien, 55, rue du Centre, à Pantin (Seine), qui demande l'autorisation de préparer des solutions injectables d'extraits hydro-alcooliques partiellement déprotéinés des organes suivants, recueillis aux abattoirs : hypophyse (lobe postérieur), parathyroïde, foie, rate.

— M. Coay, pharmacien, 48, rue Théophile-Gautier, à Paris, qui demande l'autorisation de préparer des solutions injectables d'insuline préparées à partir de pancréas de bœuf.

— M. le Docteur Périsson, 157, boulevard Saint-Germain, à Paris, demande le transfert à son profit de l'autorisation de préparer et vendre une solution injectable d'extrait aqueux de bacilles tuberculeux humains et bovins broyés dont le débit a fait l'objet d'une première autorisation au profit de M. le Docteur André Jousset et d'une seconde autorisation au profit de Mme le Docteur Thérèse Jousset.

— La Société des Laboratoires Inava, 14, rue de Normandie, à Asnières Seine), directeur technique M. le Docteur Lesbre, qui demande l'autorisation de préparer une solution injectable renfermant des extraits lipoïdiques de bile, de substances cérébrale et de tissu cellulaire sous-cutané, mélangés à des lysats de bactéries non-pathogènes.

« Je l'ai dit : nous serons tous d'une justice et d'une impartialité irréprochables dans les jurys, le jour où le budget nous permettra de nommer agrégés tous ceux qui sont vraiment capables et dignes de l'être. » (GRASSET. — La crise médico-sociale. *La Revue Hebdomadaire*, novembre 1910, p. 46.)

THÉRAPEUTIQUE SPECIALISÉE

Principales indications des Mucines dans les affections du tube digestif

Depuis qu'à la suite des travaux du Professeur Leriche et de nombreux auteurs français et étrangers, les mucines ont été introduites en thérapeutique, la clinique a maintenant un recul suffisant pour leur attribuer la place qu'elles doivent occuper en gastro-entérologie.

La mucine gastrique (Biomucine) constitue la base du traitement des syndromes ulcéreux gastro-duodénaux ; ce mucilage animal indigestible réalise le meilleur pansement de la muqueuse mais ne réalise que cela, c'est-à-dire que l'on peut lui associer les traitements généraux et diététiques usuels. Dans ce groupe si divers des gastrites ce sont surtout les gastrites prolifératives hypertrophiques ou altératives qui bénéficieront du traitement à la Biomucine. Enfin toutes ces dyspepsies hypersténiques avec syndrome d'hypersécrétion et d'hyperchlorhydrie voient leurs symptômes très rapidement améliorés par la mucine qui neutralise biologiquement l'excès des acides de l'estomac.

Quant à la mucine intestinale (Entéromucine) elle apporte à l'intestin un rôle de protection générale et locale. En effet, si son action de pansement lui permet de constituer la principale médication des constipations colites avec colite spasmodique généralisée ou localisée, elle a, en plus, un rôle de protection générale en s'opposant au passage des microbes et des toxines à travers les lésions intestinales.

C'est ainsi qu'elle est indiquée dans de nombreux syndromes entéro-vésiculaires, entéro-hépatiques, entéro-rénaux où le colibacille est si souvent en cause.

C'est un traitement de base auquel peuvent être associées les diverses médications antispasmodiques, anti-infectieuses, opothérapiques ou biologiques.

La conception actuelle de la circulation coronarienne

Il n'est pas un chapitre de la cardiologie moderne que les récentes études sur la circulation coronarienne ne soient venues éclairer d'un jour nouveau.

P. Soulié (*Concours Médical*, 15 avril 1936) après un rappel anatomique et des méthodes d'étude utilisées étudie la physiologie des coronaires et montre l'influence de toute une série de facteurs sur l'irrigation du muscle cardiaque :

modification de la circulation coronaire au cours de la révolution cardiaque ;

effets de la vitesse du rythme cardiaque sur le débit coronaire ;

effets de la pression artérielle ;

rapport avec le débit cardiaque ;

effets des troubles du rythme ;

effets des agents chimiques ;

effets du système nerveux vaso-moteur. Rôle du X. Rôle du sympathique.

Il choisit ensuite trois problèmes d'un très grand intérêt doctrinal. Ceux de l'insuffisance ventriculaire, de l'infarctus du myocarde, des algies cardiaques.

De cette étude, il veut tirer des conclusions thérapeutiques.

Aussi, passant rapidement sur certains médicaments discutés dans ces cas (digitaline, quinine, adrénaline, etc.), s'arrête-t-il à deux catégories de substances, les nitrites connus depuis longtemps, les bases puriques, d'étude plus récente. De ce dernier groupe, il détache l'aminophylline, elle est, dit-il, « très employée, surtout en Allemagne, encore trop peu utilisée en France et semble d'un intérêt considérable dans le traitement des coronarites ».

« La multiplicité des moyens de transport et de communication a farouchement abrégé le cours de la vie ; du moins, pour l'esprit. La vie est longue à qui ne quitte guère sa ville natale, et parfois même son quartier, comme faisaient nos aïeux ; elle est bien courte quand on parcourt les pays en peu d'heures, et souvent. Le temps et l'espace se tiennent par des liens secrets. Le sentiment que tout va nous échapper nous enfonce dans un état insatiable d'avidité. Cette avidité fait que, si l'on trouve un obstacle sur sa route, la tentation de le détruire ou de le contourner par fraude est fatalement plus violente aujourd'hui qu'elle ne l'était il y a cinquante ans. (Edmond JALOUX. — Le problème moral. *L'Écho de Paris*, 1er juin 1936.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, où à vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

A propos des épreuves du concours de l'agrégation. — *Dans l'*INFORMATEUR MÉDICAL (24 mai 1936) *ces quelques réflexions du Docteur J. Crinon :*

Les épreuves du concours de l'agrégation se déroulent en ce moment à Paris et chaque après-midi, à la Faculté, vous pouvez entendre des leçons faites par les candidats à l'enseignement médical. Si le hasard vous mène au quartier latin, vous ne perdrez pas l'heure que vous dépenserez à les entendre.

Une chose vous frappera tout d'abord, c'est la mise en scène de ces leçons. Le candidat a devant lui un aéropage garance qui se tient à la distance d'un mètre seulement ; cette condition imposée au candidat est détestable. Vous voyez-vous, en effet, faisant un discours à la barbe d'un monsieur ? On mène ainsi une conversation, mais on ne peut pas faire une leçon.

Il serait préférable que les juges se tiennent sur les côtés ou sur les gradins de l'amphithéâtre. Il faut à celui qui expose du recul, une certaine distance entre son auditoire et lui. C'est une condition indispensable pour que l'orateur puisse utiliser tous ses moyens. Dans la disposition topographique qui est celle d'à présent le candidat a l'air de passer un examen et on sent qu'il subit la loi des choses car il parle comme s'il répondait à une question posée par un examinateur. Or, une leçon d'agrégation ce n'est pas du tout cela.

Qu'est-ce qu'on veut déceler chez un candidat qui fait une leçon ? Ses qualités d'enseignement. Ce concours sert à recruter ceux qui, demain, auront à enseigner. Il ne s'agit donc pas de savoir si le candidat « connaît son affaire », car ce serait peine perdue que de s'attarder à cette recherche, les candidats étant des sujets brillants, qui ont subi maintes épreuves antérieures. Ce dont il faut se rendre compte, c'est de l'aptitude des postulants à enseigner.

Or, enseigner, ce n'est pas réciter, mais, par un exposé personnel, faire comprendre à un auditoire qui est moins instruit que vous. Savoir est bien, mais inculquer à de jeunes esprits les connaissances que vous possédez, ça, c'est de l'art. Eh bien, c'est de cet art qu'il faut se rendre compte chez un candidat à l'agrégation. Cet art devient d'ailleurs de plus en plus rare et le dernier concours d'agrégation ne fait pas supposer qu'il soit en passe de renaître.

Barèges au XVIIe siècle. — *M. Raoul de Broglie, à propos d'une cure que le Duc de Maine y fit en 1675, nous dit ce qu'était la station pyrénéenne à cette époque* (REVUE DES DEUX-MONDES, 1er juin 1936) :

La renommée des eaux de Barèges s'était établie grâce aux événements qui avaient mis en contact avec les Pyrénées, les habitants des bords lointains de la Seine. Ces montagnes, que l'on imaginait à Saint-Germain « désertes et incultes », firent l'étonnement de ceux qui allèrent jusqu'à la Bidassoa au-devant de l'infante Marie-Thérèse. Un courant de curiosité attira vers ces contrées délaissées depuis Henri IV, la fantaisie des botanistes, puis les loisirs des grands seigneurs ; et même les prescriptions des médecins, influencés par la vogue, aiguillèrent vers les vallées des hautes régions les malades tout étonnés de découvrir d'autres beautés que celles qu' « une affreuse solitude, jointe à leur prodigieuse hauteur, pouvait leur donner ».

Les cures opérées par les eaux minérales bénéficiaient alors du prestige des pèlerinages : comme eux, elles étaient le dernier recours dans les maladies opiniâtres. C'est ainsi que Barèges devint la planche de salut, à laquelle ne demandaient qu'à se raccrocher les espoirs du Roi, pour la guérison de son fils, qui, âgé seulement de cinq ans, ne pouvait plus se porter sur des jambes « refroidies et atrophiées ».

. . . .

Le traitement qui fut ordonné au duc du Maine se composait de bains, de douches et d'un régime.

L'usage de la boisson des eaux sulfureuses ne s'étant répandu que vers 1740, on y suppléait par une autre source, moins chaude découverte au-dessus du bain par l'intendant Foucault.

Après quelques jours de repos, Mme de Maintenon vint baigner le petit prince. Ecartant l'infinité de flocons blanchâtres dont la surface était recouverte et qui ressemblaient à des blancs d'œufs, elle plongea dans les eaux chaudes, à l'odeur d'œufs couvés, les plaies purulentes et les jambes presque paralysées de l'enfant royal. Sur les prescriptions du Docteur de La Guttère, elle le baigna le plus longtemps qu'elle put, mais en ayant soin d'arrêter le traitement dès qu'il perdrait tout à fait patience et qui la soif violente et les cris qu'il poussait lui feraient plus de mal que de bien.

Les gens qui venaient à Barèges croyaient au contraire qu'on pouvait abréger le temps des eaux, en multipliant leur prise, et plusieurs se baignaient si souvent qu'ils étaient presque tout le temps dans l'eau. Il n'était même pas rare dans cette région proche de crus réputés de voir les hommes et des femmes ivres jusque dans le bain, où une bouteille les accompagnait presque toujours, parce que, disaient-ils, le vin les faisait mieux suer et réparait les forces que les eaux débilitaient.

La douche ne se faisait pas d'une façon moins primitive : au sortir du bain, on arrosait le membre malade avec des cruches ou bien, on leplaçait directement sous le jet des sources. Ensuite, négligeant le matelas où les malades se séchaient dans un coin avec quelques fagots de bois pour chauffer le linge, Mme de Maintenon faisait emporter dans des couvertures le fils de Louis XIV pour qu'il vînt directement à son lit « sans souffrir le moindre air en passant ».

Voltaire et le vin de Bourgogne. — *Sous ce titre :* VOLTAIRE EN ROBE DE CHAMBRE, *M. Charles Oulmont vient de publier* (Un vol. Calmann-Lévy, édit.), *un volume bourré d'inédits où il nous montre l'homme tel qu'il était, non pas, dans les grandes circonstances, mais chaque jour. Et naturellement Voltaire malade n'est pas oublié. Tout un chapitre est consacré à la santé du seigneur de Ferney qui avait fait du vin de Bourgogne un des éléments de son régime :*

« Le vin de Bourgogne, quel rôle il joue dans la vie quotidienne de Voltaire ! Et, comme il est amusant de s'en rendre compte en lisant sa correspondance en grande partie inédite, avec le conseiller Le Bault, membre de l'Académie de Dijon et nommé président à bonnet en 71. Propriétaire du célèbre cru de Corton, il devait être l'objet d'incessantes gentillesses de la part du « malade ».

Des Délices (1768), Voltaire le remercie de quatre tonneaux à double futaille qu'il boira à la santé du conseiller dans son ermitage. « Je compte parmi les bonnes œuvres, des plants de Bourgogne ; ceux dont vous avez bien voulu me gratifier promettent beaucoup. Pourrez-vous pousser la bienfaisance jusqu'à m'en faire avoir un millier. Mais je veux le payer, il ne faut pas être à charge à ceux qui ont la bonté de nous abreuver. » (Qui donc prétendait que Voltaire n'aimait que les cadeaux, et se faisait offrir sans vergogne mille choses qu'il aurait dû ou pu payer ?)

Il demande un peu plus tard quatre mille plantons des meilleures vignes de bourgogne : « Je sais bien qu'il est ridicule de planter à mon âge, mais quelqu'un boira un jour le vin de mes vignes. Et cela me suffit. *Homo sum et vini nihil a me alienum puto.* Dites-moi du moins à qui je dois m'adresser en bien payant ». Cette fois-ci, il ne s'agit pas seulement de payer, mais de payer bien.

Et plus tard encore : « Un pauvre quinze-vingt (la lettre est en vérité dictée à un secrétaire) a encore un goût quoiqu'il soit privé des yeux. Les dames qui vivent avec moi ne sont pas dignes de votre vin. Elles disent que le Bourgogne est trop vif pour elles ; mais moi, dont la vieillesse a besoin d'être réchauf-

fée, j'ai recours à vos bontés... Peut-être même cela me rendra-t-il la vue, car on dit que ce sont nos montagnes de glace qui m'ont réduit à ce bel état, et que les contraires se guérissent par les contraires ».

Quand Voltaire est accablé par les mémoires de maçons et de charpentiers, il s'impose d'être raisonnable sur le chapitre de la cave, s'excuse gentiment de sa « lésine », et demande au conseiller de ne lui envoyer qu'une moitié de tonneau du vin le plus coûteux — et partant le meilleur. « Il est dur pour un voisin de la Bourgogne de dépenser en pierres ce qu'on pourrait mettre en vin. Voilà pourquoi j'ai eu l'indignité de préférer un tonneau de 260 à un de 450. J'ai beaucoup de vin assez bon pour les Génevois qui se portent assez bien ; mais à moi, malade, il faut un restaurant bourguignon. Voulez-vous boire à nous deux votre tonneau de 450 ? L'année prochaine, je serai hardi si les Anglais ne nous prennent pas Pondichéry, et si on ne nous impose pas un quatre-vingtième ».

A propos du vin meilleur que Voltaire entend se réserver, tandis que le moins exquis — mais n'est-il pas encore délicieux puisqu'il vient de la meilleure source — suffira pour les autres, n'en a-t-on pas profité pour montrer son manque absolu d'hospitalité, son égoïsme, son avarice, que sais-je ? Pourrait-on pas dire : « Que celui qui n'a pas péché... », et ajouter que Voltaire du moins avoue sa faiblesse avec un charmant cynisme, avec une bonne foi déconcertante. S'il eût pensé être si fort critiqué, ne lui était-il pas facile de le faire sans le dire ?

Et quelle coquetterie dans sa façon de demander : « Vous ne m'avez rien écrit sur vos vignes cette année ; je me flatte que la bénédiction de Jacob est tombée sur vous comme sur nos cantons ; nous ne sommes pas dignes, nous et notre vin, de la prodigieuse quantité que nous en avons ; mais nous faisons plus de cas de deux de vos tonneaux que de trente des nôtres. Si donc, Monsieur, vous avez un tonneau de vin ordinaire et un autre excellent, je boirai l'un et l'autre à votre santé, en cas que vous vouliez bien me le permettre ».

Et dans ces lettres tirées à petit nombre par un descendant de Le Bault, voyez comme Voltaire varie sa manière d'annoncer qu'il aime faire deux parts de sa cave et s'offrir la meilleure : « Je ne sais si on paie vingt francs par pinte comme par roue de carrosse. J'espère que les impôts serviront un jour à nous faire boire notre vin en paix. On dit qu'il y a dans les vignes de Tournay un peu de vin passable, mais je le ferai boire aux Genevois, et je ne goûterai que le vôtre si vous en avez ». « Je ne puis plus souffrir d'autre vin que le vôtre ; apparemment que tant vaut l'homme, tant vaut son vin ».

Puisque M. Le Bault est magistrat, Voltaire n'hésite pas à déclarer que Thémis et Bacchus sont deux grandes divinités. Toujours il craint de mécontenter son échanson magnifique, en ne lui faisant pas de commandes assez importantes. Alors, il prend les devants, il sait ce qu'il faut dire pour ne pas être dans son tort vis-à-vis du respectable et précieux propriétaire de Bourgogne ; et n'a-t-il pas raison quand il écrit : « Vous me méprisez, Monsieur, parce que je ne vous ai demandé que cent bouteilles de vin cette année. Mais c'est précisément pour cette raison-là que je m'attends à vos bontés. Je suis le seul chez moi qui en boive, comme j'ai eu l'honneur de vous l'avouer, et j'en bois environ un demi-septier par jour. C'est une affaire de santé et non pas de luxe. Je suis indigne d'être Bourguignon. Ayez pitié de mon indignité. »

Il réclame sans cesse « son cordial ». Et il suffit de nous rappeler les misères physiques dont souffrait Voltaire, le climat froid de Ferney, et déjà des Délices, dès la fin de l'automne, pour admettre parfaitement qu'il s'agissait ici pour lui non pas de gourmandise, mais de nécessité. De réconfort en tout cas.

Si Voltaire d'ailleurs ne donne pas volontiers son vin le meilleur à ses hôtes, c'est qu'il s'indigne de la façon gloutonne dont on boit autour de lui, de l'indifférence où l'on semble etre de vider une bouteille de pinard ou de vin fin : « Mon curé n'aura pas la dîme de cette feuillette (qui doit être excellente). Il boit plus que toute notre maison ensemble. « En outre, l'égoïsme de Voltaire ne vas pasjusqu'à prononcer : «Après moi le déluge », mais ce qui est plus gentil, à propos des vignes qu'il plante grâce à la bonté de M. Le Brault : « Si je ne bois pas du vin qu'elles produiront, ceux qui viendront après moi le boiront à ma santé ».

A lire cette correspondance, il est amusant de noter comme le patriarche tient à mettre les choses au point sans relâche : ne connaît-il pas la malignité humaine mieux qu'un autre... Aussi ne craint-il pas de se répéter — tout en ne se répétant pas dans les termes : « Quand je prends la liberté de vous demander du vin de Corton, ce n'est point par sensualité, c'est par régime ». Et je sais bien que l'on observera : Qui s'excuse... Mais les proverbes ne sont pas toujours exacts rigoureusement.

Nous notons dans ces lettre, le côté méticuleux de Voltaire. Il ne laisse rien passer, surveille tout, et par exemple, en ce qui concerne le précieux vin : « Le tempérament de votre vin est trop différent du mien ; vous savez que je suis trop maigre et il s'est mis à être trop gras, il file. Je vous demande conseil. Vous devez, Monsieur, être le Tronchin du vin... Je renonce à engraisser, mais si vous pouvez dégraisser mes dix tonneaux, je vous aurai une extrême obligation ».

L'angoisse de Voltaire monterait au paroxysme si Tronchin d'ailleurs le mettait à l'eau pure : il n'aurait plus de force pour lutter contre les intempéries et les neiges.

Il préfère s'imaginer ce que peut être le cru personnel de la charmante Madame La Bault, avec quoi il va faire connaissance : « Il doit être agréable et sans fadeur ; fort sans trop de vivacité, bien coloré sans être trop foncé, ni trop clair. Il doit plaire à tous les goûts pour peu qu'il tienne de la propriétaire ».

Et comme Voltaire n'abandonne jamais son plaisir qui est de philosopher sur toutes choses, il prie le magistrat d'admettre qu'il est doux d'être occupé à planter sa vigne, tandis qu'on égorge sur terre et sur mer, que l'Allemagne s'épuise de sang et la France d'argent. »

Ce que Léon Blum écrivait sur la médecine il y a trente-cinq ans. — *Notre Premier avait alors vingt-neuf ans lorsqu'il publia ses* Nouvelles conversations de Gœthe avec Eckermann (Ed. de la Revue Blanche, 1901), *d'où la médecine n'est pas exclue, comme on peut s'en rendre compte par l'extrait suivant :*

... Je demandai à Gœthe s'il n'attachait vraiment aucune foi à la science des médecins.

— Je ne la nie point, répondit-il. Certes la médecine est encore dans son enfance. Elle commence seulement à appliquer au corps humain les résultats généraux de la physique ou de la chimie. Elle n'a étudié clairement que fort peu de maladies ; elle n'a découvert qu'un très petit nombre de spécifiques. Et toute la thérapeutique s'inspire encore de l'empirisme le plus grossier. Nos médecins ressemblent beaucoup plus qu'on ne croit aux médecins de Molière. Pourtant je n'entends point récuser leur science naissante et fragile. Mon aversion pour les médecins procède de ceci : que la conscience, le scrupule du savant leur font entièrement défaut. Jamais vous ne sentirez chez eux, devant un cas difficile et mal catalogué, l'impérieux besoin de comprendre, de voir clair. Ils se contentent, avec une facilité humiliante, de termes vagues et de diagnostics conditionnels.

Les médecins ne font aucun effort pour appliquer aux cas particuliers leurs connaissances théoriques et leur expérience générale. Ils feuillettent rapidement leur mémoire pour vérifier si la maladie rentre dans une des catégories classées, mais ils sont incapables du travail inverse. Et, tandis qu'un vrai savant n'aurait ni trêve ni repos jusqu'à la solution satisfaisante du problème, eux, sitôt la porte franchie, pensent déjà à autre chose.

Cet état d'esprit révèle l'absence de scrupule scientifique, mais il dénote aussi une véritable immoralité. Les médecins se donneraient un peu plus de peine si, une pauvre fois dans leur vie, ils avaient fait un effort sincère pour concevoir l'état d'esprit de celui qui les consulte ou qui les attend. Une mère près d'une enfant malade guette le médecin avec toutes les transes de l'épouvante et de l'espoir. Arrive un homme, jeune ou vieux, qui tire sa montre, pose d'une voix indifférente des questions dont il ne s'explique pas le sens, regarde et manie l'enfant comme un objet inanimé, griffonne sur un chiffon de papier quelques formules cabalistiques, puis tire sa montre, empoche son salaire et sort, en calculant qu'avant midi il lui faudra faire encore huit ou dix visites. A toutes les questions anxieuses, il a répondu en diplomate, d'un ton distant et évasif. Il ne s'est pas posé le problème scientifique du mal ; il n'a pas sensi l'émotion humaine de la souffrance. Il a accompli sa tâche professionnelle avec l'exactitude formaliste de l'employé à son bureau.

— Mais précisément, dis-je, ne faut-il pas compter avec l'habitude professionnelle qui endurcit et glace les cœurs les plus sensibles.

Mais Gœthe répond que, quand une habitude quelconque mène à de tels résultats, c'est qu'elle est mauvaise et doit être combattue. Votre argument, dit-il, ne prouve qu'une chose : c'est que l'éducation et la vie professionnelles des médecins se poursuivent dans des conditions déplorables à tous égards. Mais je reconnais qu'en effet, pour gâter les jeunes médecins d'à présent, il suffirait de l'exemple de leurs maîtres : car leur suffisance, leur âpreté ambitieuse, leur avidité, leur cynisme, sont desspectacles révoltants. Le jeune Léon Daudet, ce brouillon qui a gâté tant de beaux sujets, a recueilli dans ses *Morticoles*, toute

une série de faits décisifs que chacun peut enrichir de sa propre expérience.

Il y a bien entendu des exceptions. Mon vieil ami Potain, par exemple, est un touchant modèle de bonté, de désintéressement, de modestie, de science attentive et vigilante. Il a vraiment consacré sa vie dans un don religieux et caché, au soulagement de la souffrance. Mais je soupçonne que, sur ce sujet, il ne pense pas autrement que moi-même.

A propos d'un tableau du Musée de Gadagne relatif à la peste de 1720. — *Dans une communication à la* Section lyonnaise de la Société d'histoire de la Médecine (26 avril 1936), *le Docteur M. Lannois montre l'imminent danger que la peste de Marseille faisait courir à la ville de Lyon. Grâce aux sages et rigoureuses mesures prises par le Conseil de santé sous l'influence du grand médecin, précurseur des théories microbiennes que fut le Docteur Goiffon, ce danger fut écarté.*

.....C'est ainsi qu'en 1720-1921, Lyon fut épargné par la peste. Les Lyonnais se montrèrent reconnaissants. Les comptes du Bureau de santé se soldaient en 1722 par un excédent de 5.600 livres environ. Il existe dans les *Archives municipales*, une délibération du Consulat qui l'affecte à la frappe d'un jeton d'argent qui sera distribué « à tous MM. les Commissaires de la santé en considération des soins extraordinaires qu'ils se sont donnés pour garantir cette ville de la contagion ».

Quelques rares exemplaires en sont arrivés jusqu'à nous. C'est une petite médaille de 30 millimètres de diamètre dont l'avers porte une Minerve casquée, armée de la lame et du bouclier, avec le caducée d'Esculape à ses pieds, qui protège la ville contre une nuée de flèches tombant derrière elles. En légende, Minervæ salutari, et en exergue Proxime ardentis pestibulentiæ (metu depulso) MDCCXXIII.

C'est au même sentiment de reconnaissance qu'il faut attribuer un tableau conservé au Musée de Gadagne et qui mérite de retenir l'attention.

Il représente, costumé à l'antique, un guerrier debout, couronné et empanaché de longues plumes d'autruche, cuirassé, les jambes nues et chaussées de cothurnes... Son bras droit soutient un large bouclier protégeant un lion couché à ses pieds : en vain, le ciel irrité lance sur lui la foudre et les flammes. Au second plan, la Saône en aval du pont de pierre avec ses maisons, sa croix, ses enrochements. Enfin, au fond la colline de Fourvières, sa chapelle, ses belles habitations, la cathédrale Saint-Jean, etc...

Il est probable que cette peinture représentait Camille Perrichon, qui fut plus tard Prévot des Marchands, mais qui à ce moment était secrétaire de la Ville et, en cette qualité, membre du Conseil de santé où il joua un rôle très important. Mais même si ce n'est qu'une allégorie, nous devons en retenir le sens symbolique ; la peste de 1720 fut la dernière qui ravagea la France, et c'est aux Conseils de santé et à des hommes comme Goiffon que nous devons sa disparition.

« Dans un illustré à gros tirage, on a traité des exploiteurs de la maladie. Ce fut le prétexte, pour des médecins, de dire publiquement le mal qu'ils pensent de leurs confrères. Je trouve cette exhibition de la censure des médecins par d'autres médecins tout à fait inopportune. Nous sommes déjà assez vilipendés par le public pour que nous pensions qu'il n'est pas utile à notre profession de nous faire les avocats du diable. Outre que cela ne changera rien à l'immoralité dont nous sommes les premiers à nous plaindre, nous ne ferons, en effet, qu'augmenter au discrédit dont nous souffrons. » (J. Crinon. — *L'Informateur Médical*, 31 mai 1936).

BIBLIOGRAPHIE

Divers

Guide pratique de bibliographie, suivi d'un mémento analytique des principales bibliothèques publiques de Paris, par Frantz Calot et G. Thomas. Un vol. 12 × 18,5, br. 13 francs. Bibliothèque des Chercheurs et des Curieux. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (Ve).

— Comment connaître ce qui se publie aujourd'hui en France et à l'étranger ? Où retrouver ce qui s'est publié jadis ? Par quels moyens découvrir à coup sûr l'ouvrage qui fait actuellement autorité dans la matière qui nous occupe ? — Autant de questions multiples et variées auxquelles s'efforce de répondre la science des livres, la bibliographie. Science complexe, ingrate parfois, à laquelle manquait encore une initiation. Vaste champ d'investigations où s'impose le secours d'un guide clair et simple, montrant les routes sûres, épargnant les faux pas.

MM. Calot et Thomas nous apportent cette initiation, fruit d'une expérience quotidienne dans leur fonction de bibliothécaire. Ils viennent de mettre au point, sous la forme d'un manuel de consultation commode et d'un prix modique, ce guide essentiel qui n'existait point. On y trouvera signalés et décrits, pour toutes matières (à l'exception des sciences appliquées), les livres de fonds, les sources de références, les répertoires bibliographiques d'utilisation courante.

Véritable vade-mecum du chercheur, ce guide, qui s'achève par un tableau analytique des principales bibliothèques publiques de Paris, rendra des services réels et de tous les instants à tous les usagers du livre.

Les Livres de la semaine

Balthazard (V.). — **Eléments de médecine légale.** Coll. Précis de police scientifique, fasc. II, 128 p., 32 fig. Br. 24 fr. (Baillière).

Darier, Sabouraud, etc... — **Nouvelle pratique dermatologique**, t. VIII, 868 p., 175 fig., 3 pl. Rel. : 300 fr. (Masson).

Dauphin (Paul. — **L'Alcoolisme qui s'ignore.** Coll. Hygiène et thérapeutique par les méthodes naturelles, 80 p., 11 fig. Br. : 12 fr. (Baillière).

Guéniot (A.), — **Pour vivre 100 ans ou l'art de prolonger ses jours** (4e éd.) 230 p. Br. : 14 fr. (Baillière).

Jullien (A.). — **Des réactions comparées des cœurs de vertébrés et d'invertébrés**, 210 p., 50 fig. Br. : 40 fr.

Leys (André). — **Recherches sur les eaux polluées. Consommation d'oxygène et capacité d'épuration.** 112 p. fig. Br. 20 fr. (Baillière).

Rathery. — **Le diabète sucré**, 2e série, 327 p. Br .50 fr. (Baillière.)

Van Gehuchten (A. et P.). — **Les Maladies nerveuses**, 549 p. 407 fig Br. : 130 fr. (Baillière.)

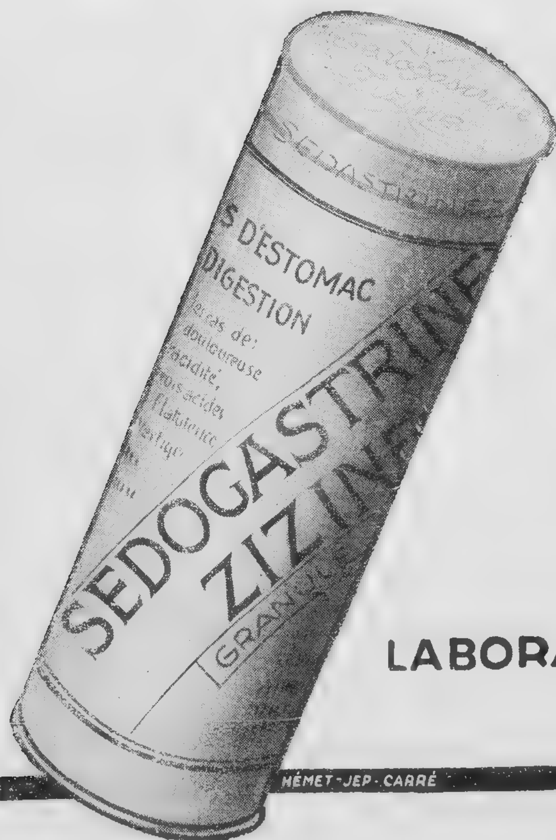


2 Formes :

GRANULÉ
COMPRIMÉS (avec bonbonnière de poche)

SÉDOGASTRINE

SÉDATIF GASTRIQUE
(Association Alcalino-phosphatée + semences de ciguë)



HYPERCHLORHYDRIE
SPASMES
DOULEURS GASTRIQUES

POSOLOGIE : Après les repas et au moment des douleurs
Granulé : 1 cuillerée à café
Comprimés : 2 à 4 jusqu'à sédation

LABORATOIRES DU DR ZIZINE
24, Rue de Fécamp - Paris

NÉMET-JEP-CARRÉ

Le Gérant : Dr Victor GENTY CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 25 LE NUMÉRO : 50 Centimes 20 JUIN 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V°
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies ... 40 fr.
Etudiants ... 30 fr.
Belgique ... 45 fr.
Etranger { 1re zone ... 70 fr. ; 2e zone ... 90 fr.

SOMMAIRE

Travaux originaux
P. RUBENOVITCH et J. CANTACUZÈNE : Le syndrome d'action extérieure ... 1033

Clinique médicale
M. LABBÉ : Les besoins alimentaires de l'homme aux différents âges et la Société des Nations ... 1038

Faits cliniques
Y. KERMORGANT : Obésité et syphilis ... 1047

Actualités
Le VIe Congrès de médecine physique, par P. MONNERET ... 1048

Revue de Presse parisienne ... 1052

Sociétés savantes
Académie de Médecine ... 1055
Académie de Chirurgie ... 1055
Société Médicale des Hôpitaux ... 1056
Société de Médecine de Paris ... 1056

Nouvelles ... 1027
Il y a cent ans ... 1030
Echos et Glanures ... 1059
Bibliographie ... 1030 1044 1062
Les Livres de la semaine ... 1063

Le papier utilisé habituellement pour l'impression du Progrès Médical *n'ayant pu nous parvenir en temps voulu par suite des événements, nous demandons l'indulgence de nos lecteurs et de nos annonciers pour le papier de remplacement que nous avons dû employer.*

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 15 juin. — M. CERF. Dystocie dans les utérus doubles par l'hémi-utérus non gravide « prævia ». — Mlle BRUGÈRE. Fonctionnement de la maternité de l'hôpital Saint-Antoine en 1935. — M. BLAZOKO. Etude sur le vanillisme professionnel. — M. BERCU. A propos d'un cas de calcul solitaire du cholédoque. — M. PASCARIL. A propos de la conduite du traitement chez les syphilitiques anciens. — M. EL AYARI. La thérapeutique par le travail chez les psychopathes. — M. ALBRECH. Etude sur la consanguinité et le mariage. — M. OLKOVOSKI. Etude du sodoku en Pologne. — Mlle SAUTEL. Régimes de fantaisies gastronomiques dans les stations thermales à travers les âges.

Concours d'agrégation. — *Section de médecine.* — Sont proposés à la nomination du ministre :

Pour la Faculté de Paris : MM. de Gennes, Bariéty, Coste, Lelong, Mollaret.
Pour Lille : M. Huriez.
Pour Bordeaux : MM. Broustet, Dervillée.
Pour Montpellier : M. Rimbaud.
Pour Nancy : M. Kissel.
Pour Toulouse : MM. Andrieu, Desfarges, Mériel.
Pour Lyon : MM. Croizat, Delore, Josserand, Levrat.
Pour Hanoï : M. Massias.

Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. — Un cours de médecine opératoire (résections et amputations pratiques) en huit leçons, par M. le Docteur J. Braine, chirurgien des hôpitaux aura lieu les lundi 29 et mardi 30 juin, les jeudi 2, vendredi 3, samedi 4, jeudi 9, vendredi 10 et samedi 11 juillet, à 14 h. 30.

Ce cours gratuit, sera réservé aux internes et anciens internes des hôpitaux.

Les auditeurs pourront répéter les opérations sur le cadavre.

Le nombre des auditeurs sera limité à 30.

Prière de s'inscrire, dès maintenant, à l'amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V^e).

— Un cours hors série d'opérations chirurgicales chirurgie de l'abdomen (tube digestif et glandes annexes), en dix leçons, par M. le Docteur Pierre Aboulker, prosecteur, commencera le lundi 29 juin 1936, à 14 heures et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 250 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Un deuxième et même cours, en dix leçons, commencera le 29 juin 1936. Le registre d'inscriptions est clos deux jours avant l'ouverture du cours.

Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

Ministère de la Santé publique. — Le cabinet de M. Henri Sellier, ministre de la Santé publique et de l'Education physique, a été convoqué comme suit :

Directeur du cabinet : M. Bovier-Lapierre, ancien ministre.

Chef du cabinet administratif : M. Marcel Lachaze, auditeur au Conseil d'Etat.

Chef du cabinet technique : M. le Docteur Hazemann, médecin inspecteur de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

Chef du secrétariat particulier : M. Alfred Rosier.

Attachés chargés du service parlementaire : M. Emile Boyer, contrôleur des Assurances sociales (Sénat) ; M. Louis Nermond (Chambre).

Service de santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Les médecins colonels : Duval, de l'hôpital Saint-Nicolas, Bordeaux, à l'hôpital Ribert-Picqué, à Villenave-d'Ornon ; Courboules, de l'hôpital Robert-Picqué, Talence, à l'hôpital Robert-Picqué à Villenave-d'Ornon.

Les médecins lieutenants-colonels : Solle, de l'hôpital Saint-Nicolas, Bordeaux, à l'hôpital Robert-Picqué, Villenave-d'Ornon ; Fauque, de l'hôpital Saint-Nicolas, Bordeaux, à l'hôpita Robert-Picqué, Villenave-d'Ornon.

Les médecins commandants : Guilmain, de l'hôpital Saint-Nicolas, Bordeaux, à l'hôpital Robert-Picqué, Villenave-d'Ornon ; Noël, de l'hôpital Robert-Picqué, Talence, à l'hôpital Robert-Picqué, Villenave-d'Ornon ; Ginestet, de l'hôpital Saint-Nicolas, Bordeaux, à l'hôpital Robert-Picqué, Villeneuve-d'Ornon ; Betirac, du 19e C. A., au 13e tir. algériens.

Les médecins capitaines : Frejafon, du 19e C. A., au 150e d'inf. ; Michaud, de l'hôpital Robert-Picqué, Talence, à l'hôpital Robert-Picqué, Villenave-d'Ornon ; Horrenberger, de l'hôpital Saint-Nicolas, Bordeaux, à l'hôpital Robert-Picqué, Villenave-d'Ornon ; Spetebroot, du 19e C. A., au 13e tir. algériens.

Légion d'Honneur. — Sont promus : SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade d'officier.* — MM. les Docteurs Bres (de Cannes), Delrat (d'Orsay).

Au grade de chevalier. — MM. les Docteurs Carette (de Saint-Pol-sur-Ternoise), Roland (de Besançon).

PENSIONS. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Bernard, membre de l'Association générale des mutilés de guerre.

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — M. Durupt, ancien médecin lieutenant, a été blessé et cité.

Congrès international de thérapeutique (Berne, Suisse, 19-21 mai 1937.) — Sous les auspices de l'Union thérapeutique (Association internationale) un Congrès international de thérapeutique, présidé par M. le Professeur Emil. Burgi, aura lieu à Berne du 19 au 21 mai 1937.

Les inscriptions au Congrès sont reçues par M. le Docteur

Gordonoff, Humboldtstrasse 53, à Berne, qui fournira les renseignements utiles.

Deuxième congrès international de gastro-entérologie.— La Société internationale de gastro-entérologie a organisé son deuxième Congrès. Celui-ci tiendra sesassises à Paris, pendant l'Exposition universelle, les 13, 14 et 15 septembre 1937, sous la présidence de M. le Professeur Pierre Duval de Paris.

Deux questions sont mises à l'ordre du jour des séances : 1° Le diagnostic précoce du cancer gastrique ; 2° L'occlusion aiguë et chronique du grêle.

La première sera traitée simultanément par des rapporteurs français et des rapporteurs allemands.

Le rapport d'ensemble des auteurs français sera présenté par MM. le Professeurs P. Duval et Gosset, avec la collaboration de : Professeur Carnot (diagnostic clinique et sérologique) ; Docteur Gutmann (radiologie) ; Docteur Moutier (gastroscopie) ; Docteur Garin (gastroscopie photographique) ; Professeur Labbé (diagnostic chimique) ; Docteur Yvan Bertrand (histologie pathologique) ; Docteurs Gatellier et Charrier (diagnostic opératoire).

Le Professeur Konjetzny présentera le rapport d'ensemble des auteurs allemands, avec la collaboration de Professeur von Bergmann (médecine) ; Prof. Sauerbruch (chirurgie) ; Professeur Buerger (diagnostic chimique) ; Professeur Berg (radiologie) ; Professeur Henning (gastroscopie et gastrophotographie) ; Professeur Staemmler (anatomie pathologique).

La deuxième question mise à l'étude sera traitée par les rapporteurs suivants : MM. Mogena (Espagne), pour la partie médicale ; Bottin (Belgique) pour la physiopathologie ; Krynsk (Pologne) pour la radiologie ; Wilkie (Angleterre), pour la chirurgie ; Bindo de Vecchio (Italie) pour l'anatomie pathologique ; N. (E. U. A.) pour la bio-chimie.

A l'issue du Congrès de Paris s'ouvrira le Congrès international de l'insuffisance hépatique, qui aura lieu à Vichy, les 16, 17 et 18 septembre 1937, sous la présidence de M. le Professeur Loeper

Il comportera deux sections : une de médecine, l'autre de thérapeutique, dans lesquelles des rapporteurs éminents de diverses nationalités ont été choisis (Allemagne, Angleterre, Autriche, Espagne, France, Roumanie). Entre autres chapitres seront traités : les œdèmes des hépatiques, le foie des paludéens, le gros foie des enfants, la fonction soufrée, le foie du point de vue intervention chirurgicale, puis les médications cellulaires et circulatoires.

Hôpitaux maritimes.— M. le Docteur André, chargé de cours à l'Ecole principale du Service de santé de la Marine, assistant de médecine coloniale et clinique des maladies exotiques à la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé médecin des hôpitaux.

Ministère des Postes, Télégraphes et Téléphones. — *Service médical à Rennes.* — Un concours sur titres aura lieu, en juillet 1936, au ministère des P. T. T. à Paris, en vue de la nomination, à Rennes, d'un médecin suppléant au Comité médical régional siégeant dans cette ville.

Les candidats à cette fonction devront être de nationalité française, avoir satisfait à la loi militaire, être âgés, au plus de 45 ans, ne pas être attachés à une clinique d'accidents du travail et faire de la médecine générale.

L'Administration recherche particulièrement la collaboration des professeurs de Faculté ou d'Ecole de médecine, des Professeurs agrégés, des chargés de cours, des médecins des hôpitaux et des anciens internes des hôpitaux nommés aux concours.

Les demandes devront être adressées ou remises au Directeur régional des P. T. T. à Rennes, avant le 1er juillet prochain. Elles devront faire mention de la date de naissance du candidat, de ses titres universitaires et hospitaliers, ainsi que de ses principaux travaux et publications scientifiques.

Hôpital et dispensaire français de Londres. — On demande un médecin-résident remplissant les fonctions d'interne, disposé à venir pendant la période de vacances, c'est-à-dire pendant six semaines à partir du début de juillet. Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur Pierret (La Bourboule, Puy-de-Dôme) ou au Secrétaire de l'Hôpital et Dispensaire français (172 Shaftesbury Avenue, Londres, W. C. 2).

Prix A. Chauvin (Oto-neuro-ophtalmologie). — Dans le seul but d'encourager le développement du mouvement oto-neuro-ophtalmologique, M. A. Chauvin, d'Aubenas (Ardèche), a mis à la disposition de la Société d'O. N. O., une somme de 6.000 francs destinés à la fondation d'un prix bisannuel.

Réunie en Congrès à Lyon, la Société d'O. N. O. a décidé d'attribuer ce prix au meilleur mémoire inédit présenté sur le sujet suivant : « La dysharmonie vestibulaire ».

Le jury présidé par le Professeur J.-A. Barré (de Strasbourg), et composé par MM. Halphen (Paris), Roger (Marseille), Terraco (Montpellier), Tournay (Paris) et Velter (Paris) attribuera ce prix lors du prochain Congrès qui aura lieu à Genève en 1937.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. A. Chauvin, docteur en pharmacie, Aubenas (Ardèche).

Société mutuelle de retraite des médecins du front. — La Société mutuelle de retraite des médecins du front, au cours de son Assemblée générale du 23 mars 1936, a décidé d'offrir une médaille en bronze au Docteur A. Landrin pour les éminents services rendus à la Société. La remise de la médaille — œuvre du sculpteur Morlon — aura lieu le 8 juillet au cours d'un banquet au Pavillon Dauphine sous la présidence du Professeur Balthazard.

Le prix de souscription à la médaille est de 50 francs. Le prix du banquet est de 50 francs.

Pour les renseignements et adhésions s'adresser au Docteur Hufnagel, trésorier de la Société, 10, rue Freycinet (XVIe). Tél. Passy-28-20.

Prix de thèse sur le vin. — L'Association des médecins Amis des Vins de France, soucieuse de faire étudier le problème du vin au point de vue alimentaire et l'hygiène sociale, a décidé d'offrir un prix pour la meilleure thèse soutenue devant une Faculté de médecine de France ou d'Algérie sur le sujet suivant : *Le vin et l'alcool.*

Peut-on confondre ces deux produits, tant au point de vue alimentaire que de leur influence sur la physiologie et la pathologie humaines ?

1° Pourront prendre part à ce concours toutes les thèses pour le doctorat en médecine ou en pharmacie présentées avant le 1er juillet 1937 devant une Faculté de médecine de langue française.

2° Toutes les thèses faites sur ce sujet seront imprimées par les soins de l'Association des Médecins Amis des Vins de France, après agrément par le Comité de cette Association.

3° La thèse imprimée jugée la meilleure par ce Comité recevra, en outre, un prix de 1.500 francs en espèces ;

4° Toutes les demandes de renseignements doivent être adressées au Secrétaire général : Docteur Eylaud, 126, rue Camille-Godard, Bordeaux.

Les manuscrits devront parvenir avant le 1er mars 1937 au vice-président délégué : Docteur Malachowski, 41, rue des Martyrs, Paris (IXe).

Association des Médecins amateurs de jardins. — Les médecins amateurs de jardins se sont réunis en Association. Le but du groupement est une documentation réciproque des membres, la mise en commun des graines ou plantes que chacun peut récolter en excès ; divers avantages matériels sont acquis aux Sociétaires, etc... Chacune des quatre réunions annuelles se tient au cours de la visite d'un jardin, d'un établissement horticole particulièrement intéressant.

La prochaine réunion sera consacrée à la visite d'une roseraie célèbre, et une courte conférence y sera faite par le Docteur Heins.

Le lieu et l'heure de la réunion, dernier dimanche de juin, seront annoncés ultérieurement.

Les confrères voulant y prendre part et ceux qui désirent des renseignements sur l'Association sont invités à écrire au secrétaire général : Docteur Dejust, 58, rue Saint-Lazare, à Saint-Ouen-l'Aumône.

Société amicale des médecins alsaciens (9, rue d'Astor, Paris). — *Séance du 9 juin.* — Présidence du Docteur Keim. Etaient présents : M. le sous-secrétaire d'Etat Oberkirch, M. le Sénateur Armbuster, M. le Prof. Hartmann, MM. les Docteurs Bloch-Wormser, Blum, Brucker, Hahn Keim, Lantzenberg, Metzger, Rœderer, Schmitt, Ulrich, Wach et de nombreuses dames. S'étaient excusés : MM. les Professeurs Frœlich (de Nancy), Lereboullet, A. Schwartz, MM. les médecins généraux Lévy et Fisher, MM. Blind, Engel, Finck (de Vittel), Heymann (de Vichy), Jung, Kolb, de Langenbagen (de Luxeuil), Quiron, Scheurer (de Bagnoles-de-l'Orne), Spindler...

Le président, le Docteur Keim remercie les dames et les parlementaires qui ont bien voulu venir rehausser de leur présence l'éclat de la réunion, ainsi que les membres du bureau qui ont mesuré la bonne marche de la Société au cours de l'exercice écoulé.

Le secrétaire général, Ch. Schmitt après son court rapport annuel, annonce que le 19 juillet, à l'occasion de la foire-exposition de Nancy, aura lieu en cette ville une grande fête alsacienne avec le concours des municipalités et des principales Sociétés des régions recouvrées. Il invite les membres présents et absents à envoyer le plus tôt possible leur adhésion pour faciliter le travail des organisateurs. Il propose de remplacer le dîner d'octobre par le banquet de toutes les Amicales médicales de Paris et de

province, banquet qui doit avoir lieu à la même époque. Il remercie M. le Professeur Hartmann, M. le ministre Oberkirch, M. le Sénateur Armbuster qui, malgré leurs nombreuses occupations et leur haute situation sont venus apporter, à la S.A.M.A., l'appui de leur autorité et de leur prestige, et à leurs confrères et compatriotes, le réconfort dont ils ont souvent besoin.

On élit par acclamation le bureau : président, Docteur Bloch-Wormser ; vice-président : Docteur Oberkirch ; secrétaire général, Docteur Ch. Schmitt ; secrétaire adjoint : Docteur Quirin ; trésorier, Docteur Brucker.

Le Docteur Bloch-Wormser, au nom du bureau remercie, la Société de la marque de confiance qui vient de lui être donnée et dont il s'efforcera de se montrer digne.

M. le Docteur Trèves rend compte du voyage que viennent d'effectuer en Alsace les membres du Congrès de chirurgie et de la réception brillante et cordiale qui leur a été faite. Il insiste sur l'admirable organisation des services hospitaliers de la Faculté de Strasbourg, qu'ils ont visités en détail sous la conduite de l'éminent doyen Forster. Dans ce centre remarquablement installé se poursuivent des recherches théoriques et pratiques du plus grand intérêt. Les professeurs originaires de l'Intérieur, y sont chez eux et peuvent dans une ambiance attentive et très sympathique, y donner, comme le Professeur Leriche, la pleine mesure de leur science et de leur talent.

M. le ministre Orebkirch rappelle ses souvenirs de jeunesse et l'accueil qu'il a reçu des maîtres parisiens lorsque après l'annexion il est venu se perfectionner dans notre Faculté. Il se félicite d'avoir été avant tout un médecin praticien ce qui lui a permis de connaître les difficultés de l'exercice de notre profession et aussi de pouvoir par un contact journalier avec ses compatriotes annexés, scruter leur cœur et percevoir leurs sentiments les plus intimes et les plus profonds, en particulier leur amour ardent pour la France dans la bonne et la mauvaise fortune.

Concours pour l'emploi de médecin sous-lieutenant du Service de santé militaire de l'armée active des troupes métropolitaines. — Ce concours sera ouvert le lundi 23 novembre 1936, à 9 heures, à l'Ecole d'application du Service de santé militaire à Paris.

Le nombre des admissions sera fixé, suivant la valeur du concours et en fonction des possibilités budgétaires ; il pourra atteindre vingt-cinq.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées avec toutes pièces à l'appui au ministre de la Guerre. Direction du Service de santé, 1er bureau, personnel, avant le 1er novembre 1936 au plus tard.

Prisons du département de la Seine. — *Création d'un service d'examen et d'observation psychiatriques.* — Un service d'examen et d'observation psychiatriques a été créé à la prison de la Santé et à la prison de la Petite-Roquette à Paris et aux prisons de Fresnes (Seine).

Le personnel médical des prisons de la Seine est fixé comme suit :

Prisons de Paris : Deux médecins, trois médecins psychiatres, un pharmacien, un chirurgien-dentiste.

Prison de Fresnes : Deux médecins, un chirurgien, un pharmacien, cinq internes.

— *Médecins psychiatres des prisons de Paris et de la Seine.* — Ont été nommés médecins psychiatres des prisons de Paris et du département de la Seine :

M. le Dr Ceillier, à la prison de la Santé ; M. le Dr Schiff, à la prison de la Petite-Roquette ; Mme la doctoresse Badonnel, à la maison d'éducation surveillée et à l'école de préservation de Fresnes.

Faculté de Marseille. — M. Vignoli, agrégé, est nommé professeur de pharmacie.

Faculté de Nancy. — M. Simonin, agrégé, est nommé professeur de thérapeutique.

Académie des Sciences. — M. Sabrazès, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Bordeaux, a été élu par 36 voix, contre 4 à M. Abelous, 2 à M. Arloing, correspondant pour la section de médecine et chirurgie, en remplacement de M. L. Frédéricq décédé.

IL Y A CENT ANS

21 juin 1836. — *Une dame déjà reçue sage-femme désirant compléter ses études médicales s'était présentée successivement aux Ecoles de médecine de Paris et de Montpellier, pour être admise à en suivre les cours, y prendre des inscriptions et subir les examens nécessaires pour le grade d'officier de santé et même de docteur : les deux Facultés refusèrent, attendu la nouveauté du cas ; c'est sur ce double refus en invoquant les règlements universitaires, qui ne contiennent aucune disposition contraire, que la postulante s'est pourvue auprès du ministre.*

BIBLIOGRAPHIE

Divers

Raphaël ou la puissance de l'esprit, par Fred Berence. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, avec 18 gravures hors texte, 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

« A une heure où le désarroi des esprits atteint son comble, il n'est pas inutile de montrer qu'il existe des valeurs éternelles, non soumises aux fluctuations politiques : les valeurs artistiques qui sont, en définitive, des valeurs spirituelles.

« Raphaël, synthèse de la Renaissance italienne, n'a jamais été complètement expliqué. On a voulu voir en lui un être simple, sans histoire, sans profondeur psychologique. Et cependant, Gœthe a pu dire : « Les œuvres de Raphaël ont une grande importance pour le développement de l'esprit humain. » C'est cette affirmation que ce livre tente de justifier en expliquant la vie complexe et multiple de Raphaël.

« Notre époque, déchirée par tous les problèmes qui furent ceux de la Renaissance, a redécouvert Gœthe, Mozart et Raphaël et comprend que leur facilité, toute apparente, comme l'est celle de la nature, est faite des difficultés accumulées de leur art, synthèse non seulement d'une époque mais des recherches, des connaissances, des aspirations de l'esprit humain. »

Ce qui distingue Léonard de Vinci, Raphaël, Gœthe, d'autres grands artistes, c'est leur intelligence, leurs sens, tout philosophique, de la solidarité des êtres et des choses. Raphaël, inspiré par Platon, le Christ, Dante et Marsile Ficin, inspirera à son tour non seulement la pléiade de ses pâles imitateurs qui ne l'ont pas compris, mais un Gœthe et un Nietzsche.

On peut dire, sans exagération, que Raphaël est le pivot de la Renaissance et qu'il reste une des valeurs les plus constantes de notre civilisation occidentale.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le syndrome d'action extérieure

I. — Valeur séméiologique

Par

P. RUBENOVITCH et J. CANTACUZÈNE
Chef de clinique Médecin assistant
de la Clinique des Maladies mentales et de l'Encéphale
(Prof. H. CLAUDE)

Il semble qu'auprès du public en général, et des médecins praticiens en particulier, la notion d'incurabilité de la plupart des troubles mentaux continue d'être admise. Il faut reconnaître que cette opinion semble en partie justifiée par le scepticisme thérapeutique de nombreux psychiatres. Nous nous demandons s'il n'y a pas là une sorte de cercle vicieux provoqué par un véritable malentendu.

Bien trop souvent, en effet, le psychopathe n'est dépisté — médicalement parlant — que trop tard et amené au spécialiste que lorsque les chances d'amélioration par un traitement sont déjà réduites. Que peut-on faire en présence de malades dont les lésions sont très avancées, stabilisées, dont les troubles fonctionnels sont invétérés, rendus définitifs ? Rien, sinon de les considérer comme des aliénés pour qui seules sont à envisager des mesures de protection légale. De là, probablement, les habitudes abstentionnistes de nombreux médecins d'asiles dont les services sont des sortes de garderies.

Il en va différemment pour les psychiatres qui ont la bonne fortune de se trouver dans des services qui les mettent en présence de malades amenés dès le début de leurs troubles. Ceux-là ont pu juger les effets indéniables de traitements médicamenteux et psychothérapiques associés, poursuivis avec persévérance, et ils ont adopté résolument l'attitude pragmatiste qui seule convient au médecin.

Mais n'est-ce pas au médecin praticien qu'incombe la responsabilité de dépister les signes précurseurs, les premiers symptômes annonciateurs, parfois longtemps à l'avance, de catastrophes qui nous laissent parfois désarmés ?

C'est pourquoi le praticien doit se pénétrer de cette idée que nombre de psychopathies sont curables à condition qu'on intervienne à temps, à condition qu'on ne méconnaisse pas systématiquement l'importance de troubles légers traités trop souvent avec une négligence coupable. C'est à son intention que nous avons entrepris l'exposé d'une conception nosologique qui contribuera beaucoup, à notre sens, à rapprocher la psychiatrie de la pathologie générale.

***

Depuis plusieurs années, le Professeur H. Claude s'est attaché à individualiser et à grouper un certain nombre de troubles psychiques qui se caractérisent par la présence d'une série de phénomènes complexes : hyperesthésie sensorielle, troubles cénestopathiques, phénomènes vagues d'interprétations, illusions, pseudo-hallucinations. « Ces impressions d'ordre divers sont intriquées sans qu'on puisse dégager un type pur hallucinatoire ou interprétatif. »

Elles sont cependant toutes liées à la personnalité du sujet et imprégnées d'une forte charge affective.

Le fonds psychique des sujets est très varié, pouvant présenter soit un état de débilité mentale, soit une orientation schizoïde, susceptible d'aboutir à un état de désagrégation (états paranoïdes), soit enfin une évolution systématisée, cohérente, à caractère rigide, imperméable (états paranoïaques). Souvent, ces phénomènes n'ont qu'un caractère transitoire, pouvant donner lieu à des rémissions complètes. On retrouve communément à leur origine des troubles d'ordre biologique ou des états psychasthéniques. Mais tous ces phénomènes ont ceci de commun que les sujets en rapportent la cause « à des influences s'exerçant contre leur personne et venant, en quelque sorte, du dehors ».

D'où le nom de *syndrome d'action extérieure* que le Professeur Claude donne à cet ensemble de phénomènes morbides, dont « l'idée de possession interne représente le plus haut degré ».

***

LE TERRAIN. — Dans presque toutes les observations rapportées, on est en présence d'un terrain plus ou moins nettement constitutionnel. Il s'agit de malades présentant un certain degré de débilité mentale, ou marqués de nettes tendances paranoïaques. Mais, en dehors de ce qu'on pourrait appeler ces tares mentales, on retrouve fréquemment des perturbations d'ordre biologique. C'est ainsi que Claude rapporte l'observation d'une malade présentant le syndrome d'action extérieure avec une hypertension du liquide céphalo-rachidien, et dont le délire s'est atténué, puis a disparu à la suite de quelques ponctions lombaires. Dans un autre cas de Claude nous trouvons une tension artérielle de 23, avec céphalée, crampes musculaires, fatigue, etc... De même il signale, dès son premier article, l'appoint éthylique sur lequel il a fréquemment insisté par la suite et dont l'importance nous paraît incontestable. Et Claude arrive à cette conclusion « qu'il est presque de règle que les conditions psychopathologiques sont favorisées, sinon déterminées par des modifications d'ordre général, et, notamment, un état physique mauvais, résultant de toxi-infections, d'auto-intoxications, de troubles circulatoires, enfin de toute une série de phénomènes biologiques, s'associant diversement ».

Parallèlement à ces troubles biologiques, il faut signaler, avec Claude et Ey, le rôle prédisposant de ce que Janet a appelé la psychasthénie. Elle apparaît, en effet, « comme la perte des capacités de synthèse mentale qui maintiennent notre vie psychique sous l'empire de l'activité volontaire. Dès qu'elle s'installe, se produit une anarchie mentale qui donne naissance à des sentiments anormaux d'étrangeté, d'automatisme et à l'illusion que les éléments — en eux-mêmes inchangés — de notre vie psychique ne nous appartiennent plus ». Ce qui est le caractère propre de « l'action extérieure ».

Enfin, on retrouve d'une façon remarquable, dans le passé de ces sujets, un choc affectif, des complexes refoulés, des reliquats oniriques, bref une charge émotionnelle caractérisée. Nous allons un peu insister sur cette « influence primordiale des complexes affectifs de la personnalité » car elle nous aidera à expliquer, plus loin, les

caractères propres du mécanisme d'apparition du délire.

La charge affective initiale est mise en évidence par le fait qu'on relève « à l'origine du syndrome d'action extérieure, d'une part l'importance des phénomènes obsessionnels, d'autre part la fréquence de la participation intuitive ».

Le Professeur Claude a insisté largement sur ces faits. Il a souligné la fréquence, dans l'apparition du syndrome, des « états crépusculaires de la conscience qui révèlent ou organisent une activité onirique, imaginative ou affective, qui prend l'apparence d'une réalité hallucinatoire imposée à la conscience ». Ces états crépusculaires sont assimilables soit à des *états confusionnels*, souvent légers, caractérisés par une diminution de la capacité critique du sujet, soit à de véritables *cauchemars*, considérés comme des « états oniriques liés à un sommeil anxieux ». D'une façon ou d'une autre, et c'est là le point capital, nous aboutissons à un obscurcissement du champ de la conscience. A la faveur de ce dernier phénomène, les *tendances affectives* du sujet vont se donner jour librement, dans un jeu d'images et de représentations mal ou point contrôlées.

Le caractère obsessionnel de leur apparition favorisera la croyance qui s'établira plus tard, après une phase de rumination mentale, dans la réalité objective de ces images et de ces représentations.

Comme disait Montaigne : « Nous veillons dormant, et veillant, nous dormons ».

D'autre part, nous avons déjà dit l'importance que Claude accordait aux obsessions comme facteurs du syndrome d'action extérieure. Or, il s'est attaché à établir, avec Ey, l'importance des états affectifs dans l'apparition des obsessions, qu'il s'agisse d'obsessions actives ou d'obsessions passives.

Enfin Claude a signalé de nombreux cas dans lesquels on retrouve à l'origine du syndrome d'action extérieure, une intuition délirante. C'est encore un des faits qui mettent en valeur l'importance du facteur affectif car, pour Claude et d'autres auteurs, l'intuition délirante extériorise des troubles profonds de l'affectivité (Claude et Dublineau, H. Codet).

Pour conclure cette étude du terrain sur lequel semble apparaître de préférence le syndrome d'action extérieure, il nous faut donc retenir cette idée d'une double condition nécessaire : d'une part prédisposition organique ou psychologique, synthétisée dans le rôle de l'état général, de modifications biologiques ou d'un état mental constitutionnel ; d'autre part, facteurs issus de la personnalité affective du sujet, dans les complexes de laquelle s'intégrera complètement le mécanisme d'apparition du syndrome.

Comme le dit le Professeur Claude : « Les conditions biologiques favorisent l'extériorisation d'un processus *psychique en rapport avec un ancien refoulement* ».

***

Pathogénie. — Des troubles cénesthésiques d'une part, des troubles profonds de la personnalité d'autre part, constitueraient donc la base du syndrome. Mais celui-ci ne s'établit qu'à la faveur d'un autre phénomène, dont Claude souligne le rôle essentiel dans le mécanisme d'apparition des troubles pseudo-hallucinatoires.

En effet, de ces troubles, « le sujet cherche l'explication, conscient de leur caractère pathologique ». C'est le phénomène que Séglas a décrit sous le nom d'*hyperendophasie*. Par ce terme, il désigne une sorte de rumination « qui se caractérise par la reprise incessante d'une idée dominante qui envahit la pensée, laquelle s'attache à la préciser et à l'expliquer sous tous ses aspects et ses conséquences possibles ». Il ne s'agit là, en somme, « que de l'exagération du langage intérieur que tant de gens tiennent sans s'en rendre compte, qui conduit certains à penser tout haut, ou qui, à un moindre degré, se réduit chez beaucoup de sujets normaux à la sensation d'articuler les mots, même lorsque la pensée n'est pas émise ». A la faveur de ce phénomène, le malade passe en revue tous les sujets de préoccupations, de soucis et d'ennuis, interprète les gestes et les attitudes de l'entourage, ainsi que les phénomènes cénesthésiques qu'il éprouve.

Voilà pourquoi l'on est amené à dire que « la tendance interprétative conditionne foncièrement le délire, et c'est sous l'influence de cette interprétation que le sujet tend à faire intervenir des actions extérieures pour expliquer les impressions qu'il croit ressentir ». C'est, au fond, ce que dit Kretschmer : « Le jugement du malade sur la réalité de ses interprétations est très variable, le sentiment de cette réalité pouvant aller jusqu'à l'illusion sensorielle ».

Nous voici donc arrivés à la seconde phase du mécanisme pathogène. Il s'agit du processus d'objectivation, d'extériorisation qui est, en quelque sorte, l'aboutissant de la rumination qui représentait la première phase.

Au début de notre étude, nous avons souligné le fait que nos malades étaient la plupart du temps des débiles ou des sujets à tendances paranoïaques. Or, « la tendance habituelle de l'esprit chez les débiles ou l'orientation particulière des associations chez les sujets à constitution paranoïaque, les porte à invoquer une action extérieure », pour expliquer les troubles ressentis. C'est ainsi qu'ils en arrivent à rattacher « à des *circonstances extérieures* ce qui n'est qu'un *sentiment intérieur* : ennuis, découragement, contrariétés, malheurs de toute espèce ».

C'est alors qu'apparaissent les phénomènes hallucinatoires *qui sont nettement secondaires*, car ils ne sont que « des interprétations s'objectivant sous une forme sensorielle ou cénesthésique » le résultat du « développement d'un affect, ou d'une idée jusqu'à sa concrétisation, sa matérialisation sous sa forme hallucinatoire ». En effet, chez nos sujets « tout ce qui se produit a trait à leur personnalité ». Les malades décrivent « très nettement que les voix s'adressent à eux, les injurient ou les louent, font des réflexions sur leurs actes et leur conduite ; ils entretiennent des conversations avec ces voix ».

L'importance de cette charge affective qui préside au processus de rumination aboutissant à l'hallucination, nous explique le rôle important que le Professeur Claude fait jouer aux reliquats oniriques dans le mécanisme d'apparition du syndrome. Car, dans les états confusionnels, comme nous l'avons dit plus haut, les tendances affectives apparaissent en liberté, dans un jeu d'images et de représentations, à la faveur de l'obnubilation des facultés critiques.

Et, « d'une part la faiblesse intellectuelle qui ne permet pas la critique, d'autre part l'élan des tendances affectives puissamment activées qui s'expriment par ces représentations », voilà ce qui explique la tendance à « la réalité de cette activité imaginative ».

William James disait de même : « L'irruption du subconscient dans la conscience claire a pour caractère de s'objectiver et de donner au sujet l'impression qu'il est dominé par une force étrangère ». En effet, le délire commence vraiment lorsque le malade « croit que sa propre

AGOCHOLINE
DU Dr ZIZINE



GRANULÉ SOLUBLE

(avec ou sans menthe)

Peptone sèche purifiée + Sulfate de magnésie anhydre

Cholécystites chroniques,
Congestion du Foie

Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit } hépato - biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude

LABORATOIRES du Dr ZIZINE, 24, rue de Fécamp, Paris (12e)

En Argentine, en Uruguay, aux États-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

NÉMET-JEP-CARRÉ PARIS

pensée n'est pas sienne ». C'est ce que Lévy-Valensi a appelé le *syndrome de dépossession.*

Voilà pourquoi, chez ces sujets, « on observe en même temps que les expressions relatives à la perception des voix des expressions qui traduisent des troubles du mécanisme de la pensée, écho de la pensée, influences physiques ou mécaniques, ou perceptions étranges à l'intérieur du corps. Comme le disait Griessinger : « Non seulement les images sensorielles de type hallucinatoire mais toute l'activité psychomotrice arrive à être subordonnée à l'illusion extérieure, bien que les phénomènes, pour le sujet, paraissent se passer en lui ».

C'est donc bien un *syndrome d'action extérieure*, dans lequel on voit que « l'interprétation et l'imagination ont le rôle pathogénique le plus important ».

Nous aboutissons ainsi à une conception que Bossuet formulait déjà dans son Traité de la connaissance de Dieu et de soi-même : « Le plus grand dérèglement de l'esprit, c'est de croire des choses parce qu'on veut qu'elles soient, et non pas parce qu'on a vu qu'elles sont en effet ».

***

Symptomatologie. — Dans sa description des délires chroniques, où Magnan confondait délires paranoïdes et délires paranoïaques, il distinguait, dans leur évolution, quatre périodes : la rumination, l'hallucination, le délire et la démence.

Quelques réserves étant faites au sujet de la notion de démence sur laquelle nous reviendrons plus loin, on peut dire que cette progression répond assez bien à ce que l'on observe chez les sujets présentant un syndrome d'action extérieure.

En général, les malades sont vus par le médecin lorsqu'ils ont déjà dépassé la période de rumination et le symptôme dominant du tableau clinique est le *délire hallucinatoire.* Le malade décrit sans précision, mais avec abondance, divers troubles sensoriels, voire psycho-moteurs. « *On* lui fait travailler le cerveau, *on* l'influence de telle ou telle manière, *on* connait sa pensée ; quand il pense à quelque chose, *on* répète après lui cette chose-là ». Ce sont des voix qu'il entend « comme en lui-même ». Une malade de Claude explique que « ce sont des choses qui se passent en elle ». Une autre malade ressent des sensations tactiles, particulièrement génitales. On rencontre très souvent des sensations d'odorat : parfums agréables ou mauvaises odeurs. Les malades entendent des voix qui les injurient, les louent ou les blâment. A un degré de plus, enfin, ils ont l'impression que leurs gestes même sont dirigés, échappent à leur volonté. Ils ne peuvent faire certains gestes qu'ils voudraient faire (inhibition) ou bien ils se sentent poussés malgré eux à certains faits qui ne leur sont pas habituels.

C'est là que commence l'élément obsessionnel « avec l'impression qu'a le sujet d'être *forcé*, violenté dans *sa* pensée, ou *sa* conduite. L'élément de contrainte est essentiel à ces états et le caractère de lutte est également essentiel ».

Tous ces faits apparaissent si étranges au sujet qu'il en cherche une explication en dehors de lui-même.

A partir de ce moment, plusieurs éventualités se présentent. Ou bien l'explication restera en quelque sorte sur le même plan social que le sujet, ou bien elle sera (et c'est le cas le plus fréquent) recherchée sur un plan socialement plus élevé. Elle pourra n'être trouvée que plus haut encore, en quelque sorte. « Alors interviennent les personnages supérieurs, les états mystiques ou spirites ». Enfin, par une sorte de phénomène de réappropriation, il peut arriver que le malade considère ces faits personnels comme étant des prophéties, des divinations, des intuitions révélatrices. C'est parfois à ce stade que le malade se présente au médecin, stade où sa conviction est bien arrêtée. Le premier fait qu'il expose, c'est la conclusion : « Je suis médium », par exemple. Et l'on a grand'peine à retrouver sous cette carapace délirante, sorte de refuge du malade contre les doutes et les questions qui l'ont si longtemps assailli, la filiation des phénomènes jusqu'à cet aboutissant. Cette progression peut d'ailleurs se faire très lentement, ou très vite, toute l'évolution jusqu'au délire, pouvant durer seulement deux ou trois semaines.

Evolution. — Désormais, l'évolution du syndrome ainsi décrit est en rapport d'une part avec le terrain sur lequel il fait son apparition, d'autre part avec le fonds mental du sujet. Cette notion est essentielle. Nous l'avons signalée au début de cette étude, et le Professeur Claude ne manque pas de la souligner. « Il y a, dit-il, à l'origine de ces manifestations délirantes, un élément personnel constitué par la débilité psychique au sens large du mot, une ébauche de constitution paranoïaque, ou un simple état de dépression nerveuse. Cet élément favorise, à l'occasion de circonstances souvent assez banales (comme nous le verrons dans nos observations) l'apparition de ces troubles psychiques. *Suivant les conditions du terrain, sa résistance ou sa fragilité... cette orientation fausse l'esprit et se traduit par une activité délirante plus ou moins grande, laquelle peut persister ou s'atténuer et même disparaître. Cette évolution heureuse est souvent favorisée d'ailleurs par la disparition des conditions d'ordre général particulièrement prédisposantes* ».

Nous assistons alors à une rémission complète. Les phénomènes délirants épisodiques prennent, en pareil cas, l'aspect de ceux que Magnan décrivait jadis sous le nom de « bouffée délirante chez les dégénérés ».

Si l'évolution ne suit pas une marche favorable, nous nous trouvons en présence de deux possibilités, qui tiennent, comme nous l'avons dit, au fonds mental du sujet.

Si ce fonds mental est en rapport avec une orientation schizoïde, l'évolution de l'état délirant pourra mener le malade vers un état de désagrégation que nous qualifierons d'*état paranoïde* et qui conférera à ses manifestations un caractère particulièrement incohérent.

Si, au contraire, le fonds mental est fait de psycho-rigidité et d'imperméabilité, nous assisterons à une évolution cohérente, systématisée vers un *état paranoïaque*.

Mais, et ce point est capital pour bien saisir toute la valeur de cette conception, d'une façon ou de l'autre, le syndrome d'action extérieure est, comme le Professeur Claude l'a dûment souligné, un *syndrome d'attente,* car ce n'est qu'à un moment donné que les troubles qu'il présente découvriraient par un *phénomène de perspective*, les troubles définitifs. Le diagnostic de syndrome d'action extérieure est donc un *diagnostic d'approche* simplement destiné à grouper les premiers plans du tableau nosologique, sans présumer ni de l'évolution possible, ni d'une mise en valeur des plans reculés. Contrairement aux autres diagnostics en psychiatrie il ne possède donc aucune valeur pronostique. Et si l'on veut bien y réfléchir, c'est là un de ses principaux éléments d'intérêt, en ce sens qu'il vise la plupart de ces états dont l'évolution dépend de nombreux facteurs imprévisibles. Cependant l'on a pu dire que ce caractère en quelque sorte provisoire du syndrome pouvait également justifier certaines critiques apportées à cette conception.

A quel moment, en effet, cesse-t-il d'être un diagnostic d'attente, à quel moment avons-nous le droit de dire que nous pouvons aller plus avant ? En un mot, quels sont les éléments symptomatologiques qui nous permettront de dire en présence d'un malade : il ne s'agit plus d'un syndrome d'action extérieure, mais bien de telle psychose déterminée et nous avons désormais le droit de porter un diagnostic comportant un pronostic.

Nous savons, en effet, qu'à un moment donné, si l'évolution est défavorable, nous serons en présence d'un état *paranoïde* ou *paranoïaque*.

Si la délimitation entre ces différents états est, en principe, assez facile, nous ne nous dissimulons pas l'extrême difficulté de fixer leur frontière commune avec le syndrome d'action extérieure. Il faut reconnaître qu'avec les données psychiatriques actuelles, la réponse à cette question ne peut être fournie par des constatations purement objectives, et que sa valeur est fonction de l'élément subjectif constitué par l'interprétation du psychiatre. Mais si, comme on l'a dit, cette zone d'incertitude relève plus de l'art que de la science du médecin, nous pensons pouvoir montrer dans un prochain article, au moyen d'exemples concrets, qu'il n'y a là, somme toute, qu'un argument de plus en faveur de cette conception nouvelle (1).

CLINIQUE MÉDICALE

Les besoins alimentaires de l'homme aux différents âges et la Société des Nations

Par Marcel LABBÉ

Professeur de Clinique médicale à l'Hôpital Cochin

Le Comité d'hygiène de la Société des Nations, considérant que l'alimentation humaine est un des chapitres les plus importants de l'Hygiène publique, s'est occupé de cette question et a chargé les Docteurs Burnet et Aykroyd de faire un rapport sur l'alimentation envisagée du point de vue de l'hygiène publique. Dans ce rapport très complet et très intéressant, les auteurs ont exposé les principes physiologiques de l'alimentation humaine aux différents âges, depuis le nouveau-né jusqu'au vieillard, et montré sur quels standards on devait se fonder pour apprécier l'état de nutrition des individus. Enfin, ils ont envisagé la production alimentaire et les meilleurs procédés pour enseigner l'hygiène alimentaire.

A la suite de ce rapport, la Commission technique du Comité d'hygiène de la Société des Nations s'est réunie à Londres, du 25 au 29 novembre 1935, et a rédigé un court rapport sur les bases physiologiques de l'alimentation, en conclusion duquel ont été résumés, en quelques pages substantielles, les besoins alimentaires de l'homme en calories, en aliments de constitution, en minéraux et en vitamines, dans les diverses conditions physiologiques et sociales.

Ce rapport est comme une sorte de Code de l'alimentation normale qui peut être mis entre les mains des administrations, des membres de l'enseignement, des hygiénistes et des médecins.

Le Comité de la Société des Nations distingue dans les aliments deux catégories : 1° Les aliments simplement énergétiques (protéines, graisses et hydrates de carbone) et 2° les aliments qu'il désigne sous le nom de « protecteurs » parce qu'ils contiennent les albumines spéciales nécessaires à la constitution des tissus, les minéraux et les vitamines indispensables à la nutrition.

Aliments protecteurs

Sur les aliments protecteurs, le Comité énonce des remarques très utiles, il montre que l'alimentation doit contenir en quantité suffisante des albumines complètes, c'est-à-dire contenant dans leur constitution tous les acides aminés indispensables pour la construction des albumines du corps humain, ainsi que les minéraux nécessaires pour la construction du squelette et la constitution des tissus et des humeurs.

On sait, en effet, que les albumines végétales n'ont pas la même composition que les albumines animales et que certaines d'entre elles, comme la zéine du maïs, sont déficientes en acides aminés nécessaires pour la constitution de l'albumine musculaire, tels que la lysine et le tryptophane. Cette notion a tranché la discussion longtemps pendante entre les partisans du régime carnivore et ceux du régime végétarien, en montrant l'avantage de la viande dans l'alimentation de l'homme, surtout pendant la période de croissance.

De même, la nécessité d'apporter chaque jour à l'organisme une proportion suffisante de calcium et de phosphore montre la nécessité de certains aliments comme le lait et les œufs. Pour les jeunes sujets en voie de développement comme pour les convalescents d'une maladie, il n'est pas d'aliments plus favorables que le lait et les œufs. Ainsi, dans ce rapport à la Société des Nations, le lait et les œufs se trouvent réhabilités.

Le lait est le type de l'aliment complet, fournissant des albumines complètes, comme la caséine, riche en acides aminés nécessaires pour la reconstitution des albumines humaines ; il apporte du phosphore nécessaire à l'homme, et surtout du calcium en proportion plus élevée que dans tout autre aliment, et sous une forme particulièrement assimilable pour l'homme, de telle sorte qu'en l'absence de lait, il peut être difficile de maintenir l'équilibre calcique. Il apporte enfin deux vitamines de première importance: la vitamine A et la vitamine B, toutes deux indispensables pour la croissance.

L'œuf fournit également des albumines complètes, du phosphore et de la vitamine A.

Il est heureux que le Comité de la Société des Nations ait insisté sur la valeur et la nécessité du lait et des œufs dans l'alimentation humaine, car depuis quelques années, une mode déplorable et injustifiée s'était répandue parmi les médecins et le public qui tendait à réduire ou même à supprimer l'emploi de ces deux aliments primordiaux dans le régime des enfants, des adultes et des malades.

(1) Notre deuxième article consacré au syndrome d'action extérieure sera suivi d'une bibliographie générale.


SÉDATION
RAPIDE ET
ATOXIQUE

Besoins énergétiques

Dans l'appréciation des besoins énergétiques de l'homme adulte et de l'enfant, le Comité d'hygiène de la Société des Nations a été moins heureux. Il propose d'établir le régime des adultes en accordant tout d'abord à chacun un régime fondamental de 2.400 calories, correspondant aux besoins de l'homme dans le repos complet, auquel on ajoute un régime supplémentaire calculé sur la base de 50 calories par heure de travail pour les individus sédentaires ou n'effectuant qu'un très petit travail et de 200 calories par heure de travail chez les individus effectuant un travail de force. Les heures de travail sont estimées au nombre de huit en moyenne par vingt-quatre heures.

Je ne saurais suivre le Comité d'hygiène dans son appréciation des besoins énergétiques de l'homme.

Un procédé qui consiste à accorder pour les besoins fondamentaux 2.400 calories à tous les êtres humains, sans tenir compte de leur taille, de leur surface corporelle et de leur poids, est entaché d'erreur à plusieurs points de vue. On sait, en effet, que la dépense fondamentale — le métabolisme basal — est en rapport avec la surface corporelle ou, si l'on veut, avec le poids de l'individu ; c'est là une notion établie par tous les auteurs qui se sont occupés de métabolisme.

Ainsi, prenons deux exemples : celui d'un petit homme d'une taille de 1 m. 55, d'une corpulence normale, pesant 55 kgr, et celui d'un homme grand, d'une taille de 1 m. 85, pesant 85 kgr. La surface corporelle (calculée suivant la formule hauteur-poids de Dubois) du premier est de 1 m² 528, celle du second est de 2 m² 091. Si l'on accorde à l'un et à l'autre, dans les conditions basales de repos et de chaleur, 39 calories 5 par mètre carré de surface corporelle et par heure, on en déduit que les besoins fondamentaux par vingt-quatre heures sont, pour le premier 1.448,4 calories, et pour le second de 1.742,4 calories.

En calculant le métabolisme basal suivant la formule de Harris et Bénédict chez les deux sujets que nous avons proposés en exemple, nous arrivons pour l'homme de 1 m. 55 de taille et de 55 kgr. de poids à 1.369 calories par vingt-quatre heures ; pour celui de 1 m. 85 de taille et 85 kgr. de poids à 1.931 calories.

Quelle que soit la formule que l'on emploie pour calculer le métabolisme basal, on aboutit donc, pour l'un comme pour l'autre, à des chiffres inférieurs à celui de 2.400 calories proposé arbitrairement par le Comité de la Société des Nations. En outre, on voit que ces chiffres de métabolisme sont notablement différents suivant que l'individu est de petite taille ou de grande taille.

Si l'on calcule maintenant la dépense énergétique quotidienne effectuée par l'homme de 1 m. 55 et par celui de 1 m. 85, de corpulence normale bien entendu, accomplissant tous les deux un travail très modéré, l'on arrive :

1° Avec la formule de Rubner, qui accorde 35 calories par kilogramme de poids corporel idéal, au chiffre de 1.925 calories journalières pour le premier et de 2.975 calories pour le second ;

2° Avec la formule de la Société des Nations, la dépense de calories atteint, en admettant huit heures de travail à 50 calories par heure, pour le premier comme pour le second, à 2.800 calories, c'est-à-dire beaucoup trop pour le premier et trop peu pour le second.

Enfin, envisageons maintenant, chez un homme de la taille moyenne de 1 m. 65 et du poids normal de 65 kilogrammes la dépense nécessité : 1° par un travail minimum ; 2° par un travail de force.

1° En nous servant d'abord de la formule habituelle de Rubner qui accorde 35 calories par kilogramme de poids pour le travail minimum et 48 calories par kilogramme pour le travail de force, nous aurons une dépense de 2.275 calories journalières pour le travail minimum et de 3.120 calories pour le travail de force.

2° En utilisant maintenant la formule de la Société des Nations qui accorde 2.400 calories fondamentales, plus 50 calories horaires pour un travail minimum et 200 calories horaires pour un travail de force (en admettant dans les deux cas huit heures de travail par jour), nous arrivons à une dépense de 2.400 calories + 200 calories = 2.600 calories dans le cas du travail minimum, et de 2.400 calories + 1.600 calories = 4.000 calories dans le cas du travail de force.

En résumé, les besoins énergétiques sont estimés pour le petit travailleur, selon Rubner à 2.275 calories ; selon la Société des Nations à 2 600 calories. Pour le travailleur de force selon Rubner à 3.120 calories ; selon la Société des Nations à 4.000 calories. Voilà des différences bien grandes entre les deux manières de calculer : pour le sujet faisant un travail minimum, la Société des Nations accorde 325 calories de plus ; pour le même sujet effectuant un travail de force, 880 calories de plus.

Ainsi, les chiffres exprimant les besoins énergétiques calculés suivant la formule adoptée par la réunion de Londres sont en désaccord avec tous les chiffres publiés antérieurement, même avec ceux qui estimaient le plus haut les besoins de l'homme. On ne comprend pas pourquoi les membres de la Commission ont choisi pour représenter la dépense de fond un taux de 2.400 calories au lieu d'adopter les chiffres résultant de l'observation de l'homme publiés par des auteurs comme Rubner, Dubois, Bénédict, qui font autorité.

Il en résulte deux sortes d'erreurs : la première qui consiste à attribuer des besoins énergétiques fondamentaux identiques à tous les individus adultes, sans tenir compte de la taille, du poids, ni de la masse corporelle ; c'est là une véritable hérésie physiologique. La seconde est de surestimer fortement les besoins alimentaires de l'homme et d'en arriver à préconiser la suralimentation pour tous. Il y a là un danger hygiénique.

Essayons maintenant de trouver dans les travaux des physiologistes des règles d'alimentation applicables à la majorité des hommes :

Les recherches minutieuses de Rubner avaient abouti du premier coup à des conclusions auxquelles il y a bien peu à modifier aujourd'hui. Ses tables indiquaient pour les besoins caloriques de l'homme :

	Par kilogramme corporel	
Au repos	32,9	calories
Avec travail minimum	34,9	»
Avec travail moyen	41	»
Avec travail de force	48	»

Armand Gautier avait estimé, par le calcul des aliments consommés à Paris, la dépense calorique moyenne de l'homme à 2.400 calories par jour.

Chittenden, dans des expériences longtemps suivies et fort bien conduites, a observé : 1° que des médecins ayant une existence active s'entretenaient en équilibre de poids avec une alimentation qui ne leur apportait pas plus de 28 à 35 calories par kilogramme corporel ; 2° que des soldats entraînés à l'exercice et aux sports se maintenaient

◆◆

en équilibre avec une alimentation leur apportant en moyenne 37 calories par kilogramme ; 3° que des étudiants, entraînés aux sports, se maintenaient en équilibre et même augmentaient de poids avec un régime de 34 à 45 calories par kilogramme corporel.

Heger et Slosse étudiant la nourriture d'ouvriers belges qui effectuaient un travail régulier et restaient en équilibre de poids, virent que la ration alimentaire variait beaucoup de l'un à l'autre, les uns ayant une ration trop forte selon les données classiques, les autres ayant une ration trop faible. Cela signifie-t-il que les besoins alimentaires sont variables suivant les individus, ou bien qu'il y a des individus qui peuvent supporter sans en souffrir une alimentation exagérée ?

Linossier estimait, dans cet ordre d'idées, qu'il y a des sujets avares et des sujets prodigues d'énergie.

Les observations que j'ai faites sur un certain nombre de sujets, m'ont montré que la majorité des hommes se maintenaient en équilibre de poids et en santé avec des rations bien moindres que celles que l'on avait cru d'abord nécessaires. J'ai vu que pour obtenir un début d'amaigrissement, il fallait abaisser fortement le régime alimentaire des sujets, et qu'avec des régimes comparables à ceux que préconise la Société des Nations, la plupart des hommes engraissent et deviennent obèses.

Certes, il y a des hommes qui sont capables de supporter de tels régimes sans engraisser, grâce à la « combustion de luxe » qui protège leur organisme. Mais on ne peut toujours compter sur celle-ci, car elle est parfois insuffisante, et même si elle empêche l'engraissement elle ne peut empêcher le surmenage des organes de la digestion et de la nutrition.

J'estime donc que les régimes alimentaires prescrits par la Société des Nations représentent pour la plupart des hommes des régimes de suralimentation dangereux qui mènent à l'obésité et à la maladie.

En tenant compte de l'opinion des divers auteurs et en me servant de mes observations personnelles, je suis arrivé à admettre les chiffres suivants comme les plus propres à représenter les besoins énergétiques de l'homme et les mieux adaptés à la pratique du calcul des régimes alimentaires :

	Par kilogramme corporel
Homme sédentaire	30 à 35 calories
» faisant un travail moyen	35 à 40 »
» faisant un travail de force	40 à 45 »

Les régimes alimentaires fondamentaux indiqués pour les enfants et adolescents par la Commission de Londres ne sont pas moins excessifs que les régimes préconisés pour les adultes.

Pour les nourrissons, la Commission de Londres indique, entre l'âge de six et de douze mois, des besoins de 80 à 90 calories par kilogramme corporel, ce qui, en lait de vache, représente 800 à 1.100 c.c. de lait, alors que Maurel, pendant la même époque de la vie recommandait 100 grammes de lait par kilogramme corporel, ce qui fait 65 calories par kilogramme

Or, j'ai vérifié sur plusieurs enfants, nourris au biberon ou à l'allaitement mixte, les excellents résultats obtenus en suivant les principes de Maurel. Les observations du Docteur Raimondi à l'Institut de puériculture de Porchefontaine sont aussi confirmatives de la théorie de Maurel.

Mais les opinions des pédiatres sur ce sujet sont très variables : certains, comme Variot, prescrivaient des doses de lait qui ne diffèrent guère de celles qu'indique la Commission de Londres. D'autres comme Barbier se rapprochent des chiffres de Maurel.

Marfan indique des doses intermédiaires : au deuxième mois 92 calories, au lieu de 100 par kilogramme corporel (chiffre de la Société des Nations) ; au cinquième mois 84 calories au lieu de 90 ; au neuvième mois 79 calories, au lieu de 85. Je ne me permets pas d'insister sur ce point, n'y ayant point une compétence particulière. Pour les nourrissons comme pour les adultes, la Société des Nations recommande la suralimentation.

Chez les enfants au-dessous de 12 ans, la Commission de la Réunion de Londres propose pour la représentation des besoins énergétiques des chiffres qui nous paraissent encore exagérés. Ces chiffres sont fort au-dessus de ceux qui ont été proposés par Maurel. Ils se rapprochent de ceux qui ont été publiés par certains pédiatres américains, au sujet desquels Joslin, qui a quelque habitude des régimes, s'épouvantait et disait qu'il lui semblait impossible et dangereux de les imposer à des enfants diabétiques.

Quant à l'enfant de 12 ans, il me paraît erroné de considérer ses besoins comme identiques à ceux d'un adulte ; en effet, si ses échanges respiratoires rapportés au kilogramme de poids ou au mètre carré de surface corporelle sont plus élevés, sa masse corporelle est beaucoup moindre.

Dans l'ensemble, j'estime que l'appréciation des besoins alimentaires de l'homme aux divers âges de la vie a été trop élevée par le Comité de la Société des Nations. Le plus grave, c'est que le Comité ne nous dit même point qu'il s'agisse de moyennes et nous laisse penser qu'il s'agit de minima au-dessous desquelles il ne faut point descendre. J'ai plutôt tendance à considérer les chiffres donnés comme des maxima.

De la même manière d'ailleurs, le Comité, appréciant l'influence des climats, écrit que les chiffres exprimant les besoins alimentaires doivent être augmentés dans les climats froids ; mais il ne dit point que ces chiffres doivent être diminués pour les habitants des climats chauds qui sont exposés, en raison de la diminution de leurs dépenses énergétiques, à souffrir de la suralimentation, qui entraîne chez eux l'obésité et les affections du foie auxquelles ils sont si exposés.

Dans le chapitre suivant, le Comité de Londres rapporte les besoins de protéines au poids du corps. C'est fort bien. Mais pourquoi n'en a-t-il pas fait de même pour les besoins énergétiques ? Et pourquoi ne fait-il point remarquer que les besoins doivent être rapportés, non au poids réel du corps, mais au poids idéal, c'est-à-dire au poids que devrait peser l'individu étant donnée sa taille, s'il avait une corpulence normale ? Faute de cette correction sur laquelle, après Magnus Lévy, j'ai toujours insisté, on s'expose à des excès d'alimentation dangereux chez les obèses, et à des insuffisances chez les maigres.

Pour les protides encore, on parle d'un minimum indispensable, alors qu'il vaudrait mieux parler d'un optimum. Les expériences alimentaires de Hirschfeld, de Klemperer, de Jaffa, de Pascault, de H. Labbé et Morchoisne, de Chittenden, de Hindhede, ont en effet montré que l'homme adulte pouvait maintenir son équilibre azoté avec une ingestion de moins d'un gramme de protéine par kilogramme de poids corporel. C'est encore l'avis énoncé par Terroine dans un rapport récent envoyé à la Société des Nations.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Connais-toi ou la physiologie sans pleurs, par le Professeur A. Coutière. Un vol. cart. pleine toile, prix : 15 francs. Librairie polytechnique Ch. Béranger, 15, rue des Saints-Pères, Paris.

La vulgarisation, quand elle s'applique aux choses de la médecine, a mérité bien des reproches. Mais on ne pourra jamais qu'applaudir à la publication de livres comme ce *Connais-toi* du Professeur Coutière.

Ecrit par un savant qui, avec l'infini des connaissances, possède l'élégance du style et, au plus haut degré, le don d'enseigner clairement, ce petit livre, d'où la pensée philosophique n'est point exclue, constitue un chez d'œuvre que tous les curieux de science liront avec autant d'intérêt que de profit.

Traitement chirurgical de la maladie de Basedow et des goitres toxiques, par L. Bérard et R. Peycelon. Un volume de 180 pages, avec 42 figures, 40 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cet ouvrage permet aux auteurs de faire le pointsur la chirurgie du goitre exophtalmique et des goitres toxiques. — C'est un des chapitres de la pathologie où le travail en commun du physiologiste, du médecin et du chirurgien s'est montré le plus efficace, permettant de rendre utiles des interventions restées aléatoires et redoutables tant qu'elles furent entreprises sous le seul signe de la virtuosité technique. Pendant des années, même les interventions les plus réservées, ligatures d'artères, résections limitées unilobaires, déclenchaient trop souvent des accidents graves, sinon irrémédiables, et quand les malades y échappaient, ils ne bénéficiaient que d'une amélioration temporaire ; le syndrome morbide réapparaissant à mesure que la glande reprenait un développement et une activité nouvelle.

On eut recours à l'électricité, à l'hydrothérapie, aux agents radio et curiethérapiques sans en obtenir d'ailleurs des résultats assez constants pour qu'on pût en tirer des méthodes logiquement établies.

Il fallut de longues expériences de laboratoire et de multiples observations clinique pour montrer la constance des troulbes du métabolisme basal, conditionnés eux-mêmes par les troubles du métabolisme de l'iode. Les cardiologues purent préciser l'origine thyroïdienne de l'asystolie arythmique des basedowiens. C'est ainsi qu'on apprit à préparer les malades à l'intervention sanglante par un traitement médical rationnel, dont l'hygiène, le repos, l'iode et la quinine formaient la base, en même temps qu'était instituée la thérapeutique spécifique de la syphilis et de la tuberculose, si souvent en cause.

Ainsise dégagèrent la conception et les possibilités thérapeutiques actuelles. Aujourd'hui, la thyroïdectomie subtotale décidée opportunément, et après une préparation logique des malades, pratiqué en un ou plusieurs temps, ne doit plus dépasser 4 à 5 p. 100 de mortalité. L'excellence des résultats obtenus a semblé proportionnelle au volume des tissus glandulaires extirpés.

Divers

Louis XI, par Auguste Bailly. Un vol. de 400 pages : 15 francs. Coll. des Grandes études historiques. A. Fayard et Cie, édit., à Paris.

Plus absolu encore que Louis XIV, car il gouvernait seul, Louis XI est un des souverains auxquels plus qu'à tout autre le territoire français est redevable de sa forme actuelle ; et, plus moderne d'esprit que ses successeurs, il comprit, il prouva que le triomphe du principe monarchique impliquait l'alliance du peuple et du roi contre tous les privilégiés, quels qu'ils fussent. C'est là ce qu'Auguste Bailly fait ressortir du magistral tableau qu'il a brossé de ce roi, en faisant justice de toutes les légendes dont on l'a si souvent entouré.

Louis XVII et les faux dauphins, par Léon Creissels. Impression sur velin supérieur, Prix : 15 francs. Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghens, Paris (XIVe).

Condenser en un livre de dimensions courantes tout ce qu'on a écrit d'essentiel dans les innombrables volumes consacrés à ce problème particulièrement troublant, « faire le point » de nos connaissances dans ce domaine, discuter les prétentions des faux dauphins, apporter une solution nouvelle de cette énigme jamais résolue, apparaissait comme une entreprise désirable, mais d'une réalisation difficile, M. Léon Creissels a réussi cependant à mener à bien cette tâche délicate ; dans un livre émouvant, bien présenté, et orné de plusieurs portraits authentiques de l'enfant qui fut la victime innocente des passions révolutionnaires, des intrigues des parties et des ambitions individuelles.

François II. *Le beau-père de Napoléon*, par Victor Bibl. Traduit par Adrien F. Vochelle. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Pour le lecteur français, François II est le neveu de Marie-Antoinette et le beau-père de Napoléon : le seul fait que ce dernier empereur romain-germanique ait dû donner sa fille à son vainqueur, le général issu de la révolution, le « parvenu » qui venait de le dépouiller de ses territoires et de son titre, suffit à marquer l'intérêt d'une vie qui semble porter le poids du destin.

Aux yeux des libéraux autrichiens, François II est autre chose et plus encore : ils n'hésitent pas à le considérer, selon l'expression de l'auteur de ce livre, comme le « fossoyeur » de la monarchie danubienne ; il est le souverain du Congrès de Vienne et de Metternich, le dernier soutien de la réaction européenne. En s'arcboutant de toutes ses forces contre l'esprit démocratique et la philosophie, en reniant ainsi l'œuvre de son oncle

Joseph II, l'empereur « révolutionnaire », il ne prépara pas seulement l'hégémonie de la Prusse et l'nuité italienne, mais ouvrit la voie qui, de défaite en défaite, devait conduire au déclin de l'Autriche et à son démembrement final en 1918.

Ces considérations actuelles justifient l'intérêt qui s'attache à ce livre, écrit par l'éminent professeur de l'Université de Vienne, au moyen de documents en grande partie inédits et puisés aux Archives nationales autrichiennes.

On sait que Napoléon, évoquant un jour à Sainte-Hélène son mariage avec Marie-Louise, déclara : « Ce mariage m'a perdu parce que je croyais surtout à la religion, à la piété, à la morale, à l'honneur de François. Je l'estimais essentiellement ! Il m'a cruellement trompé ! Mais l'histoire l'épargnera-t-elle ? »

Il semble que ce soit pour répondre à la question de l'empereur que le Professeur Bibl ait écrit ce livre. Il met en pleine lumière la figure de François II, cet être si complexe, si difficile à juger et qu'un autre historien, Johannes Scheer, a appelé : « Tartufe sur le trône. »

Abdul-Hamid. *Le Sultan rouge* (1842-1918), par Gilles Roy. Préface du Colonel Lamouche. Un vol. in-8 de la Bibliothèque Historique, avec 9 gravures hors texte. 18 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Abdul-Hamid, qui fut si terriblement haï de son vivant, demeurera dans l'Histoire comme un des plus dangereux autocrates de tous les pays et de tous les temps. C'est Rochefort qui lui avait donné ce nom de « Sultan Rouge », pour d'autres il était le « Sultan Maudit », le « Bourreau des Peuples » ; Gladstone l'appelait : le « Grand Assassin ».

L'auteur, Gilles Roy, a vécu longtemps en Turquie, de 1895 à 1908, principalement à Smyrne, la grande cité anatoliote où se concentrait l'activité des races qui peuplaient l'Empire : Grecs, Turcs, Arméniens, Israélites, Levantins. Il a recueilli tous les récits, tous les bruits concernant le souverain régnant et a pu ainsi animer son récit par de nombreuses et parfois extraordinaires anecdotes. Mais surtout, il a consulté une littérature, très étendue, dont la biliographie qui termine le volume donne une idée.

De cette façon a pu être dessinée une image très précise, intellectuelle, morale et physique de celui qui, sous son long règne, par sa cruauté née de la crainte, sa tyrannie, l'effrayant régime de délation qu'il instaura, fit de Constantinople une cité d'épouvante. Nous voyons aussi apparaître, à travers les faits, le mécanisme de la décadence d'un Empire, de quelle façon la dégénérescence du souverain absolu provoque la chute de l'Etat.

L'ouvrage est précédé d'une très intéressante préface du colonel Lamouche, ancien instructeur de la gendarmerie ottomane, qui connaît à fond tout ce qui concerne la Turquie.

Revue des cours et conférences. Paraît le 5 et le 30 de chaque mois. Abon. France : un an 60 francs. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 30 mai 1936.

J. Pommier : Les salons de Diderot et leur influence au XIXe siècle : Baudelaire et le Salon de 1846 (I). — J.-R. Carré Spinoza (I) : l'homme ; l'œuvre ; le sentiment de la nature. — R. Lebègue : Les ballets des Jésuites (III). — P. Jourda : L'exotisme dans la littérature française depuis le romantisme (III) : Les Pays du Nord. — G. Millardet : Le roman de Flamenca (III) : Théorie et pratique de l'amour courtois. — G. Bachelard : La dialectique de la durée (VIII) : Les métaphores de la durée. — G. Michaut : La Bruyère (X): Le Satiriste et le Moraliste.

Revue des Etudes Napoléoniennes. Mensuelle. Abon. France : un an : 100 francs. Le numéro 12 fr. 50. G. Fischer, éditeur, 6, rue de Savoie, Paris.

Sommaire du numéro d'avril 1936 :

Edouard Krakowski. — Joseph Pilsudski et les disciplines napoléoniennes.

Souvenirs du Colonel Vergnand. Analyse et extraits (A.-M. Gosrez) : Une naissance en 1791. — Au grand-Perrai. Bleus et Chouans (pl. hors texte).

Contrat de mariage entre Naplione Buonaparte et Marie-Josèphe-Rose Tascher, veuve d'Alexandre-François-Marie Beauharnais, 18 ventose au IV de la République française.

Commandant Lefebvre de Béhaine. — La campagne de France, II, IV (Edouard Driault).

Spyridion Pappas. — Un Napoléonide mort pour la Grèce, Paul-Marie Bonaparte (Edouard Driault)

Archivio Storico di Corsica (Edouard Driault).

Nomenclature des publications en langue française du monde entier, *Argus de la Presse*, 37, rue Bergère.

Volume très documenté, contenant plus de 15.000 noms de Périodiques différents en langue française.

Dans certaines conditions de santé, il est nécessaire pour l'homme de se soumettre à un régime pauvre en viandes et riche en végétaux ; il est bon qu'il sache que son équilibre azoté ne sera point défaillant pour cela, à condition toutefois qu'il ne descende pas au-dessous de 0 gr. 50 d'albumine par kilogramme de poids corporel. Mais il faut aussi mettre bien en évidence la loi de l'optimum pour l'ingestion des matières albuminoïdes, qui est de un gramme à 1 gr. 50 par kilogramme de poids corporel.

***

La Commission semble n'avoir eu, dans cette publication, qu'un souci : celui d'éviter l'hypoalimentation. Certes, c'est bien le souci le plus répandu pour la majorité des humains ; il y a plus de polyphages que d'oligophages, plus de gros mangeurs que de petits mangeurs ; mais nous savons à quoi mène ce travers habituel de l'humanité : il conduit à l'obésité et aux maladies de la nutrition. Aussi y a-t-il lieu de mettre les hommes en garde contre lui.

La Société des Nations ferait une œuvre utile en indiquant des proportions moyennes plus rigoureuses pour l'alimentation, et en se préoccupant, non seulement de l'hypoalimentation, mais aussi de la suralimentation. Les deux dangers existent, et le second est le plus répandu et plus grave.

Tandis que l'insuffisance alimentaire ne frappe guère l'humanité que dans des milieux sociaux très limités et durant des périodes gravement troublées par les guerres ou les famines, la suralimentation, dont l'alcoolisme n'est qu'un chapitre, est le fléau le plus répandu dans tous les pays et tous les milieux sociaux ; c'est elle qui, en temps de paix, peuple nos hôpitaux et remplit nos consultations médicales. Même à l'hôpital, où viennent les indigents, l'on ne voit que rarement des maladies résultant d'une alimentation insuffisante ou carencée. Les cas de scorbut parisien comme celui que j'ai publié en 1920 et celui que Pagniez vient de rapporter sont des exceptions heureusement rares.

Les enquêtes de Bigwood dans les familles de chômeurs belges, n'ont pas laissé découvrir de véritables inanitiés ; les insuffisances alimentaires signalées ne sont que relatives et dues sans doute à ce que l'auteur s'est référé à des barèmes indiquant, comme ceux de la Société des Nations, des besoins alimentaires trop élevés pour l'homme ; mais il n'est point dit que les sujets observés en aient souffert.

Il semble même que les réductions alimentaires forcées aient parfois un effet salutaire. C'est ce que constataient, avec quelque étonnement d'ailleurs, certains de nos confrères allemands qui, après la guerre de 1914-1918, retrouvaient en parfaite santé plusieurs de leurs malades obèses et diabétiques qu'ils n'étaient point parvenus à faire maigrir ni à désucrer auparavant.

Cependant aux consultations et dans les salles de nos hôpitaux nous voyons venir les obèses, les diabétiques gras, les dyspeptiques, les hépatiques, les artério-scléreux, les brightiques, les rhumatisants et tous ceux qu'on appelait autrefois des arthritiques qui doivent pour une grande part leur maladie aux excès prolongés de nourriture.

Voilà pourquoi nous demandons à la Société des Nations d'étudier le problème alimentaire sous ses deux faces, et de déterminer à la fois le plancher et le plafond de l'alimentation qui convient à l'homme.

FAITS CLINIQUES

Obésité et syphilis

Par Yves KERMORGANT (de Brides-les-Bains)
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Gilbert Dreyfus a étudié récemment les rapports existant entre la syphilis et le corps thyroïde. Au cours de nos investigations cliniques sur l'obésité, nous avions bien songé, à l'origine syphilitique possible de certaines obésités, sans en avoir aucune preuve démonstrative. Nous avions souvent en effet, noté la syphilis dans les antécédents de nos malades sans pouvoir établir de façon nette, les rapports directs existant entre cette infection et une obésité d'origine glandulaire.

Le hasard de la clinique nous a permis d'observer deux cas dans lesquels, le rôle de l'infection syphilitique, comme facteur d'obésité par lésion glandulaire, paraît évident, ainsi qu'en témoignent les bienfaits immédiats du traitement antispécifique associé au traitement opothérapique.

Première observation. — Il s'agit d'un homme de 48 ans, mesurant 1 m. 67, et pesant 119 kgr., le prototype du pléthorique au cou de taureau, au ventre proéminent, polyphage et ne prenant aucun exercice. Son métabolisme est abaissé de 30 %, malgré un quotient respiratoire de 0,88 et un volume respiratoire horaire normal. Nous traitons cet homme de façon absolument classique, opothérapie thyro-orchitique, réduction alimentaire, exercice réglé, etc... Le malade, a le désir de maigrir et est très surveillé par son entourage.

Nous n'obtenons aucun résultat, malgré une observation stricte et surveillée de nos prescriptions. En recherchant les causes de cet insuccès, nous avons l'attention attirée par quelques vésico-pustules acnéiformes existant sur la face et par une cicatrice de nature nettement syphilitique sur le gland. Le sujet reconnaît avoir contracté la syphilis pendant la guerre et avoir été traité à cette époque, mais ne plus s'en être occupé depuis. Nous faisons une réaction de Bordet-Gengou. La déviation du complément se révèle franchement positive. Nous soumettons le malade à un traitement par le muthanol. Nous ne modifions en rien le reste de la thérapeutique et nous avons la surprise après la cinquième injection de voir notre homme commencer à maigrir. Depuis l'amaigrissement s'est poursuivi et a coïncidé d'une façon absolue avec des séries de muthanol. Dans l'intervalle des séries, quelque soit le traitement suivi, le malade n'a jamais maigri. Le malade a perdu environ 17 kgr. pendant un hiver. Depuis, il se maintient régulièrement à son poids et suit périodiquement son traitement antispécifique.

Deuxième observation. — Il s'agit cette fois d'une femme de 28 ans, bien réglée, obèse au métabolisme abaissé de 25 %, pesant 80 kilog., mesurant 1 m. 65. La première fois que nous avons eu l'occasion de la suivre, nous devons reconnaître que la cure et la thérapeutique thyroïdienne associée ne donnèrent pas grands résultats. Le médecin qui nous avait adressé cette jeune femme, nous avait bien averti de sa syphilis. Mais rien ne nous autorisait, à lui faire subir un traitement antispécifique en station, alors que son médecin habituel ne nous le demandait point, l'ayant d'ailleurs traité très régulièrement pendant tout l'hiver. L'année suivante, notre confrère nous demandait au contraire de poursuivre, en station, son traitement antisyphilitique. Il n'était pas nécessaire pour confirmer la nécessité d'un traitement de faire un examen sérique : les syphilides papulo-hypertrophiques de la malade suffisaient au diagnostic. Cette fois, nous fûmes surpris du résultat obtenu, la malade perdit 8 kilog. en trois semaines. La cure, l'opothérapie furent identiques à celles ordonnées l'an passé, le traitement spécifique fut surajouté, et nous devons reconnaître que cette malade, ne fit, cette fois, rien pour faciliter par l'observation d'un régime quelconque ce résultat, bien au contraire.

Ce qui nous paraît le plus frappant dans ces deux observations, c'est l'absolue nécessité de la juxtaposition des deux traitements opothérapique et spécifique pour obtenir un résultat. Nous avons pu nous convaincre dans ces deux cas que l'un des deux traitements ou opothérapique ou spécifique isolé n'avait pas de succès en ce qui concernait l'obésité, leur *simultanéité s'imposait.*

ACTUALITÉS

Le VI[e] Congrès de médecine physique

Mise au point de quelques questions d'actualité

L'Association internationale de médecine physique et de physiothérapie vient d'organiser son VI[e] congrès à Londres. L'intérêt qu'il a soulevé montre bien le développement de cette branche de la thérapeutique considérée encore comme une parente pauvre par la grande majorité des Universités; son importance sociale pourtant, croît tous les jours par la récupération de travail que ses traitements autorisent maintenant dans tant de blessures ou tant de rhumatismes en dehors de ses applications radiothérapiques ou actinothérapiques plus connues. Parmi les nombreux sujets qui ont été abordés, nous en retiendrons plus particulièrement quatre qui ont fait l'objet de rapports plus détaillés.

L'enseignement et l'organisation de la médecine physique est la plus importante de ces questions car si une vulgarisation extra-médicale répand dans le public les résultats de traitements merveilleux et nouveaux, quelle pourra être l'attitude du médecin qu'un client viendra voir pour se les faire appliquer ? s'est demandé le Docteur Frank Howitt qui présidait la séance. Il lui faudra ou bien adresser le malade à un masseur, ou se servir d'instruments dont il ignore tout. Pourquoi ne pas réserver dans chaque hôpital un service à un médecin physio-thérapeute spécialisé qui pourrait ainsi faire chaque matin de l'enseignement au lit du malade comme un dermatologiste ou un psychiatre ?

Le Professeur Ganzburg, d'Anvers, s'est élevé contre l'habitude de citer seulement la physiothérapie en fin de chapitre comme un simple adjuvant alors que son emploi a permis d'attaquer des maladies jadis rebelles à toute thérapeutique et a même souvent rendu à la médecine une confiance émoussée. C'est une science indispensable à tout praticien : les rhumatismes, les paralysies, les raideurs articulaires, le rachitisme, les maladies du sang en bénéficient et parfois même ne peuvent recevoir que d'elles une guérison ou un soulagement. Le médecin qui signe une ordonnance doit savoir de quoi il parle, connaître les indications ou les contre indications, la technique et les doses de l'agent physique qu'il désire employer, non seulement pour les malades mais — j'ai envie de dire surtout — pour tous ceux que leur équilibre instable place dans l'immense catégorie de ces états pré-pathologiques indécis où les agents physiques variés sont inégalables. Il y a peu de temps encore, le médecin devait acquérir par lui-même sa technique et son expérience. Si l'on veut réserver l'avenir, ouvrir le chemin à des recherches scientifiques sur un sujet, il faut au moins en donner les rudiments et le goût aux jeunes. Or, bien peu de pays, jusqu'ici, en dehors de la Belgique et des républiques nordiques, ont réservé à la physiothérapie une place dans les années d'études médicales ; certains n'ont rien fait du tout, d'autres, oubliant que tous les médecins auront à prescrire des traitements physiques ont pris une demi-mesure et délivrent un diplôme spécial — Paris par exemple — où autorisent des instituts autonomes qui ne peuvent toucher que le petit nombre de ceux décidés à vivre de leur manipulation.

Le Professeur Ganzburg juge, en conclusion, que c'est d'autant plus regrettable que, à son avis, la thérapeutique future sera distribuée également entre la chimiothérapie, modificatrice interne et la médecine physique, stimulante et régulatrice.

Le Professeur Kovacs a fait un exposé très intéressant de la physiothérapie aux Etats-Unis : la difficulté dans un pays aussi vaste composé d'Etats très indépendants les uns des autres, est évidemment l'unité d'action. La section américaine de physiothérapie a bien recommandé aux différentes Universités de médecine un enseignement faisant partie du cours des études : peu l'ont écouté, quelques-uns ont un diplôme spécial, d'autres ont créé des médecins résidants spécialisés.

Le Professeur Kovacs ajoute cependant qu'il existe plus de 2.000 instituts de physiothérapie disséminés sur le territoire ! Il nous paraît y avoir là un malentendu et nous croyons que la plupart d'entre eux sont dues à des initiatives privées ; ce qui semble d'ailleurs le prouver, c'est la nécessité où se trouva le Conseil de Physiothérapie, de supprimer les réclames tapageuses et d'interdire la vente de nombreux appareils insuffisants. C'est grâce à la puissance de ces comités médicaux américains qu'un certain résultat a pu être obtenu, ce qui d'ailleurs n'est pas négligeable.

Ensuite un Allemand, un Hollandais, un Autrichien et un Français sont venus s'excuser en quelque sorte du retard de leurs pays respectifs, en faisant valoir des réalisations qui forment le début d'une expérience.

Le Professeur Grober a dit qu'en Allemagne l'enseignement est le plus souvent donné sous forme de conférences suivies d'un examen obligatoire.

Le Professeur Van Breemen a noté la grande quantité d'invalidités diverses en Hollande. Il l'attribue au manque total d'un enseignement quelconque de la physiothérapie.

Le Docteur Ornstein félicite les Compagnies d'assurance-travail de Vienne, d'avoir compris l'importance des agents physiques ; grâce à elles, le nombre de traitements donnés ces dernières années a augmenté de 150 %.

Le Docteur Dognon s'est contenté de parler du service de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu à Paris, qui est remarquable et remarquablement organisé et à qui tout est permis. Reconnaissons toutefois qu'en dehors de lui il n'y a pas grand'chose.

Sir Humphrey Rolleston prenant la parole au dîner du Congrès, a mis au point la question en quelques phrases, en faisant remarquer qu'une nouvelle méthode de traitements qui n'est pas officiellement encouragée et pratiquée par les Facultés et les médecins, tombe fatalement entre les mains des « irréguliers » ; après en avoir tiré le maximum, n'est-il pas fréquent de voir leurs excès discréditer complètement la méthode dont personne n'ose plus se servir ? Dédions en passant ces mots aux médecins français, adversaires de la médecine préventive.

L'éducation physique est une question entièrement distincte de celle des sports, bien qu'on la confonde souvent, a dit Lord Dawson of Penn. Des troubles de fonction qui ne peuvent se faire sentir qu'à l'âge d'homme sont compatibles avec l'exercice de certains sports : il ne s'agit pas de se priver de l'excellente émulation qui résulte des sports, mais il faut préparer ceux qui sont faibles. Il faut ainsi entraîner, et rendre aptes aux difficultés de la vie, ceux qui autrefois disparaissaient par la sélection naturelle des espèces : le développement de la conscience pendant les derniers siècles l'exige, mais nous ne savons pas très bien comment nous y prendre. Nous avons été frappés pendant les nombreuses et belles démonstrations de culture physique données les deux derniers jours du Congrès — et notamment par les visites au centre d'entraînement de l'armée à Albershot et au centre féminin Bergman Osterberg à Dartford Heath — par la grande diversité des opinions sur les meilleures techniques d'entraînement physique. M. E.-G. Savage, inspecteur du Bureau d'éducation, a fait la réflexion que l'empirisme y régnait en maître.

Il est évident qu'il faudrait organiser une coopération franche entre les médecins et les professeurs d'éducation physique. Le Comité d'Education Physique de l'Association Médicale Anglaise, dans son rapport annuel insistait récemment sur ce point qu'il considérait comme capital : connaître les effets physiologiques des différents exercices pour établir un système d'entraînement et aussi pour pouvoir déceler dès leur apparition, les signes d'une « intolérance », c'est-à-dire d'une fatigue physiologique de surentraînement.

Tant que cela n'aura pas été réalisé, les efforts faits en ordre dispersé risquent de demeurer vains ; le plus beau

rôle du médecin est de prévenir : la médecine préventive et l'éducation physique sont liées l'une à l'autre. Il serait adroit de notre part de faire en sorte que nous y demeurions l'homme indispensable, que nous y réclamions la part éducative qui nous revient automatiquement, mais que d'autres méditent peut-être d'arranger contre nos intérêts.

Ce contrôle médico-sportif semble avoir pris en Belgique un excellent départ : le Docteur G. Minet, en a présenté le fonctionnement tel qu'il existe depuis deux ans dans son pays ; obligation de produire un certificat médical pré-sportif, avant de pouvoir entrer dans un club, donc examen physiologique préalable qui permet de classer les candidats en sujets bien portants, sujets atteints d'une affection contre-indiquant formellement les sports et sujets insuffisants qui devront s'entraîner physiquement pour obtenir un développement qui autorisera un certain temps après la délivrance du certificat. Cinq mille médecins ont reçu de la Société médicale d'éducation physique et des sports, en plein accord avec la Fédération médicale belge, des conseils sur la manière d'examiner les candidats au point de vue sportif, et sur celle de rédiger des certificats.

Ensuite, surveillance médicale périodique dans les clubs permettant d'éviter les abus de la compétition ou de la spécialisation sportive, et constater l'amélioration de l'état du sujet ou au contraire, l'apparition après l'effort d'une affection passée inaperçue. Une fiche est tenue à jour, suivant un système laissé à l'appréciation du club. La propagande faite également auprès du public se montre efficace a déclaré le Docteur Minet, qui espère voir ce contrôle bientôt installé dans les différentes fédérations sportives belges.

A l'Assemblée générale récente à Paris, de l'Association internationale de lutte contre la cécité, M. Bishop Harman, avait développé l'idée suivante : « faire vraiment de l'école l'endroit où l'enfant apprenne à se servir et à entraîner son corps, comme il y apprend à développer son esprit ». Sir Léonard Hill a repris le même thème : un tel entraînement pourrait, dit-il, remplacer l'exercice militaire, mais il faudrait disposer de terrains vastes en dehors de la ville, éclairés pour ceux qui ne peuvent y venir que le soir, réservés à l'entraînement et non aux compétitions qui sont néfastes : il faudrait aussi veiller au régime alimentaire qui est un des points importants d'un entraînement bien compris.

Qu'avons-nous fait en France ? On peut répondre, rien de sérieux. Nous voyons tous les jours, dans tous les sports des jeunes Français se faire battre par les étrangers auxquels ils sont opposés et la raison en est presque toujours : pas d'éducation, pas d'entraînement physique. Pourtant on en parle davantage : Maurice Bedel, dans un article récent réclamait que le sport devînt un dogme, qu'il soit enseigné à l'école comme la morale : c'est parfait, mais il serait, je crois d'accord avec moi, en souhaitant que le prochain ministre ou sous-secrétaire d'Etat de l'Education physique, fût un homme qui ait un peu, ou même très peu l'allure sportive, et non comme tous les derniers un homme à la poitrine creuse, et au ventre proéminent avec un cache-nez autour du cou. Cette sensation d'intérêt soulevé par la question, on la sentait bien au Congrès : les Français ont même pu noter que l'unique séance à laquelle ait assisté le Duc d'York — patron du Congrès et sportif — a été une des séances d'éducation physique et de démonstrations par les enfants des écoles de Londres.

Les ondes courtes ont déjà fait l'objet de rapports nombreux pendant les années dernières (notamment à la Réunion des médecins électro-radiologistes français en 1933, au IVe Congrès international de radiologie), ont été de nouveau très discutées : leurs applications thérapeutiques peuvent être divisées en deux parties distinctes, soit que l'on utilise leur action vibratoire avec faible puissance sans élévation notable de la température, soit que l'on utilise au contraire leur action calorifique, locale dans les affections inflammatoires ou générale comme procédé de fièvre artificielle.

Le livre récent du Docteur Weissenberg a rappelé les débuts de la méthode. Le Docteur Schliephake est un des premiers à les avoir employées dans les furoncles notamment, il a des résultats constants ; il peut aussi en publier dans des cas d'insuffisance hépatique et un certain nombre d'arthrites. Il a l'habitude de se servir d'ondes très courtes de 12 mètres.

Les Français se sont intéressés surtout au traitement par ondes courtes des affections d'origine gonococcique. Les Docteurs Halphen et Auclair soumettent leurs blennorragiques aiguës à des séances très longues, 12 heures, quelquefois même 24 heures avec une température locale de 41 degrés. Le Docteur Lobre, fait de même ; en revanche dans les salpingites les séances de 2 minutes réussissent mieux. Dans l'ensemble les succès seraient de 90 %.

Les ondes courtes ne sont pas seulement une thérapeutique calorique. Elles ont une action supplémentaire que la chimie-physique nous fait apprécier : les ondes très courtes développent moins d'énergie et moins de chaleur, et il est vraisemblable qu'elles ont une action différente sur certains ions, certaines molécules et les colloïdes de nos tissus.

L'électro-pyrexie ou fièvre artificielle que l'on peut pratiquer avec les ondes courtes est de beaucoup la plus sûre, la plus rapide et la plus maniable des méthodes récemment prônées. Parmi les maladies qui y sont le plus sensibles, la paralysie générale voit tous les jours l'ultra-diathermie généralisée se substituer à la malaria-thérapie ; les résultats sont même plus intéressants, certaines statistiques donnant environ 80 % de rémissions. Les maladies de la circulation comme l'hypertension, la maladie de Raynaud sont irrégulièrement sensibles. En revanche, la plupart des maladies de la nutrition en bénéficient très largement : goutte, migraines et certaines affections relevant d'une thérapeutique de choc ; l'eczéma ou l'asthme sont souvent améliorés.

Enfin le traitement physiothérapique des blessures industrielles a été longuement discuté par le Professeur de Munter, le Professeur Kovacs et le Docteur Taylor. Celui-ci agissant comme expert d'une Compagnie d'assurance-travail, reçoit tous les jours des blessés sur lesquels il doit dire si rien de mieux ne peut être fait pour eux. Il a constaté que par le massage, les bains de paraffine, les exercices de gymnastique variés et toutes les formes de traitements diathermiques, il a pu permettre à des malades qui avaient été abandonnés par des hôpitaux, de recommencer à travailler. Pour lui la question que l'on doit se poser c'est « quel traitement dois-je faire pour permettre à cet homme de recommencer à travailler ? » La grosse difficulté c'est qu'il n'y a pas de loi par laquelle un employeur puisse par l'intermédiaire d'une Compagnie d'assurances savoir si son employé a vraiment reçu la meilleure forme de traitement pour rétablir sa fonction normale. Pour le Docteur Taylor, un grand nombre d'hommes et de femmes à l'heure actuelle sont chômeurs, alors qu'un traitement simple pourrait leur permettre de gagner leur vie de nouveau.

Parmi les autres communications intéressantes du Congrès il faut citer celle du Professeur Stoianoff qui a étudié en détail la composition et l'origine des boues : il a précisé les techniques différentes employées dans les villes d'eaux où les bains de boue sont appliqués et les indications les plus remarquables de ce traitement hydrothérapique : son effet essentiel est une action calorique importante que l'on peut utiliser soit d'une manière générale avec un bain complet, soit locament, procédé auquel va également la faveur du Professeur von Sap qui a fait un exposé des traitements physiothérapiques du rhumatismes et des arthrites.

L'impression de jeunesse et de vigueur que l'on rapporte de ce Congrès est une impression rarement rencontrée dans des manifestations de ce genre : elle est la conséquence croyons-nous à la fois des sujets qui avaient été choisis, du caractère inédit de certaines des discussions et aussi de la manière dont elles ont été traitées par les rapporteurs.

Docteur Pierre MONNERET.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

La crise gastrique du tabes détermine un état de chloropénie. Peut-être cette chloropénie explique-t elle la dépression extrême de ces malades.

La crise gastrique du tabes évolue en trois phases : spoliation hydrochlorée ou phase nerveuse, chloropénie stabilisée ou phase humorale, réparation ou phase critique.

Il ne suffit donc pas de traiter le facteur nerveux de la crise par des injections intraveineuses d'atropine. La chloropénie, facteur humoral, implique comme d'ordinaire une indication formelle : c'est la *rechloruration*. Entreprise dès le premier jour, elle devra être suffisante pour compenser chaque jour les pertes de chlore.

(Léon Binet et Jean Parrot. — La crise gastrique du tabes : crise hypochlorémiante. *La Presse Médicale*, 11 décembre 1935.)

La fréquence de la syphilis chez les tuberculeux est de l'ordre de 10 pour 100, chiffre établi sur 800 malades examinés à l'hôpital-sanatorium de Brévannes.

Il ne semble pas que la syphilis soit plus fréquente chez les tuberculeux et *vice versa*. La syphilis ne constitue pas un terrain particulièrement favorable à l'éclosion de la tuberculose.

La forme anatomo-clinique rencontrée est, dans la majorité des cas, une forme fibreuse peu évolutive. L'atteinte syphilitique ancienne joue le rôle de facteur sclérosant réalisant dans l'association avec la tuberculose des formes hybrides d'aspect assez particulier et assez souvent associées à des aortites syphilitiques latentes.

La syphilis récente bien traitée est assimilable à la syphilis ancienne quant à son influence sur l'évolution anatomo-clinique de la tuberculose.

Les manifestations syphilitiques tardives des tuberculeux revêtent rarement une allure grave par elles-mêmes.

Le pronostic de l'association syphilis-tuberculose est donc relativement bénin, quand il s'agit de syphilis ancienne ou de syphilis récente bien traitée.

Un traitement énergique d'une syphilis récente ne peut avoir que les meilleurs effets sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire. Ce traitement s'écarte peu du schéma habituel des traitements d'attaque antisyphilitiques. L'arsenic, employé avec précaution et dans des cas bien déterminés peut donner de très bons résultats.

Il faut redouter particulièrement les accidents médicamenteux digestifs que pourrait causer l'emploi du cyanure de mercure utilisé à fortes doses et sans précaution ou l'emploi des sels d'or.

Les sels d'or ne méritent d'ailleurs qu'une place très accessoire dans l'arsenal antisyphilitique des tuberculeux.

Les syphilis anciennes des tuberculeux, au contraire, ne seront traitées qu'avec beaucoup de discrétion. Il est rare que ces syphilis anciennes soient à l'origine des manifestations cliniques qui imposent une thérapeutique active.

Le tableau clinique des syphilis anciennes chez les tuberculeux pulmonaires est souvent dominé par l'existence de manifestations d'insuffisance cardiaque qui commandent l'abstention de tout traitement antisyphilitique et la mise en œuvre de médications toni-cardiaques.

(Pierre Bourgeois et L. Fischer.— La syphilis chez les tuberculeux pulonaires. *La Presse Médicale*, 14 décembre 1935.)

Gynécologie

Dans tout fibrome où la chirurgie peut être appliquée sans trop de risques, il faut lui donner la préférence, réservant les irradiations pour les cas où le risque opératoire est trop grave. C'est pourquoi, comme le dit Forgue : « il serait désirable que le malade n'arrivât pas directement au radiologue, sans avoir passé par les mains du chirurgien » (XXXIII° Congrès de chirurgie, Paris 1924).

D'autre part, le traitement radiant doit toujours être administré à doses suffisantes ; les radiologistes le savent de plus en plus et emploient soit avec les rayons X, soit avec le radium, des doses suffisamment puissantes et des rayons suffisamment filtrés pour détruire les lésions sans laisser de traces fâcheuses.

Il faut s'abstenir de radiothérapie et surtout de radiothérapie à doses insuffisantes (parce qu'excitantes) dans tous les cas où l'on soupçonne la possibilité d'une dégénérescence en évolution.

(Prof. Jeanneney (Bordeaux). — Radiothérapie et cancérisation des fibromes. *La Presse Médicale*, 28 décembre 1935.)

Clinique thérapeutique

Conformément aux conclusions de l'Ecole roumaine et de l'Ecole allemande, l'atropine à hautes doses apparaît comme le médicament le meilleur dont nous disposions actuellement contre les syndromes moteurs post-encéphalitiques. Elle réussit souvent là où ont échoué la scopolamine, l'hyoscine, le datura. Déjà active, à doses relativement modérées, contre les mouvements involontaires de plus ou moins grande amplitude, torticolis spasmodique, spasmes de torsion, myoclonies, elle peut dans ces cas donner de véritables guérisons. Active encore, mais à doses plus élevées, contre les syndromes de rigidité et même de tremblement, elle permet une récupération sociale importante, — les doses utiles ne pouvant être fixées que dans une maison de santé ou dans un service d'hôpital, sous le contrôle attentif du médecin.

(Ed. Benhamou, R. Fourès et Cixous. — Le traitement des syndromes post-encéphalitiques par l'atropine à hautes doses. *Paris Médical*, 14 décembre 1935.)

Accidents du travail

En France, de 1910 à 1933, soit en vingt-quatre années, il a été enregistré 1.051 cas de charbon professionnel, environ 43 par an, avec d'ailleurs de grandes variations d'une année à l'autre, sans qu'il y ait diminution progressive (42 cas en 1911, 81 cas en 1927, 23 en 1933).

Sur ces 1.051 cas, il y a eu 121 décès, soit 11,5 pour 100. Même remarque à faire au sujet de cette mortalité, qui est aussi très variable et non décroissante. Elle a été en effet de 15 pour 100 en 1910, de 8 pour 100 en 1912, de 20 pour 100 en 1930, de 5 pour 100 en 1937.

Nocivité variable du germe ou de la nature du travail, prophylaxie plus ou moins attentive, diagnostic plus ou moins précoce, traitement plus ou moins bien conduit dans tel ou tel milieu industriel, autant d'explications que l'on peut donner de ces grandes divergences touchant la morbidité et la mortalité du charbon professionnel.

Deux remarques doivent compléter ces statistiques concernant l'infection charbonneuse. La première c'est que ces chiffres ne visent que le charbon professionnel : il faudrait donc y ajouter, pour en connaître la morbidité et la mortalité totale en France, tous les cas non professionnels de cette infection. La seconde, c'est qu'il n'est pas douteux que, dans un certain nombre de cas, en particulier ceux à évolution foudroyante, le diagnostic ne doit pas être fait :

Cette documentation provient du Ministère du travail. Un arrêt de la Cour de cassation du 3 novembre 1903 ayant établi que le charbon professionnel doit être considéré comme un accident du travail, tous les cas constatés doivent être portés à la connaissance des Inspecteurs du travail. Ces derniers procèdent à une enquête complète sur tout cas déclaré, enregistrant la nature de l'industrie exercée, l'âge, le sexe et la spécialité professionnelle de la victime, la forme clinique de la maladie, l'utilisation ou non du concours du laboratoire pour le diagnostic, le mode de terminaison par guérison ou décès.

(P. Agasse-Lafont. — Le traitement de l'infection charbonneuse. *La Presse Médicale*, 14 août 1935.)

Varia

Je souhaiterais que les étudiants en médecine reçussent, au cours de ces stages cliniques du début, des notions précises et suffisamment détaillées sur ce qu'on appelle le soignage, c'est-à-dire l'ensemble des soins que donnent les aides du médecin. Je voudrais qu'après un même temps passé à l'hôpital, l'étudiant ait autant de connaissances pratiques et de dextérité que les élèves des écoles d'infirmières. Il est loin d'en être ainsi.

(Docteur Maurice Perrin. — Réflexions sur la réforme des études médicales. *Le Concours Médical*, 1er déc. 1935.)

« La France, me disait le poète Fernand Gregh, la France fait du droit comme du diabète ». (Maurice MARTIN-DU-GARD. — Caractères et confidences. *Revue de Paris*, 1er juin 1936.)

ANGIOXYL



par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE

dans
- L'ANGINE DE POITRINE
- L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
- L'ARTÉRIOSCLÉROSE
- LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
- LA MALADIE DE BASEDOW
- LA MALADIE DE RAYNAUD
- LES TROUBLES CIRCULATOIRES

AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire

SIROP : 2-3 cuil. à dessert par jour

AUCUNE CONTRE-INDICATION

Echantillons et Littérature
Laboratoires du Dr ROUSSEL
97, r. de Vaugirard, PARIS - 6e
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24

r.ç 18.000

Roger Dacosta. Edit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juin 1936

Sur l'organisation et le fonctionnement actuels des services sanitaires en Afrique Occidentale Française. — *M. Sorel.* — Jusqu'à ces dernières années, l'activité des services sanitaires de l'Afrique Occidentale Française s'était plus spécialement aiguillée sur l'organisation des services hospitaliers et celle des laboratoires de recherches : un développement économique encore en voie de réalisation du pays s'opposait alors à la généralisation des efforts.

Par contre, dès qu'un vaste système routier eût permis sur chacun des territoires de la fédération une circulation aisée et rapide, les Pouvoirs publics voulurent qu'en même temps que le traitement des malades les mesures d'hygiène et de prophylaxie fussent appliquées au maximum du possible dans les campagnes africaines.

Pour ce faire ont été organisés :

1° Un groupement de formations sanitaires fixes mais d'importance variable (hôpitaux régionaux, dispensaires, maternités, salles de consultations, poste de secours), toutes reliées à l'hôpital du chef-lieu. Les médecins de ces formations ont pour mission de consulter beaucoup, d'hospitaliser peu ; les consultants dont l'hospitalisation est jugée nécessaire étant en effet dirigés sur la formation hospitalière de la région ou du chef-lieu. Par contre, les femmes enceintes sont toujours gardées le plus près possible de leur village.

2° Un groupement de formations mobiles itinérantes créées pour visiter périodiquement tous les villages de la brousse.

Ces formations sont dotées d'un personnel instruit et outillé :

a) En vue d'une œuvre médicale (médecin européen et infirmiers) ;

b) En vue d'une œuvre sociale (sage-femme, infirmière visiteuse) ;

c) En vue d'une œuvre d'hygiène (gardes d'hygiène) ;

d) En vue d'une œuvre démographique (étalissement du casier sanitaire de tous les villages africains visités par eux).

Existence en Grèce d'une fièvre récurrente dont le spirochète revêt les caractères « de spirochæta hispanica » agent de la fièvre récurrente hispano-africaine. — *MM. Jean Caminopetros* et *E. Triantaphyllopoulos.*

Une épidémie de varicelle maligne au Cameroun. — *M. Millous.* — Il y a en Afrique équatoriale, à côté de la variole une maladie infectieuse épidémique à éruption vésiculo-pustuleuse qui tout en ne présentant aucun caractère qu'on n'ait déjà décrit dans la varicelle présente par la fréquence et la gravité des complications une forme maligne plus meurtrière même que la variole et contre laquelle nous n'avons pas cette arme défensive si certainement efficace qu'est la vaccination jennérienne.

Election d'un membre titulaire dans la première section (médecine).

Classement des candidats : En première ligne : M. LAIGNEL-LAVASTINE.

En seconde ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. BABONNEIX, GOUGEROT, MILIAN, PAGNIEZ, RIBADEAU-DUMAS.

Adjoints par l'Académie : MM. FIESSINGER, FLANDIN, HARVIER.

M. LAIGNEL-LAVASTINE est élu par 65 voix, contre 21 à M. GOUGEROT, 5 à M. BABONNEIX 5 à M. PAGNEIZ, 1 à M. MILIAN, 1 M. FLANDIN 1 à M. RIBADEAU-DUMAS.

Né à Evreux, le 12 septembre 1875, M. Maxime LAIGNEL-LAVASTINE est Professeur d'histoire de la médecine à la Faculté de Paris et médecin de l'hôpital de la Pitié.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du mercredi 3 juin 1936

A propos du méga-œsophage. — *M. Truffert* distingue le méga-œsophage vrai, des rétrecissements extrinsèques du cardia. Le méga-œsophage vrai est large, et long anormalement. Il se voit chez les enfants et les sujets jeunes. La muqueuse œsophagienne a un aspect spécial caractéristique. Enfin dans ces cas le canal cardiaque est de calibre normal.

Psoïtis suppurée. — *M. Michel Salmon* a vu chez une enfant de dix ans une psoïtis suppurée. Traitant l'affection par vaccination, il observa dans les suites les complications les plus graves : rupture en péritoine libre, ulcération de l'artère iliaque externe, arthrite suppurée de la hanche. La guérison eut lieu cependant. (*M. Leveuf*, rapporteur.)

M. A. Basset rappelle la fréquence des ulcérations de l'artère iliaque externe ou même de l'épigastrique au contact de drains dans les foyers appendiculaires.

Tumeurs d'inclusions faciales. — *M. Dufourmentel* attire l'attention sur la longueur d'évolution de certaines tumeurs malignes de la face. Le premier de ses malades âgé de 41 ans, présentait un épithélioma baso-cellulaire qui opéré quatre fois, récidive depuis quinze ans sans altération de l'état général. Un autre malade récidive depuis quarante-six ans sans prise ganglionnaire ni altération de l'état général. Il s'agit d'un épithélioma adamantin. Le dernier âgé de 45 ans présente depuis dix ans une tumeur maxillaire qui a récidivé à trois reprises.

Ces trois malades ont subi des traitements multiples en dehors des interventions. Ces tumeurs ont des particularités qui les différencient des autres néoplasmes : pas de métastases ni d'adénopathies, siège facial, au niveau de toutes les fissures embryologiques, au niveau des inclusions dentaires, au niveau des dérivés branchiaux. L'auteur déduit de ces faits que dans des cas semblables les opérations mutilantes doivent être condamnées, et que l'on doit se contenter d'exérèses complètes de la tumeur. (Rapport de *M. Moure.*)

M. Veau s'élève contre le terme de tumeurs par inclusion qui lui paraît répondre à une classification périmée.

Occlusion intestinale à double siège. — *MM. Stoian* et *Costesco* (Bucarest) ont observé chez un homme une occlusion datant de huit jours. A l'intervention on trouve une valvulus du côlon iléo-pelvien deux fois tordu et gangrené ayant entraîné dans sa torsion le segment terminal de l'iléon lui-même tordu et sphacelé. Ces cas d'occlusion à double siège sont rares, on voit plutôt des occlusions secondaires survenir après quelques jours ; elles sont dues alors à des adhérences de l'iléon au pied de l'anse.

Ulcères gastriques, ulcères cancérisés, cancers ulcériformes. — *M. René-A. Gutmann* montre la dificulté du diagnostic entre ces trois variétés d'altérations gastriques. Dans l'immense majorité des cas l'ulcère débute par des douleurs sans passé aucun. A cette période l'ulcère possède des signes radiologiques nets dès l'apparition de la douleur, et ces signes demeurent pendant toute la poussée douloureuse. Mais il est tout à fait intéressant de savoir que les signes radiologiques même très avancés (niches de Haudeck typiques) disparaissent ou régressent presque complètement après la fin de la poussée.

L'ulcère est donc une maladie qui cliniquement comme radiologiquement récidive alors qu'inversement le cancer peut prendre des aspects cliniques ou radiologiques ulcéreux mais dont le grand caractère radiologique est la persistance même en dehors de toute manifestation clinique. Cette persistance permet le plus souvent à elle seule le diagnostic de cancer.

Résultats éloignés de la thyroïdectomie subtotale dans 35 cas d'asystolie basedowienne. — *MM. Welti, Lian* et *Gaquier* distinguent deux types d'asystolie goitreuse. Certains sont uniquement des basedowiens jeunes qui font des asystolies d'ordre hyperthyroïdique. D'autres ne sont pas des basedowiens purs, mais des athéromateux, des scléreux vasculaires, qui font leur asystolie pour un hyperthyroïdisme peu élevé. La thyroïdectomie n'aura d'effets heureux et complets que chez les asystoliques basedowiens purs. Les autres évidemment garderont leur lésion primitive. Les résultats dépendent encore de la rapidité avec lesquels ils sont opérés dès la période d'arythmie et hyposystolie si possible. Lorsque le myocarde est vraiment lésé, la guérison demeure incomplète, l'asystolie cède mais l'arythmie persiste. Dans certains cas où une thyroïdectomie subtotale s'est montrée insuffisante une thyroïdectomie totale peut compléter l'effet.

M. Moure compare les résultats obtenus avec ceux qui se trouvent dans les anévrysmes artério-veineux avec asystolie.

M. Béclère pense que la majeure partie des cas d'hyperthyroïdisme peut être traitée avantageusement par la radiothérapie.

M. Petit-Dutaillis a opéré également plusieurs malades atteints de formes très graves de la maladie de Basedow et avec des résultats toujours satisfaisants. Il estime que dans ces formes précisément il est intéressant d'intervenir chirurgicalement, le résultat étant obtenu avec une particulière rapidité. Il n'est pas facile d'autre part, d'intervenir dans des formes longuement soumises aux rayons, sclérosées, aussi difficiles qu'un cancer thyroïdien.

M. J.-Ch. Bloch pense que dans l'adénome toxique la radiothérapie est absolument inutile, n'a absolument aucun effet. Dans les autres cas, Basedow diffus, la question est plus discutable. Mais tous ceux qui ont des lésions cardiaques graves ressortissent uniquement à la chirurgie. Il est d'ailleurs nécessaire que la thyroïdectomie subtotale soit très large ne laissant qu'une bande de tissu thyroïdien minime.

J. CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 juin 1936

Renseignements pratiques fournis par l'épreuve de la galactosurie provoquée chez les tuberculeux pulmonaires soumis à la chrysothérapie. — *MM. R. Benda* et *H. Salmona*, par l'épreuve de la galactosurie provoquée, se sont efforcés d'apprécier l'état préalable du foie et de suivre l'évolution d'une hépatite éventuelle chez seize malades, tuberculeux pulmonaires, soumis à la chrysothérapie. Ils insistent sur deux constatations essentielles, indépendantes de la forme des lésions pulmonaires, à savoir : 1° là où il existait, primitivement un dysfonctionnement hépatique, ils l'ont vu s'accroître d'une manière à peu près constante et parfois dans des proportions considérables avec retentissement sur l'état général, à la suite du traitement par les sels d'or ; 2° là où il n'existait au préalable aucun trouble du fonctionnement hépatique, les perturbations n'ont eu lieu que d'une façon inconstante et variable.

Si les concentrations galactosuriques sont relativement faibles dans les cas qu'ils ont étudiés, c'est qu'il s'agit de malades « moyens », dont l'état n'est pas particulièrement grave. Dans de telles conditions l'épreuve de la galactosurie provoquée ne fait que mettre en relief la fragilité spéciale du foie des tuberculeux, fragilité que vient accentuer encore l'action une substance hépato-toxique, comme l'or.

La conclusion à laquelle on pouvait s'attendre *a priori*, mais qu'il leur a paru néanmoins utile de préciser du simple point de vue de la pratique, c'est qu'avant de commencer un traitement par les sels d'or, il est indispensable d'étudier avec soin la valeur fonctionnelle du foie.

Tuberculose multiganglionnaire de l'adulte. — *MM. J. Troisier, M. Bariéty* et *J. Dufas*.

Etat grave après ponction sous-occipitale mais non provoqué par celle-ci. — *MM. Marcel Pinard* et *Temerson* rapportent une observation de crises épileptiformes avec paralysie faciale, avec aggravation après ponction sons-occipitale. Il s'agissait d'une tumeur gliomateuse des noyaux gris avec hernie du lobe temporal à travers la fente de Bichat.

Si la ponction sous-occipitale peut avoir les mêmes inconvénients que la ponction lombaire dans les tumeurs cérébrales, il n'en reste pas moins qu'elle constitue par sa remarquable tolérance une arme précieuse pour le syphiligraphe dans la prophylaxie des syphilis nerveuses.

Les auteurs ont pratiqué 1.068 sous-occipitales sans incidents notables.

La forme osseuse de la leucémie aiguë. — *MM. Robert Debré, Maurice Lamy* et *P. Gabriel*.

Néphrite aiguë mercurielle. Etude des modifications de la chlorémie. Dangers de la rechloruration en période d'anurie. — *MM. René-S. Mach* et *Henri Oppikofer* (de Genève).

Diabète et rhumatisme articulaire aigu. — *MM. R. Waitz* et *R. Pernot* ont observé chez un diabétique jeune, recevant une ration constante de 100 grammes d'hydrate de carbone, une amélioration considérable du coefficient d'assimilation hydrocarbonée sous l'influence du salicylate de soude : avant le salicylate, avec 60 unités d'insuline, glycosurie de 40 grammes environ ; vingt jours plus tard, glycosurie nulle ou très minime avec seulement 10 unités d'insuline.

Le rôle, soit primordial, soit associé, du rhumatisme articulaire semble indiscutable dans cette observation : le traitement salicylé a constitué un véritable traitement d'épreuve ; il a fait disparaître en même temps une fibrillation auriculaire isolée. Enfin chez des malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, les auteurs ont noté une hyperglycémie qui disparaît rapidement sous l'action du salicylate de soude.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 30 mai 1936

Valeur et interprétation des renseignements fournis dans l'évolution des impotences fonctionnelles par l'électro-diagnostic. — *M. Humbert* nous dit que l'électro-diagnostic classique dont la portée est uniquement qualitative ne permet pas de reconnaître à coup sûr la cause et l'organicité de toutes les impotences fonctionnelles. Le caractère fruste de la symptomatologie et l'absence de dégénérescence qui ne constitue qu'un élément négatif, ne sauraient en aucun cas prévaloir contre les renseignements fournis par la chronaximétrie.

Infection gonococcique expérimentale chez le cobaye. — *MM. A. Grimberg* et *S. Mutermilch* ont inoculé directement dans la vésicule séminale du cobaye des cultures de gonocoques, colibacilles et staphylocoques. Les deux premiers de ces germes ont déterminé chez l'animal une infection locale spécifique (orchite, vésiculite, uréthrite) ce qui permettra, sans doute, de serrer de plus près, le problème des infections génito-urinaires.

Inocuité et avantage des injections intraveineuses d'huile camphrée. — *M. Guilleman* dit que l'utilisation thérapeutique des injections intraveineuses d'huile camphrée date surtout de travaux récents qui ont montré leur inocuité absolue. Une statistique récente en rapporte 6.000 cas, sans le moindre incident. Ceci est dû à la « fonction lipopexique » du poumon, qui fixe l'huile et écarte ainsi tout danger d'embolie. L'huile camphrée intraveineuse, tout en agissant aussi rapidement. a l'avantage sur les autres préparations camphrées et en particulier les camphres solubles, d'avoir une action plus douce et plus prolongée. On utilise, dans un minimum de temps et avec un maximum d'efficacité, les propriétés du camphre et plus particulièrement son action cardio-pulmonaire.

Présentation de malade porteur d'une tumeur osseuse du fémur. — *M. Filderman* présente, pour la deuxième fois, après un intervalle de deux ans, un malade porteur d'une tumeur osseuse du fémur. Malgré le résultat d'une biopsie faite par M. le Professeur Ombredanne et examinée par M. Delarue (ostéome pur aucune image de malignité) le pronostic parut très sombre à plusieurs chirurgiens qui l'ont examiné à l'hôpital et à la Société de médecine. L'état du malade était mauvais, il présentait des ganglions dans l'aine, il souffrait et ne dormait pas. Actuellement, trois ans après la première radiographie, le malade est en bonne santé, il garde son fémur, il avait gagné jusqu'à 15 kgr. Ce résultat a été obtenu par l'hémocrino-parathyroïdienne, méthode qui a donné entre les mains de l'auteur et celles d'autres médecins des résultats remarquables dans les troubles endocriniens se manifestant par des affections nombreuses telles que staphylococcies, sclérodermie, eczéma, asthme, hypertension, artérite oblitérante, etc...

G. LUQUET.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, où à vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Madame de Montespan fut-elle une empoisonneuse ? On l'a prétendu et nié avec une égale véhémence. M. Gonzague Truc, dans son livre : *Madame de Montespan* (A. Colin, édit.) ne manque pas de faire le point de la question. Et voici sa conclusion :

« Il demeure très douteux que Mme de Montespan ait jamais empoisonné ou fait empoisonner personne, il l'est infiniment moins qu'elle n'ait pas eu recours aux sortilèges ou aux maléfices. A-t-elle dans ce dernier cas poussé jusqu'au crime ? Nous devons lui laisser encore ici, comme à tout accusé, le bénéfice d'un autre doute, mais, considérant une certaine rudesse du temps et la violence de son propre caractère, il ne nous semble guère permis de conclure à une pure impossibilité. »

Les Nicolle, Vaquez et leur génération. — *Sous ce titre, M. Léon Daudet écrit dans l'*ACTION FRANÇAISE (4 juin 1936) :

Charles Laubry, disciple et continuateur de Vaquez, et maître lui-même, vient de publier, aux *Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, une belle brochure consacrée aux travaux de mon bien cher ami et condisciple, devenu, par son labeur, sa conscience et son esprit de recherche, le successeur incontesté du grand Potain. Admis souvent dans l'intimité de ce dernier, alors le Maître de la Charité, après avoir été celui de Necker, j'entendais de sa bouche un éloge de mon ami Henri Vaquez, que la suite des temps a confirmé. Le secrétaire particulier de Potain était, à l'époque, le Docteur Clermont, avec lequel il compulsait ses « observations » chaque soir, quelquefois jusqu'à 2 heures du matin. Mais il serait injuste de ne pas constater que Vaquez a apporté, dans la sémiologie et la thérapeutique cardiaques, des perfectionnements ; dans l'étude du sang et de la globulométrie, des vues d'une grande portée, qui font de lui, à nouveau un initiateur. Cependant que notre ami commun, Maurice Nicolle, ouvrait avec sa thèse géniale, les *Scléroses du myocarde*, un champ inexploré aux recherches sur le mystérieux organe central de la circulation et de l'affectivité, des résonances sentimentales et des résonances organiques, dont Corvisart disait, d'après Virgile : « *Hœret lateri letalis arundo.* » La médecine est actuellement et universellement divisée en trois branches principales : le système nerveux, médullaire et cérébral ; le système sanguin et le cœur ; les glandes ; branches auxquelles sont attachés trois noms : Charcot et ses élèves Babinsky, Brissaud, Pierre Marie... Potain, avec Vaquez et Laubry... Brown-Séquard et une centaine de chercheurs répartis par l'univers entier. Mais, à côté de ces trois groupes, et par moment les dominant, se dressent Pasteur et ses glorieux élèves, Roux, Calmette, Maurice et Charles Nicolle, Yersin, tout au moins dans l'ordre chronologique.

Il n'y a eu, en embryologie, que de rares « patrons » depuis Mathias Duval. A. Vaquez, Babinsky, Esbach, Brissaud, Darier, Pierre Marie, Sollier, Widal et Lesage, il convient d'ajouter, pour l'anatomie proprement dite, Farabeuf et, plus récemment, Rouvière ; pour l'anatomie pathologique, Suchard ; pour l'histologie, Ranvier et Renaud de Lyon. A ces maîtres incontestés doivent être équitablement adjoints, en homéopathie, Léon Vannier et Joseph Roy, dont les travaux concernant le cancer et les altérations du sang prennent manifestement aujourd'hui, dans ce domaine, la tête de la cohorte des chercheurs, de ceux qui, se frayant des chemins à part, n'ont pas piétiné dans les sentiers battus. Il est d'ailleurs à remarquer que la doctrine pastorienne (PASTEUR N'AVAIT PAS FAIT D'ÉTUDES MÉDICALES) et la doctrine d'Hahnemann se rejoignent en un point, qui est le *similia similibus*, ou traitement du semblable par le semblable. Aussi ne puis-je comprendre l'attitude hostile de maints

allopathes vis-à-vis des homéopathes. Plus sage me semble l'attitude des médecins belges, comme Fouarge, ou français, comme Lefeunteun, qui associent, en thérapeutique, l'allopathie à l'homéopathie : d'abord guérir, ensuite philosopher.

J'en passe, bien entendu, et, comme l'on dit, des meilleurs. Auclair, savant génial prématurément disparu, était, quand il mourut, sur le chemin du traitement rationnel de la tuberculose, en partant de l'immunité des oiseaux. Portier, le principal artisan de l'anaphylaxie, a mis la main, avec ses *Symbiotes*, sur un chapitre nouveau de la vie intracellulaire. Tissot, du Muséum, a, le premier, décelé le rôle des moisissures dans la genèse des maladies. C'est dire que la génération de 1860 à 1936 environ a fourni en France, dans le domaine médical, un immense et consciencieux labeur, qui demeurera, par la suite des âges, comme un juste objet d'admiration et de méditation.

Il y aura eu néanmoins à la Faculté de Paris une plaie quant à la médecine : plaie dont je me suis souvent entretenu avec les Nicolle, Babinsky (qui en avait été victime), Dutil (autre victime) et beaucoup d'autres : je veux parler de la révoltante partialité dans les concours, dont furent accablés tant d'hommes de haute valeur, comme le grand Déjerine, par exemple, ou encore comme Sabourin, qui décrivit la structure portobiliaire du foie. Je ne parle pas de l'ostracisme grotesque qui frappa Brown-Séquard, le père de l'endocrinologie, lors de ses premiers travaux, alors que cette branche si importante de la clinique médicale, de l'anatomie pathologique et de la thérapeutique (opothérapie), est sortie de lui, ainsi que la chimie des hormones. J'attends avec impatience le livre posthume de Charles Nicolle, et qu'il m'avait annoncé, sur ces concours que j'appelais irrévérencieusement, dans les *Morticoles* (1894), « les lèchements de pieds ». En littérature, nous n'avons pas connu ces mandarinats, qui sévirent aussi dans les beaux-arts. Pour se défendre, les hommes de lettres ont cette arme, qui est leur plume.

Pour en revenir à Vaquez, qui gagna ses galons par son seul mérite, Laubry nous rappelle les vastes résultats auxquels il parvint, grâce à son esprit de méthode et d'investigation. Ces acquisitions sont trop techniques pour être exposées ici. Il faut savoir toutefois qu'outre les appareils de mesure de la tension vasculaire, du nombre des globules rouges et de l'arythmie cardiaque, on lui doit le tableau de l'érythrose et la rectification du syndrome « asystolie », ainsi que l'emploi de l'ouabaïne, auxiliaire de la digitaline. C'est dire que ce grand esprit, au service duquel palpitait le cœur le plus nuancé et le plus délicat, doit prendre rang, dès aujourd'hui, parmi les maîtres de l'art subtil et bienfaisant qu'est la connaissance médicale. Il conviendra à la fois à ses confrères de le pleurer et de l'imiter.

La brochure remarquable de Laubry mérite une édition courante, et cela le plus tôt possible... car les morts vont vite, hélas ! et leur notoriété posthume n'attend pas.

Les médecins de Mme de Noailles. — *Lucien Coperchot* : *Souvenirs d'un journaliste* (La Revue Universelle, 1er juin 1936) :

... Si jeune, Mme de Noailles était déjà persécutée par la souffrance. Elle vivait entourée de médecins. Babinski pour les nerfs, Vaquez pour le cœur, Enriquez, toutes les célébrités étaient tour à tour consultées.

« Hier, ma chambre était bondée de docteurs que présentait Widal, médecin du roi Salomon, m'écrivait-elle le lendemain d'un jour ou j'avais trouvé sa porte close. Je vous dirai ce qu'ils ont décrété. En tout cas, ils ne m'ont rien proposé de meilleur que la patience, le courage, la résignation à tous les maux. Et, au bout du compte, un seul de nos propos, et les ombres de Lavoisier et de Corneille sont de plus sûrs soutiens de l'énergie !...

En ce temps-là, elle était entourée des soins vigilants du vieux médecin de sa famille, le Docteur Cheurlot, admirable de sagesse, de prudence, de bonté, et riche d'une si longue expérience ! Son fils Etienne, intelligent et fin l'assistait, prêt à tout heure à répondre à l'appel de sa malade.

Brissaud qui avait eu une grande action sur elle lui avait donné son élève : Henry Vivier, un thérapeute comme on en a peu vu, un grand sorcier blond qui prenait dans ses mains la douleur de ses malades, leurs soucis, leurs craintes, leurs épreuves, et les en soulageait miraculeusement à force de s'intéresser à eux, de leur prodiguer son amitié, de faire passer en eux son courage et sa volonté.

Léon Daudet, qui l'a beaucoup aimé, a tracé de Vivier dans *Salons et journaux*, un admirable portrait :

« Vivier n'admettait pas que son malade mourût. Je l'ai vu aller chercher sous les ombres ma chère grand'mère maternelle, âgée de quatre-vingt-un ans, et lui donner huit ans de sursis. Dans ce cas, il était étonnant et atteignait au sublime. Il s'installait au chevet des moribonds, il les surveillait minute par minute, les alimentait, les soutenait à l'aide de petits trucs à lui, réveillait leur moral, leurs espérances, les réintéressait à l'existence. Il ressemblait au tapissier diligent qui reprend point par point l'étoffe usée et déchirée, reconstitue les couleurs et les figures. Grand savant, au courant comme pas un de tous les raffinements et de tous les progrès de la culture médicale, il se muait en grand artiste et les deux se fondaient dans une espèce de paternité ou de fraternité tendre que je n'ai connue qu'à lui. Il distribuait à ses clients de son âme harmonieuse et rayonnante. Ils les réchauffait à sa lumière. »

Tel l'a vu Daudet auprès de son aïeule, tel nous l'avons vu auprès de Jules Lemaître frappé de congestion pulmonaire, aux heures où la fièvre accablait son malade.

— Voyons, lui disait-il, M. Lemaître, il y a un quart d'heure pénible à passer nous allons le franchir ensemble ! Donnez-moi la main et prenez ma force. Je suis jeune, je puis en donner !

La prodiguant ainsi, il n'en eût plus pour résister à la tuberculose qu'il avait prise en soignant de pauvres paysans chez qui il s'était logé pendant des vacances.

Il mourut à cinquante ans, usé, par tant de transmissions de sa volonté, et Léon Daudet raconte qu'en revenant du cimetière, Lemaître les yeux pleins de larmes, lui disait :

— C'est maintenant notre tour, à nous autres, puisqu'il n'est plus là pour nous « retenir »...

Tant qu'il assista Mme de Noailles, Vivier sut entretenir en elle une sorte d'allégresse qu'elle perdit en le perdant.

Mais les dieux veillaient : ils lui avaient pris Henry Vivier, ils lui donnèrent Mme Lobre. On n'imagine pas de soins plus vigilants que ceux qu'elle reçut de cette amie savante et prodigue d'affection. C'est l'honneur de Mme de Noailles d'avoir suscité de dévouements d'une telle qualité.

Dans le salon d'attente du médecin. — *De M. le Docteur J. Crinon dans l'*INFORMATEUR MÉDICAL (17 mai 1936) :

Dans le salon du confrère réputé que j'allais voir il y avait beaucoup de monde : des hommes immobiles et muets, des femmes trop jolies pour être discrètes. Je ne tardai pas à être appelé.

Tout en me trouvant honoré de ce tour de faveur, je crus devoir m'en excuser auprès de mon confrère : « Vous avez, lui dis-je, beaucoup de clients qui attendent, ne vous croyez pas obligé de les mécontenter pour me recevoir avant eux. »

— Ça, des clients ? répartit mon confrère, quelle erreur est la vôtre, ce sont des figurants.

— Des figurants ?

— Oui, c'est-à-dire de braves gens qui en font l'office sans le savoir. Ce sont des placiers en produits pharmaceutiques. Sur leur rapport quotidien, ils ne manqueront pas d'écrire cette sottise que j'ai une clientèle nombreuse, ignorants qu'ils sont de la qualité de ceux qui occupaient mes fauteuils à côté d'eux. On fait queue chez moi, mais ce n'est pas pour me consulter, c'est pour me vanter tel ou tel produit pharmaceutique. Et tenez, vous feriez bien de signaler cette plaie du moment.

« Au demeurant, vous pensez peut-être que ces excellents collaborateurs des industriels qui mettent à notre disposition des produits de toutes variétés vont me parler de la valeur de ces produits, me renseigner sur les usages et recueillir avec profit les réflexions que j'aurais à leur faire à propos de leur emploi déjà effectué ? Il devrait en être ainsi, mais il est fort rare que cela se passe de cette façon.

« D'abord, ces visiteurs pleins de courtoisie seraient bien en peine de mener la conversation sur ce thème, car ils n'ont pas l'instruction nécessaire pour jouer ce rôle utile. Trop d'entre eux ne sont pas des médecins, ils vendraient aussi bien de la quincaillerie ou des jarretelles ; ils ont l'élocution facile, mais vous ne les sortirez pas de la leçon qu'on leur a apprise et qu'ils récitent sans y voir goutte.

« Pour ajouter aux chances de persuasion, on emploie même, pour cette fonction, de jeunes et jolies femmes qui parlent avec le sourire. On ne peut pas se débarrasser d'elles aussi aisément que des hommes, car sans être galants, on se doit envers les femmes d'une bienveillance sexuelle.

« Si les industriels veulent réellement nous prendre au sérieux il faudrait qu'ils comprennent l'opportunité de nous envoyer des représentants qui soient comme l'on dit « de la partie », et avec qui nous puissions discuter d'une façon susceptible de nous renseigner utilement sur l'emploi de leurs produits. Il ne manque pas d'étudiants en passe de terminer leurs études ou de praticiens malheureux qui trouveraient dans ce rôle les subsides qui leur manquent.

La maladie de Rousseau. — *M. le Docteur Victor-Pauchet revient sur cette question dans* CANDIDE (21 mai 1936) :

Aucun doute n'existe sur la maladie de Rousseau. Son testament, écrit en 1763, à l'âge de 51 ans, est une véritable auto-observation.

« Il y a vingt ans que je souffre d'une rétention d'urine, dont j'ai même eu les atteintes dès mon enfance. Je n'urine jamais à plein canal et jamais aussi l'urine n'est complètement supprimée, mais le cours est plus ou moins embarrassé de sorte que j'éprouve une inquiétude, un besoin presque continuel que je ne puis jamais bien satisfaire. Je remarque pourtant dans ces inégalités un progrès constant par lequel le fil de l'urine diminue d'année en année... Il y a des embarras dans le canal de l'urètre, et les bougies suppuratives de M. Daran m'ont quelquefois procuré un peu de soulagement, mais leur long usage, loin de continuer à me soulager, m'a toujours nui, et même, leur introduction devenant chaque jour plus difficile, il a fallu les faire de jour en jour plus minces... Il m'a semblé que l'obstacle qui s'opposait à leur introduction s'enfonçait toujours plus dans la vessie, de sorte qu'il a fallu d'année en année employer des bougies plus longues... Le frère Côme dit avoir trouvé la prostate fort grosse, fort dure et comme squirreuse... Le siège du mal est certainement dans la prostate, ou dans le col de la vessie, ou dans le canal de l'urètre et probablement dans tous les trois. »

Rousseau a souffert depuis son enfance et durant toute sa vie d'une rétention d'urine, voilà le fait. Quant à la cause, médecins et chirurgiens ont discuté et bâti des hypothèses. L'un dit : *Spasme de l'urètre* ; un autre : *Gonflement inflammatoire de la muqueuse* ; un chirurgien, qu'il s'agissait d'une *hypertrophie prostatique congénitale* ; le Professeur Héresco, chirurgien des hôpitaux de Bucarest, qui a eu l'occasion d'opérer deux rétrécissements congénitaux, dont l'un avait son siège dans *la région prostatique, tout près du col vésical*, s'est demandé si ce cas n'était

pas celui de Rousseau. Enfin, dans un rapport très étudié présenté à l'Académie de médecine (1), le Professeur Poncet (de Lyon) et le Docteur René Leroche déclarent qu'il ne saurait, en l'espèce, s'agir que d'un *rétrécissement congénital de l'urètre*, avec toutes ses conséquences immédiates et tardives.

Laissons de côté l'hypothèse d'une hypertrophie prostatique congénitale : il s'agirait alors plutôt d'une tumeur qui aurait rapidement évoluée et aurait été incompatible avec la vie. Le spasme de l'urètre, lui, est possible, mais il n'est que secondaire supposant une lésion. Restent les malformations du canal : valvule ou rétrécissement. Le cas de valvule signalé par le Professeur Héresco, est certes très intéressant, mais le diagnostic du Docteur Poncet et du Docteur Leriche semblent bien entraîner la conviction. Rousseau était un *rétréci*.

Jean-Jacques était *rétréci* en venant au monde. Plus tard, peut-être, est-il devenu prostatique, c'est possible. Ne dit-il pas que l'obstacle qui s'opposait à l'introduction des bougies « s'enfonçait toujours plus », et, n'est-ce pas à l'âge où la prostate s'hypertrophie, à 51 ans, qu'il écrit dans son testament que le frère Côme « a trouvé la prostate fort grosse, fort dure et comme squirreuse » ? Peut-être encore, comme le veut le Docteur Labonne, l'enfant était-il affligé d'un phimosis, c'est plausible : ces rétrécissements de l'urètre ne s'accompagnent-ils pas souvent d'autres malformations, malformations du canal ou des organes génitaux ? Quoi qu'il en soit, Rousseau était très certainement un *urinaire*, et c'est cela qu'il nous importe de savoir, car c'est cela qui nous aide à expliquer et à comprendre Rousseau.

. . . .

Un grand psychiatre, le Professeur Régis (de Bordeaux), étudiant l'état psychique de Rousseau, a porté le diagnostic de « neurasthénie spasmodique obsédante, liée à de l'artériosclérose arthritique ». Ce diagnostic n'infirme pas le précédent, mais le complète : anormal cérébral et anormal génital vont de pair. Il est vraisemblable qu'il avait en même temps, s'associant les uns aux autres des troubles urétraux, génitaux et cérébraux. Le Professeur Poncet a toujours raison quand il écrit : « La maladie urinaire de Jean-Jacques est la cause de sa psychopathie... Il faut expliquer ses bizarreries, ses folies, par ses souffrances urinaires, par sa dysurie permanente... Pendant un demi-siècle, il a souffert de troubles graves de la miction, d'accidents variés d'empoisonnements urinaires qui jouèrent le plus grand rôle dans son état psychique ». Et Jules Lemaître a parfaitement raison lui aussi d'ajouter : « Ses maux physiques ont profondément agi sur sa sensibilité, sur sa vie passionnée et par conséquent sur ses livres eux-mêmes. » En tout cas, si l'état physique de Rousseau ne fut pas à lui seul la cause de son état psychique, il a sûrement contribué à l'aggraver dans d'énormes proportions.

(1) S. du 31 Décembre 1907.

L'auteur des *Confessions* — « livre d'impudeur et le plus fort témoignage de l'orgueil maladif et délirant » (1) — fut un « malade mental et il le fut toute sa vie ». Ses partisans les plus fermes avouent eux-mêmes qu'il était « candidat à la folie ». Ses idées étaient délirantes (Pr. Régis).

Rousseau avait le délire de la persécution : jésuites, magistrats, philosophes.

(1) Jules Lemaître : *J.-J. Rousseau*. Conférences de 1907.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Formulaire endocrinologique du praticien, par G. Jeanneney et G. Hirtz. Un vol. in-8 de 160 pages avec 22 figures dans le texte, 20 francs. Gaston Doin et Cie, édit., 8, place de l'Odéon, Paris (VIe).

L'ouvrage comprend trois parties :

1° La première est un rappel de la séméiologie endocrinienne dont on connaît la complexité. L'interrogatoire du malade, l'examen clinique détaillé qui fait appel à mille petits signes, les recherches de laboratoire (métabolisme basal par exemple), y sont exposés avec leur technique et leur valeur respectives.

2° Dans la deuxième partie les auteurs ont étudié le traitement des endocrinopathies. La thérapeutique de chaque maladie y est exposée (après un rappel clinique succinct) dans les termes mêmes où elle doit être prescrite par le médecin. A ce point de vue l'ouvrage est véritablement un formulaire où sont donnés des modèles d'ordonnances adéquates, simplifiant ainsi considérablement la tâche du consultant.

3° Quant à la troisième partie, elle est consacrée à la description des différents emplois des produits endocriniens et organiques en pathologie médicale et spéciale, en dehors des maladies des glandes endocrines proprement dites.

Pratique, précis, éminemment maniable du fait de la classification alphabétique de ses trois parties, cet ouvrage est appelé à un grand succès non seulement auprès du médecin et de l'étudiant, mais même auprès du spécialiste qui saura y découvrir bien des réflexions originales sur l'endocrinologie.

Les Livres de la semaine

Baras (Dr E.). **La circoncision. Son historique et son importance au point de vue hygiénique.** In-8 jésus. 58 p. Br. : 10 fr. (Lipschutz).

Maimonide. — **Traité des poisons.** Trad. Dr Rabbinowicz. 2e éd. In-8. coq. 70 p. Br. : 10 fr. (Lipschutz.)

Guilly (Paul). — **Duchenne de Boulogne.** In-8°. 240 p., pl. (Baillière).

Le Gérant : Dr Victor GENTY
CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 26 LE NUMÉRO : 50 Centimes 27 JUIN 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Leçon inaugurale

B. POMMÉ : L'enseignement de la neuro-psychiatrie et du service de santé militaire au Val-de-Grâce ... 1073

Rythmologie

R. PORAK : Les rythmes chimiques dans la séméiologie médicale et dans la physiologie de la thérapeutique. 1087

Hydrologie

Indications hydrologiques d'Aix-les-Bains, par H. VIGNES 1089

Les indications de la cure de Châtel-Guyon en thérapeutique infantile 1090

Revue de Presse parisienne 1090

Sociétés savantes

Société Médicale des Hôpitaux 1094
Académie de Chirurgie 1095
Société de Médecine de Paris 1096

Notes cliniques et thérapeutiques . 1096

Nouvelles 1067
Echos et Glanures 1099
Bibliographie 1084
Les Livres de la semaine 1102

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 18 juin. — M. OUDIN. Epithéliomas du testicule. — M. LEGARDER. Etude de la valeur séméiologique du hoquet. — M. BAUDET. Extension actuelle de la syphilis dans les pays de nouvelle civilisation. — M. GAZEL. Maladie de Nicolas-Favre avec réaction de Frei. — M. SZÉGAL. Les phlegmons périnéphrétiques bilatéraux. — Mlle HISTMANN. Etude des cloisons transversales congénitales du vagin.

18 juin. (*Thèse vétérinaire.*) — M. MONVOISIN. Le lait et les produits dérivés.

22 juin. — M. HUIGNARD. Extension ganglionnaire dans le cancer du col de l'utérus. — M. POUGET. Etude du traitement des ulcères gastro-duodénaux. — M. THOREL. La jéjuno-jéjunostomie dans les gastrectomies du type Billroth II et ses dérivés. — M. FORT. Etude du traitement orthopédique des fractures de l'astragale. — M. BEAUFILS. La hanche paralytique en orthopédie. — M. ORENGO. A propos d'un cas de sténose cardio-œsophagienne de l'enfant. — M. BEAUMEL. Traitement de l'hypertension et ses complications par l'association médicamenteuse. — M. NAFTALIS. Contribution à l'étude du tétanos cérébral. — M. POULAIN. Etude de la sulfamido-chrysoïdine et de quelques-uns de ses dérivés. — M. ANDRÉ. Le feutrage arachnoïdien postérieur dans les lésions médullaires. — M. REYT. L'apicolyse avec plombage, paraffiné dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

23 juin. — M. BAUDART. Les formes graves à allures septicémiques de l'infection puerpérale. — M. BAUDOUIN. Etude de l'anémie grave de la grossesse. — M. MARTIN. Infections ombilicales des nouveau-nés. — Mlle REVAULT D'ALLONNES. Consultation annexée à la Maternité Pitié. Son rôle médico-social. — M. COINTRE. Etude de l'acrodynie infantile à propos de sept cas de la maladie dans la région d'Orléans. — M. PIGÉ. Les facteurs de sclérose dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire. — M. ROBERT. La cachexie hypophysaire. — M. ROIT. Importance de l'examen radiologique du poumon au cours de la typhobacillose. — M. G. FABRE. Recherches sur la cholémie et la cholestérinémie dans les maladies mentales. — M. GREMPLER. Ulcères variqueux chez les syphilitiques. — M. SZTROSBERG. Coliques hépatiques colloïdoclasiques.

24 juin. — M. CAHUET. L'allaitement maternel à la campagne. — M. CASTELLO. Recherches expérimentales sur l'action des injections intracardiaques d'atropine dans les syncopes chloroformiques primitives. — M. COLLOT. Etude des présentations primitives de la face. — M. SZWARCBORT. Etude sur l'hypotension artérielle au cours des cirrhoses hépatiques.

25 juin. — M. BARÉ. Etude de la loi du 31 mars 1919 relative aux pensions militaires d'invalidité. — M. BACICURINSCHI. Etude de l'alimentation chez les intellectuels. — M. TRIEU. Le traitement de l'opiomane. — M. VILLARET. Climatologie médicale de la région parisienne. — M. BONTZOLAKIS. Syphilis traumatique viscérale. — M. CARRANZA. Valvus variqueux ostéo-hyposiophique de Kilippel. — M. CHAPEREAU. Le traitement des épithéliomas cutanés par le thermocautère. — M. FLATO. Comment se soignent les syphilitiques dans le dispensaire. — M. JEZIERNICKI. Les urticaires non digestives de l'état de l'estomac.— M. MANUEL. Modifications physico-chimiques dans la genèse des granulations éosinophiles des leucocytes. — M. RABITZ. Etude de la substance d'Oriel.

26 juin. — M. BIRON. Utilisation des courbes glycémiques après injection veineuse en pathologie viscérale. — M. BLANC. Les diabètes de l'âge mûr. — M. GUDYS. Les rétinites stellaires pseudo-néphritiques. — M. LE QUAN-DANG. Etudes de certaines formes particulières de myélites dues à la fièvre typhoïde.

Concours d'agrégation. — *Section de chirurgie.* Sont proposés à la nomination du ministre :

Paris : MM. Ameline, Menegaux, Funck-Brentano.
Marseille : M. Figarella.
Alger : M. Sabadini.
Bordeaux : MM. Massé, Darget.
Lyon : MM. P. Bertrand, Clavel.
Toulouse : M. Fabre.

Faculté de médecine d'Alger. — La chaire d'ophtalmologie est déclarée vacante.

Société royale de Londres. — M. le Professeur H. Vincent a été élu à l'unanimité membre (honorary fellow) dans la section de médecine.

Légion d'honneur — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade de commandeur.* — M. Peltier, ancien médecin lieutenant-colonel des troupes coloniales.

Marine. — Les médecins dont les noms suivent ont obtenu après concours, le titre de spécialiste des hôpitaux maritimes :

Médecine générale. — M. André, médecin de 1re classe, en service à l'Ecole de Bordeaux.

Bactériologie et anatomo-pathologie. — M. Duliscouet, médecin principal, en service à Cherbourg.

Médecine légale et neuro-psychiatrie. — M. Bayle, médecin de 1re classe, en service à la division d'instruction.

Dermato-vénéréologie. — M. Bousselet, médecin de 1re classe, en service à Lorient.

Electro-radiologie et physiothérapie. — M. Verré, médecin de 1re classe, en service à Lorient.

Ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie. — M. Barrat, médecin principal, en service à Toulon.

Défense nationale. — M. le médecin lieutenant-colonel Arène est nommé à l'état-major particulier du ministre de la Guerre.

Hôpitaux de Saint-Etienne. — Le concours ouvert pour la nomination d'un médecin des hôpitaux de Saint-Etienne, s'est terminé par la désignation de M. le Docteur Bouquin.

Concours pour trois emplois de médecins assistants au sanatorium national Vancauwenberghe de Zuydcoote — Un concours est ouvert pour trois postes au moins de médecins assistants résidant au sanatorium national Vancauwenberghe de Zuydcoote (hôpital maritime).

Le traitement de début est de 20.000 francs et peut atteindre 30.000 francs par avancements successifs.

Les intéressés bénéficient gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage.

Il est interdit de faire de la clientèle et d'accepter un emploi accessoire.

Les femmes sont admises à concourir.

Les candidats devront être âgés de moins de 35 ans au 1er janvier 1936. Cette limite d'âge est reculée d'un temps égal à la durée légale des services militaires.

Les candidats devront être des nationalité française et s'ils sont naturalisés, satisfaire aux conditions posées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine, et compter au moins dix ans de naturalisation à dater de la publication du décret qui leur a conféré la nationalité française.

Ne pourront prendre part à ce concours que les candidats anciens externes des hôpitaux d'une ville de Faculté ou d'Ecole de médecine ou ceux pourvus d'un certificat de phtisiologie délivré par une Faculté de médecine.

Les candidats devront justifier des connaissances qu'ils pourraient avoir dans les recherches de laboratoire appliquées au diagnostic bactériologique et biologique de la tuberculose.

Les demandes devront être adressées au ministère de la Santé publique et de l'Education physique (direction du personnel, 1er bureau) 7, rue de Tilsitt, Paris (XIIIe), avant le 1er juillet 1936. Elles seront accompagnées des documents ci-après :

1° Extrait de l'acte de naissance ;

2° Pièce établissant la nationalité française, ou, s'il y a lieu la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

3° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

4° Copie certifiée conforme du diplôme de Docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat ;

5° Exposé des titres et des fonctions qu'ils ont remplies avec références à l'appui ;

6° Dépôt de la thèse et des travaux et publications ;

7° Pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires ;

8° Renseignements sur la situation de famille ;

9° Eventuellement justifications de la pratique du laboratoire.

Les candidats qui seront désignés devront, préalablement à leur entrée en fonctions subir les visites médiacles exigées des candidats à un emploi public.

Hôpital Beaujon-Clichy. — *Conférences cliniques.* — Le lundi 22 juin et les lundis suivants, à 9 h. 30, au laboratoire du Docteur Aubourg, des conférences, essentiellement pratiques seront faites sur les caractéristiques physiques et les résultats cliniques des méthodes suivantes :

29 juin, M. Le Go : Courants galvaniques et faradiques et dérivés. — 6 juillet, M. Aubourg : Les courants exponentiels de basse-fréquence. — 20 juillet, M. Surmont : Diathermie et ondes courtes. — 27 juillet, M. Aubourg : L'ozone : résultats cliniques de cent premiers cas traités à Beaujon.

IIIe Congrès des médecins électro-radiologistes de langue française. — Le IIIe Congrès annuel des médecins électro-radiologistes de langue française, se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, les 8-9-10 octobre 1936, à l'Amphithéâtre de physique.

Trois questions ont été mises à l'Ordre du jour et seront l'objet de rapports :

1° *Radio-diagnostic* : Séméiologie radiologique des affections ostéo-articulaires dites rhumatismales (arthrites et arthroses), par MM. Robert et Forestier, d'Aix-les-Bains.

2° *Radiothérapie* : La radiothérapie à tension élevée par MM. Wangermez et Auriac pour la partie physique et par MM. Gunsett et Mathey-Cornat pour la partie clinique.

3° *Electrologie* : L'électrothérapie dans les métrites par MM. Delherm et Dausset.

Les matinées seront libres, pour permettre aux congressistes de visiter les Services d'électro-radiologie et l'Exposition d'appareils, qui se tiendra à la même époque à la Faculté de médecine.

Pour s'inscrire au Congrès, il faut être, membre de la Société de radiologie médicale de France, ou de la Société française d'électrothérapie et de radiologie, ou de la Société belge de radiologie, ou être agréé par l'une d'elles.

L'inscription n'est définitive, qu'après versement des droits, qui sont de 100 francs, pour les membres actifs et 50 francs pour les membres associés (famille, étudiants, constructeurs).

Le Congrès sera présidé par le Docteur Rechou, professeur de clinique d'électricité médicale à la Faculté de Bordeaux.

Pour inscription et renseignements, s'adresser au secrétaire général M. le Docteur Dariaux, 9 *bis*, boulevard Rochechouart, Paris (IXe).

XXIIIe Congrès d'hygiène (Paris, Institut Pasteur). — La Société de médecine publique et de génie sanitaire organise cette année, comme les années précédentes, un Congrès d'hygiène.

Ce Congrès tiendra séances les lundi 19, mardi 20, mercredi 21 et jeudi 22 octobre 1936, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le Professeur P. Leclainche.

Rapports. — I. *Epidémiologie* : Organisation, dans le cadre national et dans le cadre international, d'un service d'épidémiologie : 1. En médecine humaine ; 2. En médecine vétérinaire. — II. *Les vaccinations associées* : 1. Les associations d'antigènes ; 2. Vaccinations associées en médecine humaine ; 3. Vaccinations associées en médecine vétérinaire. — III. *L'enseignement de l'hygiène en médecine vétérinaire* : 1. Enseignement de l'hygiène dans les écoles vétérinaires ; 2. Services que les enquêtes vétérinaires peuvent rendre à la Santé publique.

Conférences. — Les ultras-virus, par M. le Professeur Levaditi. — Données actuelles sur la désinfection. — Protections des populations civiles contre les gaz de combat.

Des visites seront organisées.

Le mercredi 21 octobre, à 9 heures, au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, la Société de météorologie médicale, tiendra séance sous la présidence de M. le Professeur Mouriquand.

La Société accueillera avec plaisir les communications dont les titres lui parviendront avant le 31 juillet 1936 à l'adresse du secrétaire général de la Société : M. R. Dujarric de la Rivière, à l'Institut Pasteur, 28, rue du Docteur-Roux, Paris (15e).

Quinze leçons sur les tuberculoses ostéo-articulaires et quelques sujets d'orthopédie, par M. André Richard, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck, chirurgien des hôpitaux de Paris, avec la collaboration de MM. le Professeur Mathieu, chirurgien de l'hôpital Cochin ; les Docteurs E. Sorrel, chirurgien de l'hôpital Trousseau, ancien chirurgien de l'Hôpital maritime ; M. Lance, assistant d'orthopédie de la Clinique chirurgicale infantile de l'hôpital des Enfants-Malades ; Bouquier, Delahaye, Allard, chirurgiens assistants de l'hôpital Lannelongue et de l'Hôpital maritime à Berck-Plage ; M. Mozer et M. Parin, chefs des laboratoires de bactériologie et de radiologie de l'Hôpital maritime, du 15 au 31 juillet 1936.

Les cours auront lieu chaque jour, à 14 heures ; les matinées

seront consacrées aux opérations, aux ponctions, à la confection d'appareils plâtrés, aux démonstrations de laboratoire.

La première réunion aura lieu le 15 juillet, à 9 h. 30, et sera suivie d'une visite des différents services de l'Hôpital maritime.

Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur Delahaye, à l'Hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Médaille d'honneur de l'éducation physique. — *Médaille de bronze.* — M. le Docteur Cléret (de Commentry).

Xe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose. — La Xe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose se tiendra à Lisbonne du 7 au 10 septembre prochain. Les sujets à l'ordre du jour sont les suivants : Question biologique « Les aspects radiologiques du hile pulmonaire et leur interprétation ». Question clinique « Primo-infection tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte ». Question sociale « Prophylaxie de la tuberculose à domicile ».

Au programme figure, en outre, des réceptions officielles, des visites des principaux organismes antituberculeux et des excursions aux sites les plus remarquables du Portugal et à l'Ile de Madère.

Les participants bénéficieront d'importantes réductions sur les chemins de fer français, espagnols et portugais, ainsi que dans les hôtels de Lisbonne.

Les médecins et les personnes s'intéressant à la lutte antituberculeuse, qui désirent prendre part à cette Conférence, sont priés d'en aviser, le plus tôt possible, le Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe), chargé de présenter au Comité d'organisation de la Conférence les adhérents français. Les membres de l'Union n'ont aucune cotisation à payer, les autres personnes devront acquitter une cotisation de 200 escudos (environ 125 francs français) ; les parents des participants à la Conférence pourront jouir des mêmes avantages que les membres régulièrement inscrits, moyennant le versement d'une cotisation réduite de 90 escudos (environ 60 francs français).

Pour tous renseignements sur les honoraires et prix de chemins de fer, conditions de voyage par voie maritime, s'adresser au Bureau des Congrès, Compagnie internationale des wagons-lits Cook, 40, rue de l'Arcade, à Paris (VIIIe).

Manifestations médicales de juillet. — 5 juillet. — PARIS. Assises médicales. (La poliomyélite aiguë, diagnostic et traitement précoce). — Renseignements : Docteur H. Godlewski, 14, rue Théodule-Ribot, Paris (17e).

15 au 17 juillet. — LAMALOU (Hérault). IIe Congrès de l'Association internationale pour l'étude des radiations solaires, terrestres et cosmiques. — Renseignements : 24, rue Verdi, Nice.

16 au 22 juillet. — MARSEILLE. LXe Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences. — Renseignements : 28, rue Serpente, Paris.

18 au 25 juillet. — OXFORD. Conférence médicale britannique. — Renseignements : Office britannique du tourisme, 28, Champs-Elysées, Paris.

20 au 25 juillet. — BALE, ZURICH, BERNE, NEUFCHATEL. XLe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — Renseignements : Professeur Combemale, route d'Yprés, à Bailleul (Nord).

25 juillet au 1er août. — LONDRES. Congrès international de la microbiologie. — Renseignements : Office britannique du tourisme, 28, Champs-Elysées, Paris.

27 au 31 juillet. — PARIS. IIe Congrès international d'hygiène mentale. — Renseignements : M. Genil-Périn, 99, avenue de La Bourdonnais, Paris.

27 au 31 juillet. — BERLIN. Congrès international de la médecine et du sport. — Renseignements : Bureau du Congrès : Lindenstrasse, 42, Berlin SW 19. (*Pédiatrie pratique*).

Croisière Guillaume Budé. — L'Association Guillaume Budé vient de publier le programme de sa croisière annuelle.

Pour la première fois, ce voyage unira dans le même itinéraire Rome et Athènes. Il comportera un séjour de trois jours et demi à Rome, après débarquement à Ostie, et trois autres jours à Athènes. Parmi les autres escales : Naples, Taormine, Syracuse, les Bouches de Cattaro, la côte d'Albanie, Corfou, Delphes, Corinthe, Délos, la Crète, et, enfin, Carthage, qui, avec Athènes et Rome, complétera ce voyage en raccourci à travers l'histoire ancienne.

On s'inscrit 95, boulevard Raspail, Paris (VIe), pour cette croisière qui aura lieu du 23 août au 14 septembre.

LEÇON INAUGURALE

(30 mai 1936)

L'enseignement de la neuro-psychiatrie et du Service de Santé militaire au Val-de-Grâce

Par B. POMMÉ
Médecin Commandant
Professeur au Val-de-Grâce

Mon Général,
Messieurs,
Mes amis,

Gratitude,

Tel est le mot que je dois prononcer au début de cette leçon qui marque mon entrée officielle au Val-de-Grâce. Cette gratitude va à ceux qui ont bien voulu penser à moi et rendre possible mon enseignement dans cette chaire. S'il existe des élans d'activité tracés d'un seul trait et avec une telle maîtrise qu'ils forcent l'admiration, il est des courbes qui suivent simplement les fluctuations de la vie : tout l'intérêt qu'elles peuvent susciter découle de l'amplitude et de la variété des événements qui ont eu sur elle leurs répercussions successives.

C'est en raison même de ces incidences qu'aujourd'hui, en pensant aux jeunes qui m'écoutent, je jetterai un bref regard sur mon passé. Je sais bien que l'expérience d'autrui ne nous sert jamais complètement, mais elle peut nous aider à certaines heures, surtout si elle est réconfortante, et mon histoire tient un peu du conte de fées puisque, ce soir du moins, l'épilogue en est heureux.

J'ai une autre raison de me souvenir : je voudrais remercier ceux qui, jour après jour, ont facilité mon effort. Ma reconnaissance s'adresse tout d'abord aux membres du Comité consultatif de santé et du Conseil de perfectionnement de l'Ecole. Mais je tiens tout particulièrement à présenter mes très vifs et respectueux remerciements au Médecin Général Inspecteur Rouvillois : il a bien voulu me témoigner un très bienveillant intérêt que je m'efforcerai de justifier de mon mieux en travaillant, un peu à sa manière, activement et sans relâche, pour ceux qui nous suivent et nous remplaceront. Ma voie est déjà tracée ; l'avenir montrera si j'ai pu réussir en persévérant.

Ayant servi à Lyon sous les ordres du Médecin Général Inspecteur Lévy, je ne puis oublier l'insigne finesse de son jugement, un sens de prévision exceptionnel et les marques discrètes d'une vraie bonté. J'ai été heureux de retrouver l'affable et attentive délicatesse de son accueil d'autrefois.

Quant au Médecin Général Inspecteur Morvan, d'autres ont dit, et mieux que je ne saurais le répéter, l'ascendant et l'attrait de ce chef. Il sait que j'ai beaucoup appris auprès de lui. Je me souviens de ces revues générales qu'il esquissait à notre intention, vastes et mesurées, optimistes et perspicaces, tour d'horizon où perçait à tout moment et dans la détente même du sourire, un sens aigu du réel. Ce soir je veux lui dire simplement toute ma profonde et respectueuse affection.

Enfin à mon entrée dans cette Maison, le Médecin Général Paitre a bien voulu me témoigner une si claire et si bienveillante compréhension que la transition me fut très douce entre Desgenettes et le Val-de-Grâce. Aussi, voudrais-je que mon service ne lui donnât qu'un minimum d'ennuis avec, plus tard, quelques-unes des grandes satisfactions qu'il est en droit d'attendre de nous.

Avant de remonter trop avant dans le cours de mes années, je ne puis m'empêcher de remercier ici les médecins de la Faculté, des Hôpitaux et des Asiles de Lyon et leur Doyen, le Professeur Lépine. Leur sympathie s'est affirmée si souvent pour la neuro-psychiatrie militaire que je tenais à leur rendre ce témoignage de gratitude. En particulier le Professeur Froment, le Professeur agrégé Mazel ne manquaient jamais une occasion de manifester une aimable cordialité à l'égard de mon service et de mon enseignement.

Sous l'impulsion de notre Maître le Professeur Policard, le Professeur Noël et moi avons travaillé côte à côte pendant cinq ans : l'étude de la zone de jonction myoneurale a cimenté encore plus fortement qu'autrefois de vieux sentiments fraternels. Le Professeur agrégé Dechaume connaît la vive amitié que je lui porte. Quant au Professeur Leulier, ses belles recherches sur le muscle, le tissu nerveux et le liquide céphalo-rachidien le conduisirent à constater entre son collaborateur neurologiste et lui, de singulières affinités et ma profonde affection à son endroit a encore augmenté, s'il se peut, depuis mon départ de Desgenettes.

Desgenettes, l'Ecole, ces deux mots évoquent en moi tant de chers souvenirs que je ne puis citer mes chefs, mes camarades : ils sont trop nombreux. J'ai laissé un peu de moi-même en ces lieux qu'anime leur activité et, sans effort, leurs silhouettes familières revivent en ma mémoire. Certaines, il est vrai ne sont attachées aux vieux murs de cet hôpital que par le jeu de mon imagination ; la destinée les a entraînées ailleurs. Mais le réel n'est pas toujours le lien qui unit le plus fortement les hommes.

Au cours de cette période, il m'a été donné d'approcher le Médecin Général Inspecteur Lanne qui voulut bien faciliter l'enseignement du jeune agrégé de 1929 et a conquis sa gratitude.

Le Médecin Général Inspecteur Savornin a montré à ses médecins consultants de la 14e Région ce qu'était une Direction ferme, compréhensive et s'attachant aux réalisations pratiques : il me permettra de lui redire ma fidèle reconnaissance.

Dès son arrivée à l'Ecole du Service de Santé, le Médecin Général Marland me manifesta sa sympathie et je voudrais le remercier en lui disant que je n'ai pas oublié les leçons de son fervent idéalisme.

Si je conserve de telles attaches avec Lyon, ce n'est pas seulement en raison de son ambiance mais aussi parce que dans ce paysage presque immuable des bords du Rhône je revis mieux le début et la fin de ma vie de guerre.

De celle-ci je ne dirai presque rien car sa part affective est trop profondément individuelle. Le médecin auxiliaire du début de la campagne est heureux de saluer ici son ancien médecin-chef, le Médecin Général Inspecteur Laffargue. J'évoque aussi la plus haute silhouette des médecins d'infanterie que j'ai connus, celle du Professeur Rémy Collin, de Nancy. Je pense à ceux qui ne descendaient pas des lignes à la relève, je revois ce dernier matin de juillet 1914 où huit élèves de la quatrième division A s'alignèrent dans la cour d'Honneur pour l'éternité. Le drapeau de notre école et celui de mon régiment résument pour moi toute cette époque, celle que je serais tenté d'appeler, comme s'il s'agissait d'un rêve, ma vie antérieure.

De la reprise difficile des études en 1919 émerge une figure qui m'est restée chère, celle du Professeur Rochaix, je n'ai jamais oublié son clair et solide enseignement.

Et que dire de notre séjour au Val-de-Grâce ? Le Professeur Vincent ne se rappelle certes plus la médiocre qualité de nos épreuves finales. Mais je puis l'assurer qu'il avait conquis dès cette époque une très vive et respectueuse admiration.

A 30 ans, au retour d'Asie où nous avions, une fois de plus, accompagné des bataillons en marche, j'étais affecté au Mont-Valérien. Pour celui qui rentrait dans l'existence normale après un long périple, le Mont-Valérien servit d'observatoire et de refuge car la transition fut brutale : les années de prospérité étalaient leur joyeuse et fébrile suractivité et la seule expérience de guerre s'avérait sans valeur pratique.

Alors entre deux visites régimentaires, je commençais vraiment à travailler. Des hôpitaux de l'ouest parisien, je passais à ceux de l'est et à l'Institut Pasteur, lorsque la providence officielle me dépêcha au Fort de Charenton. Et c'est ainsi que l'on vit dans les services de la Pitié et de la Salpêtrière un médecin-major inexact, irrégulier, mais obstinément fidèle. J'eus l'honneur d'être l'élève du Professeur Guillain et je le suis resté.

Au Val-de-Grâce m'accueillit la bienveillance du Professeur de Lavergne, auquel m'attachent d'inoubliables souvenirs et, à son départ, celle du Professeur Pilod. L'une et l'autre m'ont suivi jusqu'à cette étape : cela est gravé dans mon souvenir.

A l'Infirmerie spéciale, j'eus l'heureuse fortune d'approcher celui dont le Docteur Heuyer a si magnifiquement défendu la mémoire et je suis toujours l'ami de cette maison.

Plus récemment, le Docteur René Charpentier me témoigna son intérêt de façon telle que je tenais à lui présenter ce soir mes remerciements profondément sincères.

Les mois passèrent et les années : les cavaliers de la Garde Républicaine succédèrent aux chasseurs cyclistes et aux artilleurs. Je dois témoigner ma respectueuse gratitude au Médecin Général Inspecteur Dopter, à cette époque Directeur du service de santé au Gouvernement militaire de Paris pour l'indulgente bienveillance que j'ai trouvée auprès de lui.

En 1927, je fus affecté comme médecin adjoint à l'Ecole supérieure de guerre : ceux qui m'ont orienté dans cette voie ont droit à ma profonde reconnaissance. Je ne saurais trop remercier aussi les Médecins Généraux Spire et Schneider pour leur enseignement du service de santé en campagne si clair et si méthodique. Et je me réjouis de savoir que cette tradition créée et vigoureusement maintenue dans la Maison de Gabriel est actuellement poursuivie avec un beau succès.

Au cours de ma première année d'Ecole de guerre, je fus nommé médecin des hôpitaux militaires. Le Médecin Général Inspecteur Sacquépée était président du jury. J'ai pu l'approcher depuis, en d'autres circonstances difficiles ou favorables, et il m'a toujours donné de précieux conseils : mon respectueux attachement lui est acquis.

Ce fut en octobre 1929 que j'entrais comme Professeur agrégé du Val-de-Grâce dans mon premier service hospitalier : c'était le service de neuro-psychiatrie de l'Hôpital militaire d'instruction Desgenettes.

Vous connaissez maintenant la carrière de celui qui succède au Professeur Fribourg Blanc.

De l'œuvre de ses éminents prédécesseurs, et j'adresse ici mon souvenir ému au Médecin Général Jude, le Professeur Fribourg Blanc s'est montré le continuateur zélé et l'émule heureux. A l'enseignement de cette chaire sont définitivement liés son nom et son œuvre magistrale. Il ne m'appartient pas de rappeler ses titres scientifiques indiscutés, mais j'ai le devoir de saluer ici ce Maître, parce qu'il fut un peu le mien et qu'il symbolise aux yeux de tous le dévouement et la conscience mêmes.

Pour m'aider dans ma tâche nouvelle, je discerne des amitiés attentives. Entre toutes m'est précieuse celle du Professeur Codvelle. Une communauté de résonances, des goûts complémentaires, l'acuité de son analyse, l'allégresse de ses enthousiasmes freinée d'un sourire comme par pudeur, un pareil ensemble aurait suffi à nous lier ; mais je ne saurais dire comment, dans la suite des ans, il a su exercer son droit d'aînesse.

L'amitié du Professeur Guillermin date du temps de notre entrée commune à l'Ecole du service de santé. Elle s'est affirmée maintes fois depuis, à Desgenettes en particulier. Mon vieux camarade sait tout le prix que j'attache à sa présence.

Et le Professeur Delaye ne doute pas de la fidélité de mes sentiments qui naquirent d'une collaboration si facile d'emblée qu'elle parut toute naturelle.

Je ne puis qu'évoquer les autres sympathies, celles d'aujourd'hui et d'hier, de mes aînés et de mes jeunes, de ceux avec qui j'ai travaillé et de ceux que j'ai simplement accompagnés un bout de chemin dans les bons et les mauvais jours.

Cependant je veux citer encore mes deux collaborateurs actuels, mes amis les Professeurs agrégés Hugonot et Lassale, qui m'ont fait retrouver une atmosphère qui m'est chère, faite de calme, d'équilibre et de sécurité.

Mon histoire est finie, ou plutôt celle que je voulais vous dire.

« Le reste est silence. »

***

Messieurs, l'énoncé des matières qui constituent notre programme d'études peut vous laisser une impression première de polymorphisme.

Mais sans nous avancer trop loin dans la recherche des raisons qui ont pu provoquer un pareil assemblage, parcourons ces différents domaines de neurologie, de psychiatrie médico-légale, d'administration militaire, de déontologie et enfin de service de santé en campagne, avec la curiosité d'un jeune stagiaire à l'aube de sa vie professionnelle : je distingue chez lui des sympathies bruyantes et des admirations plus discrètes, je soupçonne aussi des préventions assez vives et un peu d'ignorance qui prend le masque du désintérêt.

Mais je connais de longue date mon jeune ami : il ne tient pas essentiellement à son parti-pris initial. Son « appréciation-schéma » en image d'Epinal, il la modifiera tout à l'heure et dans son ordonnance et dans ses couleurs.

Donc, sans trop nous attarder, nous pouvons faire ensemble le tour du propriétaire.

***

Le domaine neurologique est pour vous, Messieurs, un lieu de prédilection : il est d'un abord difficile ; parfois c'est un véritable labyrinthe, mais si l'on a en mains le fil d'Ariane, quelle joie d'explorateur. Un brin de patience et nous voici au but.

Mais il faut apprendre à dérouler le fil d'Ariane, et ce n'est pas à la portée du premier venu. Et quelle élégance dans la technique ! Foin du mireur d'urines et du tapoteur de thorax ! Voici nos instruments : un marteau, une épingle, un tube d'eau chaude et un d'eau froide, un pinceau et une lampe électrique. Et puis quelle précision dans le diagnostic : le syndrome artériel de la fossette latérale du bulbe est particulièrement complexe. Mais voici une coupe de la région bulbaire supérieure... Et tout devient lumineux.

Je connais cet enthousiasme et je l'aime car il est jeune. Mais ma mission est de rogner un peu les ailes et je dirai que la neurologie est beaucoup mieux qu'un recueil de rébus pour jeunes savants.

Elle oblige notre esprit à suivre des disciplines nécessaires pour sa formation et son développement.

***

La première de toutes est d'apprendre à examiner et à comparer.

Fixer son attention sur une attitude, suivre le rythme d'une démarche, saisir un manque de mesure dans un geste accompagné ou non du regard, percuter des tendons et apprécier des réponses réflexes, chercher patiemment l'extension d'un gros orteil ou suivre sans lassitude les mouvements oculaires et le jeu des pupilles, voilà autant d'actions qui ne visent pas à faire surgir dans la conscience de simples associations d'idées mais qui supposent une série ininterrompue de jugements. Ces jugements ne comportent pas simplement un exercice d'esprit, ils s'appuient sur des constatations sensorielles tactiles, musculaires : la passivité cérébelleuse, la rigidité extra-pyramidale, l'atteinte motrice segmentaire exigent le concours de nos yeux, de notre motricité propre, de notre sensibilité superficielle et surtout profonde. Bien mieux, chaque sujet a une statique et un rythme dynamique particulier et surtout chaque sujet réagit avec son psychisme : à nous de nous adapter. Expliquons clairement à l'examiné ce que nous attendons de lui, ne parlons que très peu, afin de réduire les causes d'erreurs trop grossières, ne soyons pas pressés et, n'ayant aucune prévention, restons en bon équilibre d'esprit. Vous avez été longtemps sensibles aux explications pathogéniques : notre médecine en est pleine. Sans les sous-estimer, pratiquons une bonne et consciencieuse séméiologie.

* * *

Ce n'est pas tout : l'examen neurologique exige une collaboration. Collaborer, c'est avoir une sympathie réciproque, mieux que cela, un synchronisme de pensée et d'action.

Le radiologue est le compagnon fidèle du neurologiste. Le squelette, ses malformations, ses maladies, ses traumatismes et leurs séquelles jouent un tel rôle en pathologie nerveuse ! Et je n'insiste pas sur les explorations spéciales, injections de lipiodol, encéphalo et ventriculographies. Dans nos hôpitaux militaires, au service de radiologie est annexé celui d'électrologie ; les examens neuro-musculaires doivent être complétés par des examens électriques qualitatifs et par la recherche des chronaxies qui apporte sur beaucoup de points des faits que la clinique seule était incapable d'enregistrer. Le travail en commun réalisé hier avec le Médecin lieutenant colonel Buffé continue aujourd'hui en toute amitié avec le Professeur Didiée et ses collaborateurs.

Le neurologiste est le plus chirurgical des médecins : l'examen des syndromes d'atteinte des nerfs périphériques, de certaines compressions médullaires, l'évolution des traumatismes craniens ou vertébraux, la pathologie si spéciale des moignons d'amputation sont un champ commun où les expériences sont complémentaires.

Mais de tous les chirurgiens, c'est à l'ophtalmologiste et à l'oto-rhino-laryngologiste que nous nous adressons le plus souvent. Comme on l'a dit excellemment ici-même, il y a deux ans, les parésies oculaires isolées ou de fonction, l'examen du fond d'œil, de l'acuité et du champ visuel, la prise de tension rétinienne, les modifications acoustiques et labyrinthiques, les atteintes laryngées sont classiquement l'objet de recherches conjuguées. Et dans ce domaine, la place du neurologiste doit être, à certaines heures, à côté de son ami le chirurgien.

Si j'ai gardé le silence sur le médecin, c'est pour la raison suivante : la neurologie n'est qu'une branche de la médecine générale, assez spéciale comme nous l'avons vu, mais qui nécessite la même culture et les mêmes habitudes de pensée dans la recherche du diagnostic étiologique. Je n'en voudrais pour preuve que la faveur dont elle jouit dans l'organisation de nos différents concours médicaux, qui tous cherchent à mettre en valeur l'esprit clinique.

* * *

La discipline neurologique ne demande pas seulement des qualités d'observateur attentif et nuancé, une solide instruction générale et un constant désir de collaboration, elle peut donner un enseignement d'autant plus précieux qu'il n'est pas encore très largement connu : elle nous aide à entrevoir ce qu'on a appelé le sens dynamique de la vie.

Nous avons été longtemps habitués à expertiser des lésions d'ordre vasculaire, nous étions satisfaits d'en tracer le périmètre et d'en mesurer la profondeur. Mais nous savons aujourd'hui que les malformations congénitales elles-mêmes sont susceptibles d'évolution et qu'il existe une histoire clinique des cicatrices.

L'étude des tumeurs cérébrales est venue nous instruire de ce point de vue et nous obliger à réviser nos connaissances ; il fut un temps on dans l'esprit du public, j'entends du public médical, un sujet atteint de tumeur cérébrale faisait toujours figure de grand malade. Aujourd'hui c'est en pleine santé apparente que le diagnostic est soupçonné ou même affirmé. La raison de ce contraste est d'ordre biologique : il n'existe pratiquement pas de réactions des tissus et des humeurs contre le cancer. Comme un expérimentateur moderne l'écrivait récemment « bénignes ou malignes, les tumeurs sont si semblables aux tissus normaux que le corps ne paraît pas s'apercevoir de leur présence. Elles se développent souvent chez des individus qui restent en apparence tout à fait sains. Les symptômes qui se montrent plus tard ne représentent pas une réaction de l'organisme. Ils sont le résultat direct des méfaits de la tumeur ». Les premiers signes sont d'interprétation difficile : une crise comitiale, une parésie faciale de type central, des nausées ou un léger torticolis.

Le neurologiste s'attache à préciser non seulement les signes eux-mêmes mais aussi leur intrication et leur valeur respective dans l'anamnèse. Il y a là une véritable difficulté pour l'intelligence qui aime le fait artificiellement fixé dans le temps et l'espace. Plongés dans le vivant fugitif, il nous faut essayer de surprendre les interactions d'un processus pathologique ayant son individualité propre et d'un terrain dont la physionomie organique est aussi variable suivant les individus que les traits du visage.

* * *

On a voulu pénétrer dans l'intime de nous-mêmes par le laboratoire et on a partiellement réussi. En ce lieu, vos prédécesseurs ont écouté à l'occasion d'une leçon inaugurale, une belle conférence sur l'immunité. Je vous mets cependant en garde contre le danger en neurologie des interprétations par trop imprudentes et des expérimentations physiologiques improvisées.

Nous sommes heureux d'appuyer nos raisonnements cliniques de constats de laboratoires ; il en est d'excellents, et la valeur de la lymphocytose, de l'albuminose, des réactions sérologiques et de floculation du liquide céphalo-rachidien sont hors de discussion. Mais la glycorachie n'a plus, semble-t-il, qu'une importance limitée. Certains éléments comme le potassium gardent une valeur constante, et le problème de la perméabilité hémo-méningée se révèle comme des plus complexes.

Que dire encore, et j'évoque ici de chers souvenirs, de nombre de dosages dont les variations dans la pathologie n'excèdent pas les limites de l'erreur technique ? La composition minérale du sang tend remarquablement à la constance, du moins dans nombre d'affections neuropsychiatriques. Ces notions, et beaucoup d'autres encore, je les dois aux heures lumineuses vécues avec le Professeur Leulier dans son laboratoire.

Si nous nous risquons sur le terrain anatomo-pathologique, nous aboutissons à des conclusions analogues : la vascularisation encéphalo-médullaire a été magnifiquement étudiée et nous permet une précision réelle dans le

diagnostic lésionnel, mais combien sont difficiles les études sur les infections ou les dégénérescences !

Le Maître dont les belles leçons anatomo-cliniques ont orienté ma vocation de neurologiste nous recommandait la prudence. Et récemment encore, avec son collaborateur le Docteur Mollaret, il nous a montré combien la généralisation de certaines méthodes d'exploration clinique comme la ponction sous-occipitale devait entraîner de réserves quant à leur application dans le diagnostic des affections médullaires.

C'est là un enseignement que nous devons méditer.

***

Cette discipline d'ordre neurologique vous aurez à l'utiliser en médecine d'armée, non seulement en vue d'un diagnostic et d'une thérapeutique, mais encore et surtout pour formuler un pronostic et prendre à bon escient une décision médico-légale.

Ce n'est pas que l'ambiance militaire n'ait favorisé les études cliniques proprement dites. Les syndromes moteurs corticaux, les atteintes de sensibilité de type central, les aphasies, les syndromes médullaires, radiculaires ou des nerfs périphériques, les troubles physiopathiques sont autant de questions pour lesquelles les neurologistes de guerre ont pu accumuler des documents nombreux, susceptibles d'éclairer la physio-pathologie des systèmes cérébro-spinal et sympathique. On a pu également étudier la pathologie des commotions et des contusions craniennes, celles des brèches osseuses, des corps étrangers intracraniens, des abcès en tissu nerveux, celle enfin des complications à distance sur la moelle des suppurations prolongées des membres. Je terminerai en soulignant que cette époque tourmentée de guerre et d'après-guerre vit la naissance de l'encéphalite épidémique et l'identification de ses séquelles.

***

Votre pratique médicale habituelle du temps de paix ne comportera pas une telle variété d'affections neurologiques.

En dehors de syndromes classiques d'origine exotoxique ou spécifique, vous observerez cependant de temps à autre des hérédo-dégénérations, des malformations osseuses et nerveuses qui ont un retentissement sur la morphologie et surtout sur la possibilité d'adaptation et de résistance des sujets en raison de leur évolutivité relative. Une large élimination est indispensable.

Les affections neurotropes ne sont pas rares. Rien n'est plus variable, vous le savez, qu'un début de sclérose en plaques, et récemment l'attention a été attirée sur les ataxies aiguës dont les signes disparaissent totalement pour laisser s'installer avec lenteur un syndrome plus typique.

Vous avez examiné déjà quelques sujets pour lesquels avait été porté un diagnostic d'atteinte par virus neurotrope indéterminé et le caprice, la fantaisie de cette évolution vous ont parfois surpris. Ici nous devons être dans notre traitement tenaces comme l'affection elle-même, et prudents dans notre pronostic sur le devenir de la maladie et sur l'avenir militaire du sujet.

Les séquelles de traumatismes sont peut-être parmi les affections neurologiques, celles que vous pouvez observer le plus souvent car notre civilisation nous a tellement dépassés, dit on, que la « mécanique nous mène ». Ajoutons plus modestement qu'elle nous mène assez souvent au chirurgien d'abord et au neurologiste ensuite. Pour ce dernier est souvent délicate l'appréciation des éléments subjectifs, de leur discrimination et de leur retentissement sur l'activité du sujet.

N'empêche que nous, médecins militaires, nous devons prendre une décision : aptitude entière ou non, élimination temporaire ou définitive. Ces alternatives, en marge des discussions scientifiques en cours, ne permettent pas une grande latitude : c'est pourquoi, en l'état actuel de nos connaissances, la position pratique du médecin d'armée doit être clairement définie.

Il existe deux états bien distincts : d'une part l'organicité prouvée par une séméiologie rigoureuse, intelligemment ordonnée, d'autre part la simulation. Je n'aborderai pas, à ce dernier propos, un gros problème qui a été traité récemment avec maîtrise par des médecins d'armée. Mais je veux attirer votre attention sur les cas où nous ne pouvons conclure ni à l'un ni à l'autre de ces états, en toute objectivité, en plein équilibre affectif, sans aucune coloration passionnelle ou interprétative de notre part — j'appuie sur ces derniers mots. Alors je crois sage, humain et également scientifique de faire bénéficier le sujet de notre ignorance et de ne pas vouloir peser à tout prix ce qui n'est pas sensible à une balance aussi grossière que la nôtre. L'instruction militaire n'en souffrira pas, croyez-le, ni la réputation de notre corps.

C'est à des conclusions analogues que nous aboutirons dans l'étude, si difficile, des états dits fonctionnels, paroxystiques ou fixés. Ce n'est ici ni le lieu, ni le moment de revenir sur un sujet longuement débattu tout récemment encore, le pithiatisme et l'hystérie. Etudions sans parti-pris et sans nous lasser : le sujet n'est pas épuisé. Mais dans nos conclusions pratiques, n'oublions pas la part d'inconnu, ne la remplissons pas de notre imagination, ne la rétrécissons pas par notre scepticisme, j'allais dire, par notre paresse.

***

Nous voici assez loin de notre enthousiasme primitif. Mais il était mal dirigé : la neurologie, par une collaboration constante avec d'autres disciplines d'esprit, a entrevu pour le système cérébro-spinal et neuro-végétatif une hiérarchie dans les automatismes, depuis les plus élémentaires jusqu'aux plus différenciés. Elle est simple et claire, obscure et complexe. Elle est la clinique elle-même. Elle nous impose à nous médecins d'armée une règle absolue, celle de ne pas « manier l'assertion et hâter la décision avant d'avoir assuré la perception et la connaissance ».

***

La psychiatrie que nous sommes appelés à pratiquer dans l'armée est assez spéciale. Elle est avant tout médico-légale car elle vise dans son domaine à résoudre le problème d'aptitude au service.

Je n'entrerai pas dans de trop longs développements. De cette Maison même est sorti tout récemment un bel ouvrage, fruit d'une longue expérience et traitant cette importante question. Vous l'avez tous sinon lu, au moins entrevu dans ses grandes lignes. C'est pourquoi je me contenterai de quelques réflexions d'ordre général.

***

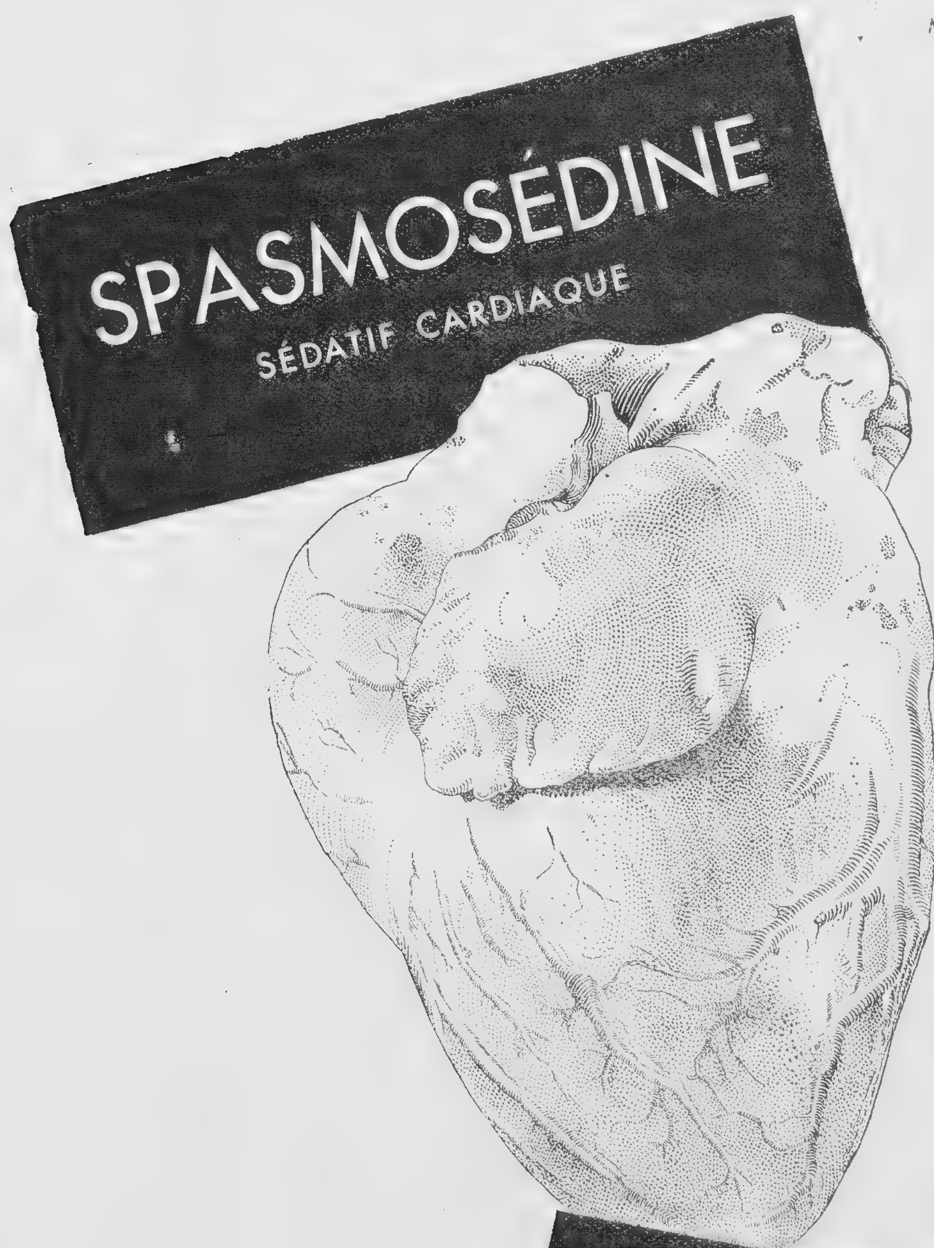
La psychiatrie militaire du temps de paix a pour but essentiel de réaliser un triage dans le contingent annuel et pour cette raison elle ne mérite pas, elle non plus, la réputation qu'on lui fait. Ce n'est pas un recueil d'histoires romancées, ni un traité de psychologie pathologique. Certes la pensée morbide suit, je le crois, les lois générales de la pensée normale. Mais là n'est pas l'essentiel du problème du point de vue militaire.

Ce problème est très schématiquement constitué par deux éléments, l'individu et le milieu social bien particulier qui lui est temporairement destiné.

Il n'est pas utile d'insister longuement sur l'individu son hérédité et son milieu de formation première. L'importance de ce milieu est telle que nous voyons nombre de traumatismes affectifs, familiaux ou plus généralement

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL^D PASTEUR, PARIS (XVe)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS



DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

les 2 médicaments cardiaques essentiels

sociaux, marquer un être de telle façon que l'on a pu parler d'une véritable constitution acquise. Là se forment en particulier les complexes d'infériorité. Dire souvent à un enfant qu'il est laid peut entraîner des désordres profonds dans son activité ultérieure d'homme.

Je vous rappelle que des deux caractères essentiels du psychisme, l'intelligence d'une part et le goût de vivre, le tonus, l'élan vital, l'affectivité en un mot de l'autre, c'est l'affectivité qui est de beaucoup la plus importante. Elle permet l'utilisation de cette machine complexe qu'est l'intelligence, rend la mémoire précise ou la laisse incertaine, vivifie le jugement, le suspend ou l'obscurcit, accroche l'attention aux faits divers et changeants de la réalité ou l'en détourne pour le rêve intérieur, lance hardiment l'imagination dans l'avenir pour un saut éphémère ou lui permet de progresser pas à pas avec un long effort constamment renouvelé. Certes, avec les sujets, la facture de l'intelligence est infiniment variable, son rythme, sa qualité sont individuels, mais son rendement dépend de l'affectivité ; c'est cette dernière qui donne un test et le meilleur de la valeur pratique de l'homme, son aptitude à une activité sociale. Cette activité comporte des formes majeures et des formes dégradées. Il est des actions plus faciles que d'autres : celles qui sont fréquemment réitérées dans un rythme identique permettent l'économie des forces.

Mais le psychisme ne doit pas être considéré toujours isolément. Nous en sommes encore aux toutes premières recherches qui nous permettent d'entrevoir de façon plus précise les conditions de l'équilibre psycho-somatique humain. Il semble néanmoins que nombre d'affections mentales d'importance fort diverse s'accompagnent de désordres endocriniens ou de dysfonctionnements gastro-intestinaux pour ne citer que deux exemples bien connus.

Notre psychisme n'est pas seulement relié à l'encéphale : il est supporté, mieux que cela orienté par tout notre corps, notre système digestif avec son appareil nerveux en particulier. L'autonomie de ce dernier ne nous paraît pas aussi absolue qu'on l'admettait naguère : parmi de nombreuses influences susceptibles d'agir sur le système neuro-végétatif, on ne peut plus nier celle de la volonté elle-même.

Le deuxième élément du problème est l'Armée. C'est un milieu que vos années d'école ne vous ont fait connaître qu'imparfaitement ; mais très vite vous participerez à son ambiance. L'armée moderne est une société qui, dans la grisaille envahissante des autres a gardé une silhouette très nettement originale.

Elle réalise pour les jeunes gens du contingent, le carrefour, unique dans leur histoire d'homme, où tout rôle social proprement dit est supprimé pour quelques mois.

Temporairement oubliée pour le cultivateur la longue histoire héritée de ses pères du bornage discuté le long du ruisseau mitoyen ; à demain le souci d'embauchage, de représentation ou d'études pour la jeune recrue des villes ; le service militaire est là avec son lever à l'aube, ses heures de repas anachroniques, son uniforme, son travail et sa distraction propres, avec aussi son atmosphère d'idéal ; il est là avec son double aspect social, l'instruction dans la cour de la caserne et la vie dans la chambrée.

***

Lorsque, dans quelques mois, ayant pris contact avec votre régiment, vous incorporerez les jeunes soldats, vous aurez clairement en vous cette notion du futur milieu d'évolution qui vous permettra de décider pour chaque cas de l'aptitude physique au service militaire. Ne manquez pas cependant, lorsque vous aurez appliqué vos notions de clinique générale, les grandes règles d'épidémiologie et d'hygiène, ne manquez pas de penser que tout être pour s'adapter doit posséder une réserve largement suffisante de possibilités intellectuelles et affectives. Ce n'est pas que dans le milieu militaire il soit difficile de vivre ; il y entre des automatismes si logiquement enchaînés que certains hommes trouvent en lui une sécurité précieuse. Mais nous avons appris ensemble que quelques recrues ne peuvent rester au régiment sans danger pour leur nouveau milieu et pour elles-mêmes : l'uniforme est un révélateur.

En dehors des états aigus et des manifestations chroniques d'origine infectieuse ou toxique, l'examen du contingent nous fait connaître en effet des comportements qui vous sont devenus familiers.

Les gros débiles, les déséquilibrés, les paranoïaques, les asthéniques hyperémotifs, douteurs, obsédés, anxieux sont bien connus de vous. Pour certains une décision rapide peut être prise : pour beaucoup une mise en observation est indispensable.

Pour les engagés qui forment une partie importante et fort intéressante du recrutement annuel, l'engagement provisoire, lorsqu'il sera étendu dans son application, va obliger les candidats à une sorte de noviciat pendant lequel commandement et service de santé pourront les mettre en observation : les déséquilibrés même moyens et surtout les pervers feront leurs preuves assez vite et de façon souvent éclatante

Vous ne devez pas vous effrayer de la mise en œuvre de cette sélection. Les services hospitaliers spécialisés ont pour fonction majeure de vous aider et ils peuvent le faire puissamment. Dites-vous aussi qu'au fond nombre de réactions ne sont pas à mon sens si complexes, non pas dans leur mécanisme même mais dans leur signification propre. Certains débiles ont des idées délirantes au cours de leur service militaire, ils craignent toutes sortes de maladies, enregistrent une gamme infinie de sensations morbides ou se plaignent d'être mal vus ou mal soignés : mais de quoi s'entretiennent le plus nos contemporains ? de leur santé et de leur réputation.

Cette sélection psychique du contingent basée sur les fonctions adaptives du sujet, selon une expression récente, est donc nécessaire pour faciliter l'instruction dans l'armée moderne : un homme ne doit être gardé dans une unité que s'il peut être convenablement utilisé avec un rendement suffisant.

Mais l'horizon réel de notre psychiatrie militaire est la guerre et ce fait lui donne toute sa valeur. Lorsqu'il s'agit d'instruction c'est en vue du combat. Si nous apportons autant d'attention à l'adaptation, c'est en raison des conditions spéciales que les hostilités viennent créer de toutes pièces.

C'est pourquoi il est nécessaire d'effectuer du point de vue définition de l'aptitude, une discrimination entre les unités qui mèneront vraiment la bataille et celles qui serviront à l'alimenter. Aux premières nous réservons les plus intelligents, les plus « toniques » et les plus robustes : c'est de la sélection à rebours, à certains points de vue, puisque nous exposons les meilleurs, les plus intelligents et les plus actifs, c'est de la sélection rationnelle puisque le but de la bataille est de vaincre et que pour vaincre il faut de la vigueur et du courage discipliné pour la troupe, et pour les chefs du jugement et de la décision.

Nous ne parlerons que de l'aptitude de la troupe, la seule pour laquelle vous ayez à donner votre avis. Si vous avez éliminé les sujets atteints d'affections aiguës et ceux dont l'équilibre psychique est par trop compromis pour supporter sans incidents la vie militaire du temps de paix, vous pouvez vous estimer satisfaits : votre but prophylactique est atteint.

***

Ce n'est pas suffisant néanmoins, car ceci n'est que la partie négative de votre mission. Vous devez aider le commandement dans sa tâche d'instruction. Vous êtes placés, nous l'avons déjà dit, à un carrefour important de la vie des hommes. Vous aurez avec eux des contacts

assez fréquents et qui ne sont pas ceux de l'officier de troupe. Apprenez à juger les soldats qui viennent à vous et ne manquez pas, à l'occasion, dans votre activité médicale de tous les jours, de faire mieux connaître l'Armée. A quoi bon direz-vous ? Les hommes ne manquent pas de bon sens. On a coutume en effet de répéter : « Le bon sens est la chose du monde la mieux partagée »... Mais veuillez bien relire le texte cartésien « car chacun pense en être si bien pourvu que ceux même qui sont les plus difficiles à contenter en tout autre chose n'ont point coutume d'en demander plus qu'ils n'en ont ». Le bon sens peut être éduqué, et à vingt ans il est encore très perfectible.

Le soldat français a beaucoup de qualités ; elles sont bien connues. Mais il est foncièrement individualiste. Tout ce qui favorise cette tendance naturelle le flatte. Il donne à toute manifestation, même inopportune, d'indépendance une adhésion spontanée, quitte à la corriger ensuite. Or la guerre dernière nous a appris, et de façon presque expérimentale, la nécessité absolue de la liaison qui a pour corollaire l'obéissance stricte et l'initiative limitée, ou plutôt l'initiative orientée dans le sens choisi par le chef.

Voilà une directive possible. A vous d'en nuancer, suivant les circonstances, les applications quotidiennes dans vos paroles, votre mimique, vos actes, en un mot votre exemple même.

En voici une autre :

Gardez-vous d'un certain esprit de suspicion généralisé qui entraîne immédiatement la réserve et engendre autour de vous un malaise progressif. Le doute est destructeur en matière de psychiatrie thérapeutique : seule la bienveillance permet à l'influence médicale de se faire jour et d'irradier. On vous objectera que la bienveillance est marque d'hésitation ou de fatigue. Cela peut être exact s'il s'agit d'un sentiment vague d'application théoriquement universelle ; mais souvenez-vous que pour réaliser une réelle attitude bénévolente pour un sujet déterminé, il faut s'efforcer de connaître ce sujet, en un mot il faut lui donner de son temps, de sa pensée, de son affectivité propres.

Souvenez-vous aussi qu'une confidence ne peut être obtenue que seul à seul Croyez bien qu'un geste va plus profondément que beaucoup de paroles vaines et dangereuses. Et n'employez jamais l'ironie : c'est une arme de combat, et votre vocation est d'aider, de vous pencher, de tendre la main le cas échéant, une main ferme certes et qui sait où elle doit conduire, mais qui sait aussi franchement s'ouvrir et se refermer.

Et dès lors votre réussite est assurée. Ce temps passé auprès de vos hommes n'est pas perdu pour eux : enfoui dans leur mémoire, lié intimement au souvenir de l'Armée il revivra aux jours de guerre où ils devront « montrer ce qu'il a de bon et de net dans le fond du pot » : il les aidera aux heures difficiles où selon la forte expression de Montaigne « il faut savoir parler français ».

***

Nous en arrivons à l'administration militaire et à la déontologie.

Ici encore tout a été dit, et avec quel souci professionnel, par mon prédécesseur le Professeur Fribourg Blanc.

Il n'y a pas que « les papiers » dans l'administration militaire. Ceux ci ne sont que l'extériorisation officielle d'une activité plus haute et expressément humaine : le souci de l'ordre.

L'adolescence n'aime pas l'ordre d'instinct : elle le qualifie de mort et elle a raison dans un certain sens, car elle justifie par cette définition même son besoin d'expansion, de vie, de course vers les cimes qui lui paraissent prodigieusement révélatrices de nouveaux horizons. L'âge mûr que vous commencez est marqué par la somme des expériences infructueuses, par les souvenirs encore douloureux des chocs contre l'irréalisable, la systématisation des désirs, la recherche plus ordonnée d'un équilibre individuel qui est la marque propre de votre goût de l'existence. Et votre action ne peut être efficace qu'à ce prix. Or demain vous allez collaborer au service médical des corps de troupe dont l'importance est fondamentale dans notre organisation militaire.

***

De toutes les visites régimentaires, la plus difficile est la visite d'incorporation. Bien que son importance médico-légale ait bien diminué depuis la loi qui retire aux soldats ayant plus de trois mois de service le bénéfice de la présomption d'origine, elle demande à être effectuée avec un soin tout particulier car c'est elle qui est à la base de l'organisation du service de santé du temps de paix. Elle réalise l'application-type d'un examen médical difficile, l'examen en série : travail fatigant entre tous, exigeant le coup d'œil qui permet très vite d'avoir pour chaque sujet une impression sur ses capacités physiques. Mais cette impression rapide est le résultat d'une longue expérience, et vous les jeunes, qui serez d'abord les collaborateurs de vos médecins-chefs de service, attachez-vous à chercher analytiquement des tests objectifs de la valeur du terrain, notion si importante pour connaître l'aptitude du soldat.

C'est alors que doivent être soigneusement consignés les renseignements d'ordre médical concernant chaque jeune recrue. Certains d'entre eux, et parfois importants, vous seront fournis par le dossier établi au conseil de révision. Il s'agit en somme d'une véritable observation médicale. Ce mot d'observation médicale peut prêter à sourire, mais quelle est l'institution sociale qui prend autant de soin à établir pour une grande masse d'hommes, un dossier individuel aussi complet ? Le public le sent bien, plus par intuition que par raisonnement, lui qui attache tant de valeur à la réforme définitive d'une jeune recrue.

Cette observation médicale, complétée par l'enregistrement des vaccinations, viendra étayer le cas échéant les constatations ultérieures d'ordre clinique faites en milieu militaire. Elle sert par la suite en effet de base à celles que vous pourrez enregistrer à l'infirmerie ou dans les hôpitaux. Une courbe d'évolution nécessite un point de départ : c'est vous qui le marquez dans votre visite d'incorporation et l'inscrivez avec ses caractères propres dans vos « papiers administratifs » qui deviennent ainsi de véritables résumés cliniques.

***

Nous avons déjà visité ensemble quelques infirmeries régimentaires : j'ai voulu vous faire vivre dès maintenant ne fût-ce que pendant quelques heures, la vie du médecin de régiment en dehors des périodes d'incorporation Vous vous souvenez de sa préoccupation : extraire d'une collectivité de consultants, qui accusent dans la règle des troubles fonctionnels, celui qui est en puissance de maladie. Au cours de ce travail, pas de démonstration brillante, tout se passe dans le calme, suivant un rythme sans heurts, avec une mesure qui commande les modalités de l'action : ici il faut poursuivre et là il faut s'arrêter.

La traduction finale de cet effort quotidien ce sont les inscriptions sur les registres, la rédaction des bulletins de consultations, des billets d'hôpital. Et ainsi sont consignés avec méthode les renseignements indispensables qui décrivent le présent en réservant les possibilités d'avenir.

Votre décision peut être très différente suivant les cas et ici je vous rappelle le mémoire que le Médecin-Commandant Poy a rédigé à votre intention.

***

Voici en premier lieu une décision dictée par l'examen clinique et ne devant intéresser que la participation au service. Il est de toute nécessité pour le médecin régimentaire de connaître complètement ce dernier.

Il faut que vous viviez dans l'unité à laquelle vous appartenez et vous devez non seulement la connaître du point de vue hygiénique et épidémiologique, mais aussi du point de vue mental. Car toute collectivité a son individualité psychique propre qui est faite essentiellement de l'ascendant du chef et de la valeur des cadres officiers et sous-officiers. Mais dans les contacts les plus cordiaux possibles que vous aurez avec vos camarades et vos inférieurs, dans vos rapports avec vos chefs de corps et vos supérieurs, gardez votre physionomie médicale : votre réputation de médecin traitant auprès des familles aura par ailleurs sur votre service une incidence des plus favorables.

.˙.

L'envoi d'un soldat à l'hôpital peut entraîner au début tout au moins, quelques appréhensions dans votre esprit. Vous avez une impression et vous désireriez formuler un diagnostic c'est en définitive un jugement et il vous manque assez souvent des éléments pour établir les rapports indispensables entre les faits.

Rassemblez donc judicieusement quelques signes décelés par un examen systématique et n'omettez jamais de joindre à votre exposé les symptômes et tous les renseignements qui pourraient éclairer le médecin d'hôpital : en matière d'affections d'ordre neurologique et surtout d'ordre psychique, ces commémoratifs sont vraiment précieux.

Et ne redoutez pas de vous tromper : la fable d'Antée reste toujours vraie et les erreurs peuvent nous être plus profitables que les succès. Quant à votre souci de réputation, car l'hôpital est par définition savant, il est fort légitime, mais risque de vous paralyser. Rien n'est plus dangereux qu'une pareille tendance car elle entraîne l'interprétation, véritable gauchissement de l'esprit. Ne vous laissez pas aller à l'instinct comparatif : la compétition ne peut jouer que pour des modes d'activité semblables. Or l'hôpital et l'infirmerie répondent à des besoins très différents. Leurs buts sont essentiellement complémentaires.

Allez donc, lorsque vous en aurez la possibilité, dans les services hospitaliers où vous avez évacué vos malades. Voyez souvent les médecins traitants : rien ne vaut une conversation avec eux pour aplanir une difficulté, exposer un point de vue, rectifier une technique d'examen. C'est une collaboration dont il s'agit et le témoignage public en sera inscrit sur les billets d'hôpital qui passent par tant de mains non médicales : autant que le permettent les possibilités cliniques, il sera évité une divergence trop visible entre les libellés d'entrée et de sortie.

***

La décision qui va être pour vous, Messieurs, la plus importante est l'entrée de votre consultant à l'infirmerie. Vous prenez le malade en charge et vous allez le traiter chez vous.

Placée à l'un des pôles de la vie de régiment, l'infirmerie est le lieu où règne le médecin : elle est dans l'unité militaire dont elle fait partie, le reflet de notre influence médicale grandissante dans la Cité.

Je n'ai pas qualité pour vous rappeler que c'est par excellence le lieu d'application des mesures d'hygiène et de prévention des maladies épidémiques. Je me bornerai à attirer votre attention sur deux points : l'organisation matérielle, la création et le maintien d'une ambiance particulière en accord avec l'atmosphère du dehors.

Dans quelques mois peut-être serez-vous surpris du soin que prennent nos directeurs du service de santé de se rendre compte de l'état des lieux au cours de leurs visites d'inspection. Le chef de service en effet et ses adjoints ne manquent pas à cet égard de possibilités et d'initiatives : agencement mieux adapté des locaux préexistants, création de chambres nouvelles, modifications apportées dans le choix du matériel. Mais ces réalisations ne peuvent être envisagées, ébauchées et poursuivies que si les médecins connaissent bien les textes qui facilitent et limitent leur action. Vous avez vu la remarquable installation du Château neuf de Vincennes. Et vous avez visité une vieille infirmerie, celle de l'Ecole militaire, en pleine rénovation : il a fallu la conception première, une étude des moyens et une persévérance souple et attentive pour obtenir ce beau résultat. Vous avez bien là une mesure de l'activité humaine mettant en œuvre imagination, jugement et volonté.

L'ambiance que vous allez maintenir dans l'infirmerie est encore plus significative quant à la qualité de votre effort. Votre mission est de traiter et de rendre le plus vite possible en excellent état le soldat à ses instructeurs. Mais il ne s'agit pas simplement de prescriptions médicales dont l'exécution doit être attentivement contrôlée. Il faut veiller, on vous l'a appris en hygiène, au couchage et à l'alimentation : humble devoir certes, mais combien utile. Ici encore la connaissance de vos possibilités budgétaires est indispensable. Certes, je ne vous donne pas pour modèle la parcimonie du vieux Caton qui « revenant d'Espagne, Consul, vendit son cheval de service pour épargner l'argent qu'il eût coûté à le ramener en Italie... » mais je vous rappelle que la modestie de vos ressources nécessite une gestion sagement économe dans le sens français du terme, c'est-à-dire vraiment mesurée.

Donc grâce à vos soins, votre infirmerie va réaliser pour l'homme admis à y séjourner une manière de paradis. Mais dans le paradis lui-même, du moins le paradis terrestre, il y eut si l'on en croit la tradition ou la légende comme vous l'entendrez, quelques actions défendues ; et tout changea pour les humains depuis certain jour de faiblesse, j'allais dire d'indiscipline.

Il est nécessaire, en effet, que l'ambiance particulière de l'infirmerie soit en accord avec l'atmosphère du régiment. Un médecin par exemple doit-il apporter dans son service une attention soutenue à la manière dont les malades qui ne sont pas alités entretiennent ou agencent leurs vêtements ? On serait tenté de se demander s'il ne sort pas ainsi de son rôle : il le poursuit en réalité. Penser d'une façon a-t-on dit et agir d'une autre n'est pas possible pendant très longtemps : tôt ou tard l'accord survient. Le débraillé n'est pas générateur d'ordre et l'ordre est la condition même de l'instruction militaire.

***

Ainsi ayant le souci de la tenue de votre maison vous pouvez aller de l'avant sans crainte. Vous trouverez en vos supérieurs et en vos consultants, les médecins d'hôpitaux, une attitude bienveillante et cordiale mais qui sera conditionnée en partie par votre personnalité propre. Faire son métier en conscience et marquer les autres de son équilibre, de sa tenue morale ne peut passer inaperçu, malgré toutes les circonstances défavorables que vous pouvez imaginer. Etre médecin de régiment ne comporte aucun syndrome d'infériorité. Souvenez-vous de ce texte latin que vous avez sans doute autrefois laborieusement traduit sur les bancs du collège : « selon le témoignage que l'homme se rend à lui-même, il a le cœur rempli de crainte ou d'espérance ».

Aujourd'hui vous entrevoyez au travers du mot à mot de cet exercice scolaire toute une ligne de vie.

***

Il me reste à parler du service de santé en campagne. Vous avez suivi les conférences si vivantes du Professeur agrégé Lassale et vous avez été sur le terrain au

◆◆

Camp de Sissonne étudier les possibilités d'installation des formations de l'avant.

Je veux tirer quelques conclusions en vous retraçant à grands traits les diverses étapes qui ont marqué les essais d'adaptation technique du service de santé aux diverses conditions d'ordre tactique imposées par la guerre de 1914-1918.

Avant les hostilités, le service de santé de l'avant était constitué, en dehors des régiments, par des groupes de brancardiers organes d'évacuation et des formations de traitement, les ambulances légères de division, de corps d'armée et d'armée : celles-ci avaient trois caractéristiques essentielles, l'uniformité de constitution, la facilité d'installation et l'interchangeabilité. L'immobilisation de l'une appelait la mobilisation d'une l'autre. Le système avait une réelle souplesse et s'adaptait à merveille aux idées stratégiques de cette époque, idées d'offensive et de mouvement. L'évacuation par voie ferrée était effectuée par les hôpitaux d'évacuation de campagne, formations légères elles aussi, ayant pour mission de remplir des trains sanitaires qui envoyaient dans l'intérieur les blessés de la zone de combat.

Une idée générale avait servi de point de départ : on prévoyait que les blessures de guerre seraient produites par balles dans l'immense majorité des cas : seuls les orifices des plaies risquaient d'être infectés et l'acte thérapeutique se résumait en une désinfection superficielle, un « emballage » avec des pansements aseptiques préparés à l'avance et une évacuation d'une durée indéterminée.

Vous connaissez les résultats : ils furent excellents du point de vue tactique et désastreux du point de vue chirurgical.

Toutes les prévisions furent controuvées par les faits ; les plaies par éclats d'obus furent de beaucoup les plus nombreuses, l'infection fut la règle, anaérobie souvent, et la toxi infection tétanique se révéla fréquente et de gravité mortelle.

Alors prévalut un point de vue technique, remis préalablement à l'étude, et ceci d'autant plus facilement qu'une guerre de forteresse avait succédé aux batailles premières qui n'emportèrent pas la décision.

Les résultats des recherches cliniques, biologiques et bactériologiques sur les plaies de guerre vinrent imposer à l'attention une conclusion de première importance : une plaie de guerre doit être débridée, débarrassée de ses corps étrangers et des tissus morts ou de moindre vitalité, désinfectée enfin. Elle doit être chirurgicalement traitée douze ou dix-huit heures au plus tard après la blessure.

Et l'on vit naître et se développer une grandiose organisation des formations sanitaires d'armée.

Les hôpitaux d'évacuation sont alors dotés de l'outillage le plus récent et le plus perfectionné, et non seulement les maîtres de la chirurgie opèrent en ces vastes centres, mais ils se livrent à un véritable enseignement. Les médecins, les biologistes, les chimistes poursuivent à leurs côtés un effort continu et mettent au point avec une rapidité admirable le traitement des gazés. Des séances médico-chirurgicales permettent la discussion et parfois la mise au point de questions fort importantes d'actualité, et les comptes-rendus de ces réunions sont le reflet de leur haute tenue scientifique.

Toute cette magnifique organisation s'étale à 15 ou 20 kilomètres en arrière des lignes. Mais en mai 1918, les fantassins allemands, au troisième jour d'une offensive, entrent au pas de charge dans ces universités militaires.

Paris fonctionne alors comme hôpital d'évacuation secondaire. Des points d'embarquement sur voie ferrée, des hôpitaux primaires, très prudemment amenuisés, dirigent sur lui de nombreux trains, dont certains chargés de blessés à opérer, marchent à la vitesse d'express.

Et la guerre est terminée.

Dans ce déroulement d'une histoire récente se dessinent avec netteté les amples oscillations de notre jugement : l'offensive de 1914 devait entraîner la décision militaire et la tranchée déterminer la victoire de « l'économique » : les tortoises des ambulances du début de la campagne ont été oubliées dans l'ambiance purement technique des H.O.E. de Bouleuse et de Mont-Notre-Dame.

Nous sommes naturellement entraînés à enfermer une expérience dans l'un de ses aspects partiels.

Je m'arrête. Vous connaissez les grandes lignes de l'organisation d'après guerre, inspirée par la création des grandes unités motorisées. Vous savez les préoccupations actuelles quant au traitement des gazés, traitement de 1re urgence. On vous a raconté l'heureuse naissance des ambulances mixtes légères installées en six heures, dotées de 80 couchettes et qui sont appelées à fonctionner par deux dans la zone du corps d'armée avec possibilité, suivant les incidents de la bataille, de libération d'un élément mobile, l'autre restant fixé. On a attiré enfin votre attention sur la possibilité de dédoublement du poste de secours divisionnaire et sur l'intérêt que réalise l'installation rapide d'un H.O.E. primaire mobile articulé en temps utile et à titre temporaire avec des formations sanitaires d'armée ou de grand quartier général, destinées, elles, à une stabilisation prolongée.

Notre pensée court d'un bout à l'autre du problème, du point de vue militaire au point de vue médico-chirurgical, et cherche dans la multiplicité des hypothèses quelques rapports simples.

Ce sujet nous dépasse, car si les événements auxquels nous avons le devoir de penser se produisaient un jour, nous ne serions que des exécutants. Mais c'est de cette exécution même que je dirai un mot en terminant.

Notre pays garde une position morale telle qu'il se refusera comme par le passé, à prendre l'initiative des opérations de guerre. Nos armées devront, pendant un temps appréciable, subir le contact de l'adversaire en des lieux et au moment choisi par lui. D'amples mouvements d'unité sont à prévoir sur certains théâtres d'action possible, sinon probable, avec des accrochages dont certains seront de véritables batailles. Croyez bien que notre zone d'hospitalisation restera hors de l'atteinte d'une action terrestre de l'adversaire : notre commandement l'aura organisée en prévision de bien des aléas. Mais, à l'avant et surtout à l'extrême avant, vous risquerez d'avoir fort à faire. Le temps ne sera pas toujours beau et sec, ni les nuits claires ; les routes pourront être embouteillées, ou mauvaises, ou même rares ; vous manquerez sans doute à certaines heures de moyens d'évacuation suffisants, et pendant certains jours d'affluence ou d'action sévère, le triage ne sera pas possible au poste de secours divisionnaire.

C'est alors, dans le tourbillon qui vous enveloppera, que vous ferez jouer vos pensées profondes, longuement mûries en des temps plus propices à la réflexion. Elles vous serviront de base pour deux séries d'actions.

Il faudra avoir du génie, au sens humble du terme, c'est-à-dire que vous devrez créer, improviser un poste de secours, des abris, des relais avec peu de ressources et une vive imagination, puis évacuer et évacuer encore avec une volonté aussi robuste, aussi tenace que celle des combattants eux-mêmes.

Mais cette création est conditionnée par une préparation clairvoyante : se rendre compte des besoins, faire le point des possibilités, chercher conseil, s'enquérir du climat de la bataille et des zones moins vulnérables, demander et redemander à l'arrière les moyens de transport indispensables, en un mot établir des liaisons. La liaison militaire sera assurée le plus souvent possible, ne fût-ce que pour être renseigné à temps sur la situation tactique. La liaison constante avec le service de santé de l'arrière sera maintenue, rétablie ou renforcée suivant les incidences du combat, car elle réalise l'essentiel du problème des évacuations.

En définitive, pendant quelques heures ou quelques

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Psychiatrie, Médecine et Sociologie, par Henri DAMAYE, médecin des Asiles. In-16, 213 pages. Prix : 12 francs. Librairie Félix Alcan, Paris.

Petit ouvrage très médité répondant vraiment à une nécessité actuelle. Sa lecture fait connaître d'une façon claire ce qu'est la pathologie mentale... si éminente à première vue, si humble et si modeste en sa réalité ! L'auteur nous en expose les raisons. La psychiatrie, — et c'est fort exact, — ne peut progresser que par les acquisitions de la médecine générale et ne s'appartient qu'en son domaine psychique, lequel relève surtout de la sociologie. Or, ce domaine-là ne possède pas grands éléments de progrès médicaux. D'où la nécessité d'une instruction médicale générale très solide pour le spécialiste qui veut se livrer à des recherches scientifiques. En psychiatrie plus qu'en toute autre partie, le professionnel, psycho-sociologue, diffère de l'homme de recherches qui doit être, lui, un biologiste. Les médecins qui liront ce volume en approuveront certainement les vues. Surtout que Damaye insiste sur l'indispensable collaboration continuelle du psychiatre et de ses confrères. Sans cette incessante collaboration, l'auteur a raison de faire remarquer que la psychiatrie ne peut, médicalement tout au moins, rien donner. L'état actuel trop primitif de l'assistance psychiatrique est exposé d'une façon sincère. L'auteur ajoute des chapitres destinés à bien faire comprendre la pathologie mentale et le traitement de ses affections. Il apporte à ces questions des contributions personnelles d'un certain intérêt. L'art vient même imprégner de son charme ce petit livre, dont nos confrères ne regretteront certes pas la lecture. L'auteur répond, en les mettant au point, à des questions sur l'objet de la psychiatrie que se posent beaucoup de médecins.

Le Cancer (*Etudes anatomo-cliniques*), par I. STOÏA et P. STANCIULESCU. Un vol. de 332 pages et avec 147 figures dans le texte, 55 francs. Masson, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce travail est une étude anatomo-clinique, comprenant dix questions qui concernent les tumeurs malignes.

Les auteurs ont essayé d'étudier surtout les questions qui présentent le plus d'intérêt pratique ou qui prêtent le plus à discussion, qui offrent un intérêt pratique tant pour la chirurgie que pour la médecine interne et sont d'une utilité considérable pour le praticien et même pour l'étudiant en médecine.

Les auteurs ont appliqué dans leur ouvrage la méthode anatomo-clinique, c'est-à-dire la confrontation rigoureuse des symptômes et de l'évolution des maladies avec leurs lésions macroscopiques et microscopiques qui est une des bases de la médecine scientifique : ce travail présente un rapport étroit entre l'anatomie pathologique et la clinique.

Chaque chapitre forme une monographie complète, et contient une série d'observations personnelles où les auteurs exposent la maladie depuis son début jusqu'à la coupe histologique.

Chaque chapitre d'anatomie pathologique est accompagné de photographies et de microphotographies originales provenant exclusivement des cas exposés dans le texte ; toutes les monographies se terminent par des considérations pratiques.

Cet ensemble anatomo-clinique constitue la note originale de l'ouvrage, dont la conception a son origine en France.

Chaques chapitres contiennent aussi une bibliographie complète.

Les spécialités pharmaceutiques médicales. Un vol. in-8, 436 pages, reliure souple.

Ce dictionnaire est édité par la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques médicaux, 27, rue du Cherche-Midi, Paris.

Groupant la documentation relative à environ 600 spécialités pharmaceutiques préparées par des laboratoires à publicité essentiellement médicale et scientifique, il présente pour le Corps médical un intérêt particulier.

Le médecin praticien ayant à choisir parmi diverses spécialités saura facilement trouver dans ces pages tout produit, tant chimiothérapique qu'opothérapique ou biologique, avec l'assurance qu'il est fabriqué par un Laboratoire français, sélectionné à la fois dans sa compétence technique et dans sa sympathie vis-à-vis du Corps médical tout entier.

Divers

L'Amour et la Pensée chez les Bêtes et chez les Gens, par le Docteur Serge VORONOFF. Un vol. 12 francs. Fasquelle, édit., 11, rue de Grenelle, Paris.

Le Docteur Serge Voronoff aide le lecteur à constater chez les animaux un grand nombre de preuves d'une intelligence très avancée, parfois même très compliquée, et que le simple instinct est loin de suffire à expliquer. Mais il ne s'agit pas uniquement de faits d'ordre matériel, car l'auteur nous fait également assister aux manèges de séduction d'un certain nombre d'espèces d'oiseaux, d'insectes, de mammifères. Il a pu même cataloguer chez nos frères inférieurs divers ordres de sentiments affectifs : les amours poétiques, les amours tendres, les amours fidèles, la jalousie...

La deuxième partie de l'ouvrage étudie ce que l'auteur appelle « la phase psychique de l'amour », et elle va prendre ses exemples dans la vie et dans les œuvres des grands poètes Dante, Pétrarque, Gœthe et Baudelaire.

La Reine Christine de Suède, par Alfred NEUMANN. Traduit de l'allemand par L. Lacaze. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, avec 8 grav. hors texte, 20 fr. Payot, 106, Bd St-Germain, Paris.

Christine de Suède a beaucoup fait parler d'elle au cours du XVIIe siècle et, tout récemment encore, la vente de certains de ses manuscrits, proposée par le ministre de l'Instruction publique, a provoqué les protestations de l'Université de Montpellier, détentrice de ces manuscrits.

C'est une des figures les plus étonnantes et les plus caractéristiques de ce siècle pourtant fécond en personnages de premier plan et ce livre de Neumann ne peut manquer de passionner le lecteur. La manière de l'auteur, écrivain d'histoire de haute réputation, s'apparente à celle d'Emil Ludwig et de Zweig. C'est dire que l'intérêt ne faiblit à aucun moment.

Il est beaucoup question de la France dans ce livre. Aucun Français ne le lira sans éprouver un certain orgueil rétrospectif et peut-être un sentiment de regret et d'humiliation en mesurant le chemin parcouru depuis cette époque hélas lointaine où Mazarin jetait les bases du Grand Siècle. Les négociations du traité de Westphalie, la mort tragique de Monaldesco dans la galerie des Cerfs, à Fontainebleau, la conversion de Christine au catholicisme, la politique de Louis XIV, la vie ecclésiastique et mondaine à Rome, tels sont les sujets principaux de cette grande fresque.

Madame de Montespan par Gonzague TRUC. Un vol. in-16 de la collection « Ames et Visages » (14,5 × 19,5), 216 pages, broché 18 francs Librairie Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris (V^e).

Louis XIV a eu des amours diverses et de diverse qualité. Il a aimé Olympe et Marie de Mancini, Louise de La Vallière, Mme de Montespan. Mais la maîtresse la plus représentative du règne, celle qui en illustre les plus belles années, c'est Mme de Montespan. Par sa splendeur elle efface la Reine, Marie-Thérèse, et pendant quinze ans elle en tient la place à la Cour de France.

Comment elle s'est emparée du cœur du Roi, comment sa domination a duré, comment elle a dû céder enfin la place à une autre, voilà ce que nous conte M. Gonzague Truc dans un ouvrage où l'intérêt dramatique le dispute à la richesse psychologique. Car, entre le prince, égoïste et jouisseur, et l'altière marquise, il y a eu un drame, auquel rien n'a manqué, pas même peut-être le crime.... Et la clé de ce drame, c'est la sensualité.

Mme de Montespan triomphe d'abord par sa rayonnante beauté, puis croit nécessaire pour se maintenir de se livrer aux secrètes pratiques de lamagie. Elle se voit impliquée dans l'affaire des poisons. Le Roi s'effraie, se lasse. Et Mme de Maintenon paraît, qui le pousse à une conversion dont elle profitera. Mme de Montespan ne peut tenir contre cette rivale qu'elle même s'est suscitée. Après des éclats d'une rare violence elle doit se résigner à la retraite à la pénitence....

Et voilà, dans le cadre le plus prestigieux de l'histoire de France, une longue tragédie qui, traitée par un familier du grand siècle, ne pourra manquer de séduire tous ceux qui s'intéressent non seulement au récit d'événements brillants et curieux, mais aux conflits et aux orages de la passion.

Plaute (comédies). Tome IV. Texte établi et traduit par A. ERNOUT, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des lettres de Paris. Collection des Universités de France, publié sous le patronage de l'Association Guillaume Budé. Exemplaire sur alfa 30 fr. Ex. numéroté pur fil Lafuma 60 fr. Soc. d'Edit. Les Belles Lettres, 95, Bd Raspail Paris.

Ce volume est particulièrement riche et varié. Des trois comédies qui y figurent, *les Ménechmes, le Marchand, le Soldat Fanfaron*, la première et la troisième, en dehors de leurs mérites propres, se recommandent aux amis des lettres par la glorieuse descendance qu'elles ont engendrée, depuis Shakespeare et Corneille jusqu'à Tristan Bernard en passant par Regnard et Goldoni ; et le Marchand, pour être moins illustre, est aussi digne d'être lu. Le texte a été établi avec une scrupuleuse exactitude et la traduction de A. Ernout s'efforce heureusement de concilier deux qualités souvent incompatibles, l'élégance et la fidélité.

Portrait de la poésie française XIXe siècle, par Fernand GREGH. Un vol. 11 × 19, br., 15 fr. Lib. Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris.

Les poètes sont souvent d'admirables critiques : ils jugent les œuvres des autres avec le même cerveau qui crée leurs propres œuvres. Le grand lyrique de la *Maison de l'enfance*, des *Clartés humaines*, de la *Gloire du cœur*, donne aujourd'hui un nouveau témoignage de ce profond et lumineux esprit critique dont brillait son livre récent sur *l'Œuvre de Victor Hugo*. Il publie un *Portrait de la poésie française au XIXe siècle* qui en une trentaine de chapitres, de Chénier à Verlaine, recense l'histoire du plus riche siècle poétique de notre littérature. Composé et balancé avec un art suprême, révélateur de gloires injustement voilées, fulgurant de formules neuves et lucides, enfin nourri à chaque page de citations essentielles, ce volume, en même temps qu'ils instruira l'étudiant et le maître, fera les délices de tous les fervents de la poésie.

Revue des Cours et Conférences. Paraît le 5 et le 30 de chaque mois. Abon. France : un an 60 francs, Boivin, édit., 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 15 juin 1936. — Eugène KOHLER : L'art dramatique de Lope de Véga. — G. SAINTEVILLE : Quelques lettres inédites de Mérimée. — J.-R. CARRÉ : Spinoza : La conception de l'homme. — E. TONNELAT : Le romantisme politique en Allemagne après 1812 : Görres et le Rheinischer Merkur. — Jean POMMIER : Les salons de Diderot et leur influence au XIXe siècle : Beaudelaire et le Salon de 1846. — Charles SEIGNOBOS : Histoire des conditions générales de la vie civilisée chez les peuples d'Europe. Transformation par l'Orient. — Paul YVON : Les crises de la morale et de la moralité dans l'histoire de la civilisation et de la littérature des pays anglo saxons : Après la Révolution de 1688.

jours c'est sur vous les régimentaires, les divisionnaires que reposera tout le fonctionnement du service de santé de l'extrême-avant.

Je n'ai pas de crainte à ce sujet : le passé est garant de l'avenir.

***

Messieurs, ce soir notre tour de maison est terminé. Nous avons, chemin faisant, beaucoup parlé de l'armée. Et nous allons continuer au cours des prochaines semaines, car ma mission est de vous préparer à la servir.

Sur le seuil, avant de vous dire à demain, une très vieille pensée me vient à l'esprit. Elle est née en Thessalie, à Rhodes ou à Samos, on ne sait plus au juste. Je ne vous assure pas de l'exactitude littérale du texte, mais le sens général en est respecté : « Les chevaux ont sur les reins un signe imprimé au fer rouge. On reconnaît les Parthes à leur tiare. Pour moi, je sais de suite discerner les hommes qui savent venir en aide aux autres hommes : ils ont au fond de l'âme une marque légère ».

Une marque légère... voilà ce que je vous souhaite, futurs médecins de notre Armée.

RYTHMOLOGIE

Les rythmes chimiques, dans la sémiologie médicale et dans la physiologie de la thérapeutique

Par le **Dr René PORAK**

Parmi les disciplines biologiques appelées à rendre des services, aussi bien pour le diagnostic clinique que pour la conduite des traitements, l'une des plus importantes est la recherche des rythmes fonctionnels. Chaque biotype a-t-il un autre moyen de subsister que d'inserer des rythmes personnels dans les rythmes de l'Univers ?

A la suite de Claude Bernard, de Marey et de Charles Richet les médecins ont abandonné l'observation statique ; ils sont devenus dynamistes et parfois expérimentateurs. Peut-être le médecin a-t-il imité de trop près le physiologiste : ne fallait-il pas suivre l'esprit plutôt que la lettre de l'enseignement de ces illustres maîtres et, devenant dynamiste, le médecin ne pouvait-il conserver l'esprit synthétique nécessaire à la saine observation des malades ? L'évolution de l'art médical ne tardera pas sans doute à le prouver.

L'homme suivant ses aptitudes et sa capacité déroule ses fonctions nutritives, et ses expansions psycho-neuromotrices dans une certaine marge. Lorsqu'un sujet adopte le genre d'activité qui lui convient, il pourra par un entraînement progressif élargir un peu sa marge de rendement. Mais quelles que soient les circonstances ou l'énergie psychique, la marge des possibilités est en somme spécifiquement fixée dans le germe originel et la vie individuelle ne consiste qu'à extérioriser ces virtualités prédéterminées.

Les dominantes pathologiques de chaque biotype s'esquisseront et s'accuseront au fur et à mesure que la vie sera vécue. Il suffit de confronter quelques observations comme je l'ai fait dans un récent volume, pour saisir l'importance sémiologique des rythmes chimiques dans ces phases de rétrécissement de l'hydrurie (1). On y verra toute une hiérarchie de valeurs fonctionnelles s'établir suivant, non pas un taux déterminé d'urée ou de phosphate éliminé en vingt-quatre heures, mais suivant le rythme d'élimination par rapport aux aliments ingérés et au rendement psycho-neuro-moteur. L'accent est placé sur la pente de réaction aux influences coutumières de la vie vécue. Tel biotype musculaire est capable de manger copieusement et de mener une vie très active en concentrant l'urée à dose élevée dans les instants successifs de la durée.

L'hépatique, suivant le stade de sa maladie, pour une alimentation et un rendement psycho-neuro-moteur minime, aura une concentration dix, vingt, cinquante fois moindre. La phase de rétrécissement hydrurique, à la suite d'une expansion d'activité, courte chez le sujet normal s'allongera démesurément chez l'hépatique.

La phase de repos aura des caractères tout différents chez le jeune « Musculaire » plein d'ardeur et chez l'hépatique anéanti au moindre effort. Le rythme chimique acquiert son importance et sa signification sémiologique par l'ensemble de l'observation psycho-physiologique confronté aux courbes de l'excrétion urinaire.

C'est dans la phase de rétrécissement hydrurique qu'on découvrira les substances anormales de l'urine. C'est aussi dans cette phase qu'il faudra effectuer au début des maladies l'analyse chimique du sang : ce qui ne passe pas dans l'urine s'accumule dans le sang. La cholestérine et le glucose qui surchargent les humeurs avant d'y séjourner d'une façon constante comme dans les maladies chroniques très anciennes, s'élèvent passagèrement dans la circulation, précisément à ces moments de malaise caractérisés objectivement par le rétrécissement de l'hydrurie.

Chaque fois qu'un biotype dépasse la marge de ses possibilités fonctionnelles, on constate un ensemble de signes subjectifs et objectifs qui traduisent une espèce de fatigue. Je reviens sur ce sujet capital pour insister sur les signes objectifs pouvant servir au diagnostic précoce et à la conduite d'un traitement. On a lu ici-même, quelques remarques sur la pression artérielle et sur la température centrale et le lecteur se souvient que j'insistais sur l'inutilité et le danger d'accumuler des chiffres en les détachant du détail de l'observation psycho-physiologique et aussi en rompant la continuité des chiffres qui se succèdent dans la durée (2).

L'un des ensembles biologiques méritant de fixer l'attention me paraît être le mouvement des liquides à travers l'organisme. Depuis 1920 j'enseigne que la fatigue de toute provenance se répercute immanquablement sur la diurèse. L'ankylose urinaire, terme impropre mais qui fait image, est un de ces signes révélateurs des dérythmies initiales, quel que soit leur point d'origine. La courbe du débit de l'urine par minute — sans aucune de ces épreuves perturbatrices à la mode — est indispensable pour fixer les moments psycho-physiologiques qu'il convient ensuite d'étudier d'une manière plus complète. En abordant la biologie médicale sous l'angle de la durée et en prenant la diurèse comme fil d'Ariane, il conviendra de distinguer deux phases tout à fait caractéristiques :

1° la phase de rétrécissement de l'hydrurie ;
2° la phase d'élargissement de celle-ci.

(1) René Porak. — La diurèse. Le rythme des éliminations chimiques par l'urine et ses corrélations avec d'autres rythmes fonctionnels. Vigot frères, éditeurs, 1936.

(2) René Porak. — La pression artérielle et les rythmies organiques. *Le Progrès Médical*, 12 novembre 1927.

René Porak. — Démarrage et freinage des rythmies. *Le Progrès Médical*, septembre et octobre 1932.

1° Phase de rétrécissement de l'hydrurie

Le rétrécissement du débit actuel par rapport au débit urinaire habituel, indique une fatigue fonctionnel quel que soit l'organe passagèrement déficient. L'abaissement du niveau hydrurique ne permet pas à lui seul de préjuger le trouble qui a déterminé ce symptôme dont l'extension est d'autant plus large que la compréhension en est plus étroite. L'ankylose urinaire revélant une fatigue dans son sens le plus large, il était impérieusement indiquée de compléter la courbe du taux de l'urine par les courbes d'élimination des principaux constituants urinaires.

Le médecin l'emporte sur le physiologiste en ce qu'il a été conduit, par l'exercice de son métier, à envisager toujours des synthèses biologiques ne pouvant s'attarder à l'analyse par le menu d'une fonction déterminée. Dans la question du débit urinaire, l'eau faisant partie du fonctionnement de la plus insignifiante cellule, le médecin trop physiologiste a eu tort d'abandonner sa méthode synthétique pour recourir à des dispositions expérimentales simplistes. Chaque biotype a des besoins nutritifs et psycho-neuro-moteurs et propres chaque fois qu'il dépasse sa marge de disponibilité fonctionnelle, une certaine fatigue sera à la fois ressentie subjectivement et marquée d'une manière objective sur les courbes d'excrétion des constituants chimiques de l'urine.

La rythmologie devance la séméiologie classique. Les maladies réalisent en miniature, par courtes phases, puis par périodes, le syndrome qui les caractérise avant d'étaler sur toute la durée les larges fresques à traits accusés et indélibiles. La rythmologie, apporte en séméiologie médicale une finesse d'exploration permettant de dépister des dérythmies initiales.

2° Phase de l'élargissement de l'hydrurie

Instinctivement le sujet fatigué se repose. Au cours du repos, plus ou moins vite, en un ou en plusieurs temps, le débit urinaire s'accélère. Dans les fléchissements fonctionnels, au début des maladies, il suffit d'opposer au trouble la disposition physique ou le médicament indiqués avec justesse, pour voir se dessiner la même oscillation du rétrécissement à l'élargissement de l'hydrurie. Après surcharge alimentaire ou surmenage aussi bien qu'en dépassant la marge fonctionnelle d'un appareil déterminé, toujours la même oscillation se produit. De véritables petites crises urinaires viennent ainsi à certains moments psycho-physiologiques manifester d'une manière objective le retour de l'eurythmie. L'observation clinique, éminemment synthétique permet de constater les conditions qui, dans un cas donné, font passer la diurèse de l'ankylose à la crise ! La physiologie de la thérapeutique possède dans cette évolution tout à fait générale un test vérificateur de grande importance.

Suivant le cadre pathologique, le médecin suivra avec plus d'attention tel ou tel rythme chimique sous l'influence de la thérapeutique. Je me suis attaché aux rythmes des acides, des phosphates et des substances azotées chez les hépatiques dans le livre cité plus haut. Mais on trouvera les exemples de la rythmologie clinique la plus parfaite dans des livres anciens tels que le fameux traité de Bouchardat sur le diabète qu'il faut relire pour s'inspirer de la bonne manière de suivre un malade en cours de traitement.

En instituant une thérapeutique sous le contrôle des rythmes chimiques on aura la preuve objective de son efficacité. Je me suis spécialement appliqué à montrer les pentes chimiques qui se dessinent en adaptant un sujet à l'alimentation et à la juste mesure du rendement psycho-neuromoteur qui conviennent aux besoins actuels de son organisme. Mais tout autre redressement du genre de vie ou même tout essai thérapeutique pourraient être étudiés avec le secours de cette même méthode. Ainsi, la phase du rétrécissement de l'hydrurie éclaire la séméiologie clinique et l'élargissement de l'hydrurie est un test d'une portée générale pour la physiologie de la thérapeutique.

* * *

Il convient d'appuyer, avec un peu plus d'insistance, sur le lien qui unit les deux phases de l'hydrurie que nous venons de décrire séparément. Chaque biotype est contraint d'osciller dans une marge déterminée. S'il dépasse la mesure qui lui et assigné, dans le fonctionnement nutritif aussi bien que dans le fonctionnement psycho-neuromoteur, il se fatigue et il est placé dans la nécessité de trouver le genre de repos qui lui convient pour retrouver l'eurythmie.

Cette loi générale de la vie se traduit dans le balancement de l'hydrurie. Le sujet qui dépasse sa marge de disponibilité fonctionnelle rétrécit le taux d'élimination urinaire ; à un certain degré de rétrécissement les malaises sont telles que le repos s'impose. Au cours du repos le niveau de l'hydrurie s'élève pour compenser les fonctionnements n'ayant pu s'effectuer au dessus de la marge propre à l'individu dans la période de vie considérée. L'analyse chimique permet de pousser l'investigation plus loin que le simple examen du débit urinaire. Le rétrécissement et l'élargissement de l'hydrurie sont des signes communs. Suivant l'ensemble des symptômes cliniques, le médecin devra porter son attention sur telle substance plutôt que sur telle autre. Mais la même loi unit les deux phases de la diurèse : qu'il s'agisse des substances azotées ou du glucose, pendant la phase du rétrécissement de l'hydrurie la concentration de l'urée dans l'urine ou du glucose dans le sang atteint un chiffre incompatible avec l'eurythmie. Le traitement indiqué consistera à offrir au sujet les conditions de vie qui en élargissant l'hydrurie permettent d'éliminer les substances en excès dans le sang. Au début des maladies c'est seulement dans le taux le plus bas de l'urine qu'on décèlera les substances anormales (albumine, bile). Dès que le débit urinaire augmente, ces substances ne sont plus décelables dans les urines. Les crises successives, au cours des pentes de repos ont chacune une fonction particulière : par exemple la première éliminera spécialement l'ammoniaque et la créatinine ; l'eurythmie ne sera complètement rétablie qu'après crise évacuatrice de l'urée ! Telle est la succession observée chez l'hépatique.

Si le rein est électivement touché on constatera en phase d'ankylose urinaire, une concentration faible des chlorures. Les crises successives au cours du régime élimineront les substances les plus toxiques mais l'eurythmie ne sera rétablie qu'à la suite d'un grand cycle évacuateur des chlorures !

* * *

Ainsi la rythmologie qui permet de suivre les premières déviations des rythmes physiologiques des biotypes deviendrait la science du début des maladies. Les médecins ne connaissent actuellement que des syndromes terminaux d'états dont l'évolution n'a jamais été recherchée. Le champ des investigations dans l'ordre d'idées que je signale est illimité. J'ai simplement tenu dans cet article à signaler la suite de mes recherches sur la diurèse. Les rythmes chimiques ajoutent des précisions importantes, en clinique et en thérapeutique expérimentale, aux rythmes volumétriques que j'avais étudié auparavant.

HYDROLOGIE

Indications hydrologiques d'Aix-les-Bains

Dans sa noble et large vallée, encadrée de montagnes boisées — au bord de son lac — adossée au Revard, Aix-les-Bains était une précieuse ville de plaisirs et reste, malgré la dureté des temps, la capitale mondiale des rhumatisants. Dans les brouillards d'Ecosse et dans d'autres lointains pays, les ankylosés et les enraidis rêvent de bonnes eaux qui rendront à leurs jointures la souplesse et l'indolence.

Les eaux d'Aix ont été connues et appréciées des Romains qui les employaient en bains et en étuves et qui y avaient construit des thermes très importants si l'on en juge par les infrastructures mises à jour à l'intérieur du nouvel établissement. Pendant le Moyen-Age et la Renaissance, la vogue des eaux continua. Aix vit le panache d'Henri IV. Victor-Amédée de Savoie, en 1776-1784, construisit le premier établissement thermal et ses successeurs en construisirent un nouveau en 1854 qui fut terminé par Napoléon III. Aix était bien charmant vers 1860, lorsque Achard écrivait sa charmante « *Saison à Aix-les-Bains* » illustrée par Ginain. Les planches de costumes coloriées en étaient délicieusement pastorales. En 1783, cinq cent quatre-vingt-huit baigneurs vinrent à Aix. En 1881, il y en avait vingt mille. En ces époques non motorisées, les malades qui venaient à Aix étaient moins pressés que nos contemporains et ils se préparaient à suivre la cure par plusieurs jours de repos et de purgation. Tout récemment (1923-1932), un nouvel établissement a été édifié dans lequel les techniques de cure les plus modernes sont appliquées avec le maximum de confort. A cet établissement sont attachés des masseurs et des masseuses dont le dressage technique a été remarquablement organisé par nos confrères d'Aix. Ils ont conservé la tradition des anciennes pratiques qui ont fait leurs preuves et ils y ont incorporé tout ce qui peut améliorer la circulation locale et calmer la douleur. Dès le début du XIX[e] siècle, les masseurs «frictionnaient» le malade sous la douche, puis ces frictions furent remplacées par le « massement » sous l'eau lequel, en se perfectionnant, est devenu la douche-massage, connue dans le monde entier sous le nom de douche d'Aix. La *Société médicale d'Aix* vient de charger trois de ses membres de codifier les diverses pratiques de cure et c'est ainsi que nous devons à trois confrères qui sont éminents dans leur art (et qui sont charmants dans leurs relations) un excellent livre sur *Les techniques thermales d'Aix-les-Bains et leurs applications cliniques* (par L. Bertier, L.-G. Blanc, L. Folliet, livre édité par les *Imprimeries réunies de Chambéry*).

Je voudrais que beaucoup de confrères lisent ce livre parce qu'il leur montrerait les possibilités de la thérapeutique hydrologique, dans les cas où le médecin en vient à désespérer de soulager son client.

***

Un mot sur les eaux d'Aix. Elles sont sulfurées, mais à un degré beaucoup moindre que celles de Luchon ou d'Uriage ; elles sont calciques, hyperthermales (45°, 46°), radio-actives. Elles contiennent en suspension des flocons de barégine qui les rendent onctueuses et propres au massage.

***

Voyons très sommairement quelle sera l'*utilisation* de ces eaux.

1° *La douche-massage* est l'opération caractéristique primordiale du traitement thermal d'Aix. Elle consiste essentiellement en un massage général pratiqué sous un « torrent » d'eau thermale et appliqué soit par deux masseurs ou masseuses, soit, dans certains cas, par un seul, le malade étant successivement assis, couché, et, finalement, debout pour la douche terminale. La durée de la douche-massage générale est habituellement de dix minutes, durée qui peut être réduite ; elle est parfois précédée ou suivie d'un bain de baignoire pris dans la pièce voisine, mais, plus fréquemment, elle est associée à une autre opération à laquelle elle succède immédiatement : le *bouillon*.

2° Le *bouillon* est une étuve générale de vapeur. La pièce est remplie d'une atmosphère contenant des particules d'eau en suspension avec tous les gaz de la source et sans modification de la tension électrique ni de la radio-activité. Le malade y séjourne de trois à dix minutes et passe de là dans la salle de douche-massage.

3° Les « *Berthollets* » sont une sorte d'étuve locale où les régions malades reçoivent un mélange d'air et d'eau radioactive, une sorte de pulvérisation chaude à fines particules.

4° La balnéation se pratique en baignoire, en piscine, en bain profond.

5° La *douche-locale* est réservée au traitement des membres inférieurs jusqu'au-dessus des genoux et des membres supérieurs jusqu'au-dessus des coudes. Elle consiste en un arrosage d'eau thermale généralement accompagné de massage.

6° Enfin une *cure de diurèse* est associée à ces pratiques externes soit que le malade ingère de l'eau sulfurée, soit qu'il absorbe les eaux de diverses sources hypominéralisées. La quantité globale d'eau ingérée varie avec les malades. Il en est qui doivent boire abondamment, tels les uricémiques, les goutteux. Il en est d'autres, au contraire, tels les hypertendus, qu'il ne faut faire boire qu'à doses modérées.

***

Les effets physiologiques de la cure d'Aix sont très complexes. L'exposé de Bertier, Blanc et Folliet est consacré principalement à l'action de la douche-massage, prise comme type du traitement d'Aix, sur les divers appareils.

1° Sur l'appareil circulatoire, on constate une vaso-dilatation périphérique marquée. Les battements du cœur s'accélèrent. Les modifications de la tension artérielle consistent en ascension de la pression sanguine de 1 à 3 cm. de mercure pendant le cours de la douche, retour à la pression primitive, rapide chez les sujets à artères souples, plus lents chez les artério scléreux, après la cure, diminution de la tension de 1 à 3 cm. de mercure et, plus encore, si l'on a fait usage des eaux diurétiques.

Ces conclusions sont absolument valables pour la pression maxima alors qu'au contraire la pression diastolique est peu influencée par la cure.

2° *Sur le système nerveux,* la douche-massage produit une série d'excitations qui se transmettent par les appareils sensitifs du tégument. Cette action excitatrice est le fait de la chaleur de l'eau, de la percussion de la douche, enfin du massage sous ses diverses formes : effleurage, pressions, pétrissage, vibrations simples ou pointées. Comme pour la circulation, on constate, après la douche, une réaction en sens inverse, c'est-à-dire une sédation avec sensation de détente générale et d'euphorie. L'alternance de ces deux phénomènes se répétant chaque jour pendant la cure comporte des résultats d'ordre général (activation des échanges tissulaires, stimulation des organes de la nutrition) et des résultats d'ordre local (correction du tonus musculaire et de la trophicité articulaire).

3° *Sur les organes éliminateurs* (peau et reins), la douche-massage a une action stimulante non moins marquée. Il en résulte une sudation plus ou moins abondante pendant et après la douche, sudation que l'on favorise par l'emmaillotage, le repos au lit, les boissons chaudes. En ce qui concerne la diurèse, on observe, vers le milieu de la cure, un moment où le volume de l'urine est notablement diminué ; puis, vers la fin du traitement, après seize ou dix-huit douches, ce volume atteint brusquement un chiffre élevé. Cette crise polyurique devant être considérée comme un véritable phénomène critique susceptible de marquer la fin d'un traitement efficace.

4° Les eaux d'Aix facilitent la tolérance aux sels des mé-

taux lourds : or, antimoine, mercure, bismuth ce qui a une valeur toute particulière pour la chrysothérapie des rhumatismes choniques ou pour l'emploi du traitement mercuriel et bismuthique de la syphilis.

5° Sur les *organes de la nutrition*, on constate la même action régulatrice de la douche-massage.

6° *Sur les endocrines* et, particulièrement sur la thyroïde et l'ovaire, la cure d'Aix a une action équilibrante. Elle stimule les centres qui commandent au molimen menstruel ; il est banal de voir les règles avancer sous l'influence du traitement. A la cinquantaine, elles peuvent reparaître après une interruption de plusieurs mois, d'un an, comme l'a signalé François FRANÇON ou même de dix-huit mois, comme l'a constaté l'un des auteurs.

Comme il est facile de le prévoir par les faits ci-dessus, les rhumatismes observés à la ménopause par dys- ou hypofonctionnement ovarien retirent de grands bénéfices à Aix-les-Bains.

***

Ces diverses modifications de l'organisme expliquent les résultats obtenus à Aix dans les rhumatismes, dans la goutte, dans les névrites et névralgies, dans les suites de traumatismes, dans quelques cas de varices, dans la cellulite, dans l'obésité, dans certains eczémas et psoriasis, dans la syphilis, dans la rhino-pharyngite des arthritiques, etc.

Henri VIGNES.

Les indications de la cure de Châtel-Guyon en thérapeutique infantile

La pédiatrie moderne ne fait pas encore aux cures hydrominérales la part de choix qu'elles méritent dans la thérapeutique infantile.

Cependant chaque station peut revendiquer intégralement les soins des enfants relevant de sa spécialisation. Il est dans l'enfance une « heure thermale » et Mlle le Docteur Marguerite Balme vient de la fixer (Thèse de Paris, 1936) en ce qui concerne Châtel-Guyon.

Chez l'enfant, l'effet thérapeutique des eaux de Châtel-Guyon relève en tout premier lieu de leur stimulation des sécrétions digestives.

a) L'action cholagogue de ces eaux excite le péristaltisme intestinal et réveille les réflexes évacuateurs fréquemment inhibés chez l'enfant. Elle convient donc au traitement des constipations par atonie et dyschesie.

b) La stimulation des sécrétions chlorhydropeptique, biliaire, trypasique et entérique, active et améliore le métabolisme digestif intestinal, équilibrant ses réactions de fermentations et de putréfactions et aboutissant à l'élaboration de produits le plus directement et complètement assimilables.

La désinfection et l'excitation intestinales d'origine biliaire réduiront les poisons endogènes et les évacueront normalement. Elles éviteront ainsi au foie et aux humeurs de l'organisme la résorption de produits toxiques, tout comme aussi de substances protéiques insuffisamment transformées.

Ainsi, la cure de Châtel-Guyon sera éminemment désintoxicante et supprimera, particulièrement chez l'enfant, les états d'anaphylaxie alimentaire cause de nombreux accidents et troubles divers. Elle viendra en aide aux fonctions hépatiques, héréditairement ou accidentellement déficientes, aux foies demeurés congestionnés à la suite de troubles gastro-intestinaux et d'erreurs alimentaires du jeune âge.

L'eau de Châtel Guyon, par l'association de cathions très actifs équilibrera les contractions intestinales troublées autant par des spasmes que par des états d'atonie, et relèvera en même temps le tonus neuro musculaire de la paroi.

En outre, l'action cicatrisante du chlorure de magnésium s'exercera sur les lésions torpides de la muqueuse et, colmatant celle-ci, s'opposera aux infections pariétales, ainsi qu'aux migrations bactériennes exentérales, colibacillaires en particulier.

Ainsi seront évitées les lésions initiales de la muqueuse par stase stercorale, souvent irritante du fait des altérations septiques ou putrides de son contenu.

Le traitement de Châtel-Guyon conviendra donc aux colites muqueuses et muco-pariétales de l'enfant, aux rétentions et viciation du contenu cæcal, aux phases atoniques ou spasmodiques non douloureuses des troubles colitiques, aux séquelles d'amibiase et de parasitoses diverses, à la colibacillose.

De ces diverses actions combinées : amélioration de l'assimilation et désintoxication locale et générale, ainsi que de la reconstitution de réserves minérales éminemment constructives, résulteront, chez l'enfant, une amélioration rapide de la tonicité des organes digestifs, puis des autres appareils, ainsi que le relèvement de l'état général.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Clinique thérapeutique

La vaccinothérapie n'est pas une méthode générale de traitement de l'asthme. Cette méthode est strictement limitée et doit être appliquée exclusivement à des asthmatiques qui présentent des manifestations bronchitiques : expectoration muco-purulente, signes pulmonaires humides, longue durée des crises.

Il faudra déconseiller la vaccinothérapie dans tous les asthmes « secs », en particulier dans les asthmes anaphylactiques, ainsi que dans les cas de toux ou de coryza spasmodiques. La cure vaccinale est, dans ces cas, inefficace.

Chez les asthmatiques jeunes les résultats sont ordinairement meilleurs que chez les sujets âgés qui présentent depuis de longues années des bronchites à répétition ; cependant, ici encore, l'amélioration est fréquente.

La cure vaccinale doit être continuée pendant un temps suffisant, plusieurs mois dans la plupart des cas, si l'on veut obtenir des résultats durables.

Certains asthmatiques sont considérablement améliorés après deux ou trois mois de traitement, au point que de nouvelles injections semblent inutiles. D'autres présentent des rechutes rapides qui nécessitent la prolongation du traitement.

Les contre-indications de la vaccinothérapie sont celles de la vaccination en général (insuffisance cardiaque, lésions rénales importantes).

La voie d'introduction des vaccins est non moins importante que la durée de la vaccination. Il faut pratiquer les injections par voie intradermique. Le lieu d'élection est la région dorsale et les injections doivent être faites chaque fois en des points différents. La première dose de vaccin sera de 0 c.c. 1. On augmentera de 0 c.c. 1 à chaque injection, jusqu'à ce que l'on atteigne 1 c.c. 5, ou même 2 c.c., suivant les réactions locales. On fera au début trois injections par semaine. Il est préférable, dès que l'on atteint 1 c.c., de répartir l'injection en deux points différents. Dès que le malade présentera une amélioration nette, on espacera les injections, à raison de deux par semaine, puis on fera une seule injection hebdomadaire.

Les réactions locales sont ordinairement peu intenses. Les réactions générales font défaut dans la plupart des cas, à l'exception quelquefois d'une légère poussée thermique quelques heures après l'injection.

L'emploi d'un stock-vaccin présente des avantages. Dans une consultation hospitalière spécialisée pour le traitement de


CHLORO-CALCION
CHLORO-
CALCION
Solution titrée
de Chlorure de Calcium stabilisé
80 gouttes ou ½ cuil. à café = 1gr.
INDICATIONS :
RECALCIFIANT
Croissance - Tuberculose
Grossesse, Allaitement, Spasmophilie
Entérites, Accidents sériques
Caries dentaires
HÉMOSTATIQUE
Toutes Hémorrhagies
DÉCHLORURANT
Albuminuries, Néphrites, Œdèmes
Ascite, Pleurésies
CONTENANCE DU FLACON : 65 GR
Pour 100 Gr. Chlorure de Calcium purifié cristallisé ... 36,239
Excipient ... 63,761
LABORATOIRES P. MICHELS
Pharmacien de 1re Classe
4bis, Rue du Colonel-Moll _ PARIS (17e)
DOSES MOYENNES : Adolescents et Adultes : de 60 gouttes à 4 cuillerées à café. Enfants au-dessous de 10 ans 4 gouttes par années
CHLORO-CALCION - Se prend au moment des repas dans un tiers de verre d'eau sucrée. Pour éviter l'accoutumance suspendre pendant 10 jours.

l'asthme, il est fort difficile de préparer des auto-vaccins pour chaque malade. D'autre part, un stock-vaccin peut être employé à titre préventif chez les asthmatiques qui présentent, à certaines périodes de l'année, une reprise de manifestations bronchitiques, suivies de crises d'asthme.

Pasteur Vallery-Radot, P. Blamoutier et F. Nitti. Le rôle des germes microbiens dans l'asthme. Indications de la vaccinothérapie. *La Presse Médicale*, 18 mars 1936.)

Le traitement général de la désensibilisation dans les maladies d'intolérance peut être ainsi formulé :

1° Toutes les fois que ce sera possible, pratiquer une série de dix à douze séances d'autohémothérapie, de 18 à 20 c.c. tous les deux ou trois jours, associées ou non avec les injections intraveineuses ou intramusculaires d'hyposulfite de magnésium.

2° En dehors de ces périodes, ou lorsque cette médication d'autohémothérapie ne sera pas possible, on prescrira les trois médicaments suivants :

Hyposulfite de magnésium ;
Extrait hépatique ;
Hexaméthylènetétramine,
par périodes de cinq à huit jours.

En dehors de ce traitement :
Régime des hépatiques ;
Cure de Vichy quand elle sera possible ;

Et thérapeutique luttant contre le dysfonctionnement endocrinien, toutes les fois que ce dysfonctionnement fera partie du terrain hépatique qui est à la base même de toutes les intolérances.

(L. Caillon. La thérapeutique des maladies d'intolérance, *Gazette des Hôpitaux*, 1er avril 1936.)

Dermato-vénéréologie

Le traitement du psoriasis par les bains de goudron ne jouit pas en France d'une grande faveur, tandis qu'autre part ce traitement est très en vogue. Cette méthode a l'avantage d'être une des moins chères et de n'exiger une installation très simple : une baignoire ordinaire.

On prescrit en général une série de quinze à vingt bains, un bain tous les jours ou tous les deux jours.

Avant le bain, les placards et taches psoriasiques sont brossés avec un mélange à parties égales de goudron de hêtre et d'alcool. Le malade se place dans un bain à 38°, complètement couvert d'eau jusqu'au cou, et y reste pendant dix à vingt minutes. Après le bain, application de poudre. D'une façon générale, après une série de quinze à vingt bains, l'infiltration des plaques disparaît. Dans les cas ou le psoriasis n'est pas blanchi après vingt bains, on essayera un autre traitement. Par prudence, il faut de temps en temps faire une analyse des urines. Pour Veyrières et Huerre, c'est « le véritable traitement des psoriasis généralisés. »

(Docteur A. Kissmeyer. Le bain de goudron dans le traitemet du psoriasis. *Le Bulletin Médical*, 21 mars 1936.)

Les chancres syphilitiques du col et des parois vaginales sont plus fréquents qu'on ne le croit communément, du moins chez les prostituées. Sur 80 chancres observés de 1917 à fin mai 1935, à l'hôpital de salubrité, on compte :

31 chancres primitifs du col, soit 38,75 p. 100 ;
9 primitifs du vagin, soit 11,25 p. 100.

Au total 50 p. 100. Une statistique de Laurent donne très sensiblement les mêmes proportions.

Divers facteurs sont susceptibles d'expliquer la fréquence plus grande des accidents primitifs du col et des parois vaginales chez les prostituées : rigueur de la visite sanitaire, neutralisation par les ablutions fréquentes de l'acidité du mucus vaginal, acidité qui est défavorable à la vitalité des tréponèmes, usage d'antiseptiques irritants qui créent des portes d'entrée.

Les chancres du col, qui sont le plus souvent uniques, siègent sur n'importe quelle partie du col, ont une forme généralement arrondie ou ovalaire, de dimensions variant de quelques millimètres à un ou deux centimètres.

D'ordinaire il s'agit d'un *chancre érosif* typique, mais parfois il fait un léger relief et prend l'aspect *papulo-érosif*. Plus rarement il s'agit d'un *chancre ulcéreux* ou d'un *chancre bourgeonnant, hypertrophique*, dont la dureté est toute particulière. Un chancre situé au centre du col utérin, au pourtour de l'orifice peut être difficile à dépister. On a souvent affaire à des chancres greffés sur des lésions de métrite cervicale ancienne qui masquent les caractères cliniques du chancre. La recherche des tréponèmes est souvent négative.

Le chancre des parois vaginales est souvent multiple. Il n'apparaît pas que ces chancres aient une localisation élective pour telle ou telle partie des parois vaginales. Cependant, certains auteurs les auraient observés plus fréquemment sur la paroi postérieure.

On note des chancres érosifs, souvent de petites dimensions, parfois multiples — des chancres ulcéreux, un peu plus vastes — des chancres ulcéro-végétants, rappelant l'aspect des néoplasmes ulcérés, de consistance ligneuse et de dimension assez vaste.

On peut, semble-t il, en ce qui concerne le siège de ces chancres par rapport à leur forme, établir le schéma suivant : les chancres ulcéro-végétants hypertrophiques siègent plutôt dans le tiers antérieur du vagin ; les chancres ulcéreux, dans le tiers moyen ; enfin le type érosif s'observe surtout dans le tiers postérieur ou dans les culs-de-sac.

Trop souvent ces chancres passent inaperçus parce que, en introduisant le spéculum, on se contente d'écarter les valves sans les déplacer dans tous les sens. Un spéculum grillagé donne plus de jour que les deux valves pleines du spéculum de Cusco.

Il ne faut pas compter sur l'existence constante d'une polyadénopathie inguinale. Elle manque, à en juger par la statistique de l'auteur, une fois sur deux dans les cas de chancre du col et de la moitié postérieure des parois vaginales.

(P. Joulia. De la fréquence des chancres syphilitiques du col et des parois vaginales chez les prostituées. *Paris Médical*, 7 mars 1939.)

Vénéréologie

Le nombre des blennorrhagiens ne diminue pas. Cette maladie est toujours aussi répandue, malgré l'abondance des Congrès prophylactiques et les progrès incontestables de la thérapeutique. Pourquoi ?

1° Parce que le dépistage de l'origine de la contagion, n'est pas encore organisé et que le praticien n'y songe pas ; — si même il y songeait, il ne saurait comment s'y prendre pour signaler à qui de droit la personne incriminée, — d'où pérennité de la contagion ;

2° Parce que le diagnostic de la maladie chez la femme est très délicat, que les symptômes en sont fugaces, peu précisés, que les repaires du gonocoque sont multiples et son identification plus difficile qu'on ne le croit, d'où méconnaissance de la maladie.

3° Parce que la femme a la plus complète indifférence pour sa maladie et plus encore pour le traitement, d'ailleurs long et douteux dans ses résultats, au moins dans les conditions actuelles de son application.

Donc, si nous voulons tenter une campagne prophylactique efficace, il faut :

1° Organiser le dépistage de la maladie, tout en intensifiant les moyens prophylactiques ;

2° Préciser les symptômes de cette maladie sous sa forme contagieuse ou dangereuse ;

3° Rappeler aux intéressés la nécessité du traitement et le présenter de telle façon qu'il soit compatible avec les exigences de la vie courante.

(Docteur Carle, de Lyon. — Réflexions prophylactiques et cliniques sur la blennorrhagie. *Le Concours Médical* 1er décembre 1935.)

Cancer

La question de la radiothérapie dans le cancer du sein est encore loin d'avoir atteint un stade comparable à celui de la radiothérapie pour d'autres localisations néoplasiques. La compétition entre la chirurgie pure, les radiations seules et leur combinaison reste ouverte. Et beaucoup de travail est encore nécessaire pour arriver à des données définitives.

Mais nous savons déjà que les radiations sont susceptibles, dans un nombre considérable de cas, d'améliorer le pronostic, et quelques données fondamentales restent, que six années ne sont pas venues modifier sensiblement (Regaud, 1930).

(P. Hermet. La radiothérapie dans le traitement du cancer du sein, à l'exclusion des récidives et des métastases. *Paris Médical*, 2 mars 1936.)

Si sévère que soit la coïncidence d'une infection microbienne et d'un cancer cervico-utérin, elle ne doit pas « a priori » faire renoncer au traitement par les radiations, actuellement considéré comme idéal par la plupart des cancérologues, de cette forme de néoplasie maligne ; les moyens thérapeutiques qu'on peut mettre en œuvre contre cette infection en auront souvent raison ; de toute manière, un effort prophylactique constant et surtout l'amélioration du dépistage précoce des cancers utérins nous permettront sans doute d'en diminuer à l'avenir la fréquence et la gravité.

(P. Desaive. Les infections secondaires du cancer cervico-utérin. *Paris Médical*, 21 mars 1936.)

Alimentation

Depuis la découverte des vitamines, on entend dire fréquemment que ces substances seraient très sensibles à l'action de la chaleur et seraient détruites à l'autoclave et que la consommation des aliments conservés est une pratique dangereuse. Or il faudrait apprendre, une fois pour toutes, aux hygiénistes qui propagent ces théories, que le chauffage à + 115°, en récipients hermétiquement clos, à l'abri de l'air, tel qu'il est pratiqué dans l'industrie des conserves, est moins nuisible aux vitamines que les procédés usuels de la cuisine ordinaire, où l'on chauffe en présence de l'air. On doit citer de nombreuses expériences qui montrent que la plupart des facteurs accessoires da la nutrition ne sont nullement détruits à la température de + 115° ; que même certains d'entre eux, les liposolubles A, D et E, sont extraits par distillation au-dessus de + 150° ; enfin que les opérations culinaires classiques, malgré leur action sur les vitamines, sont employées par tous les hommes qui vivent à la surface de la terre, et cela depuis les temps préhistoriques, sans que personne se soit aperçu qu'il en résultât le moindre trouble, lorsqu'on suit un régime normal, varié, dans les conditions ordinaires de la vie.

(G. Ichok. — L'évolution de l'alimentation. *Paris Médical*, 7 décembre 1935.)

Thérapeutique clinique

Le sulfate de magnésie par voie intra musculaire donne de bons résultats dans le traitement de la chorée de Syndenham. — Comparé avec les autres médicaments employés, il est plus rapide et plus sûr. Dans deux des cas rapportés, on aurait obtenu par cette méthode, non seulement la guérison de la chorée, mais aussi des complications cardiaques.

La meilleure voie pour l'introduction de ce médicament est la voie intramusculaire. En effet, l'injection intrarachidienne est difficile, douloureuse et surtout dangereuse. L'injection intra-veineuse est difficile chez les petits malades.

Ce médicament apparaît comme complètement inoffensif. Il ne produit pas de lésion secondaire, sauf la douleur au point d'application.

Pour appliquer ce traitement, on fait préparer une solution de sulfate de magnésie à 25 pour 100 dans de l'eau distillée, en ampoules de 5 et 10 c. c. stérilisées à l'autoclave. On fait une injection tous les deux jours, de 5 c. c. pour les malades de 1 à 5 ans, et de 10 c. c. pour les malades plus âgés. L'injection est faite profondément à la région fessière et elle est suivie d'un massage prolongé. La dose du médicament est donc respectivement de 1 gr. 25 et 2 gr. 50.

Dans le plus grand nombre des cas, on obtient la sédation des mouvements involontaires de la deuxième à la cinquième injection. Les mouvements volontaires et la marche reapparaissent, même quand ils étaient perdus. Les malades peuvent manger tout seuls ; les troubles psychiques, surtout l'irritabilité, s'améliorent.

Après les cinq premières injections, le malade retrouve lentement son état normal ; cette amélioration est moins rapide qu'au début. En général, on obtient la guérison avec dix ampoules, mais on doit faire quelques autres piqûres afin de consolider le traitement.

Il est très difficile de dire par quel mécanisme le sulfate de magnésie agit dans la chorée de Sydenham.

(Marin Ramos Contreras, Mexique. Le traitement de la chorée de Sydenham par les injections intramusculaires de sulfate de magnésie. *La Presse Médicale*, 8 février 1936.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 juin 1936

Néphrite subaiguë d'origine saturnine. — ***MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric, P. Seringe* et *R. Pedroso*** rapportent le cas d'une malade qui a présenté des symptômes d'une intoxication saturnine aiguë, à la suite de l'absorption d'extrait de saturne.

Après une phase caractérisée par des vomissements, des douleurs abdominales et des lésions de stomatite, une néphrite s'est installée. Du point de vue urinaire, cette néphrite a été caractérisée par l'oligurie, l'albuminurie et la présence de globules rouges dans le culot. Du point de vue humoral, on a constaté une élévation du taux de l'urée, avec oscillation de l'azotémie, une hypochlorémie légère, une baisse accentuée du taux de la réserve alcaline.

A cette néphrite se sont ajoutés les signes d'une atteinte hépatique légère : subictère, présence dans les urines de pigments biliaires, d'urobiline et de sels biliaires.

Les auteurs ont pu revoir la malade seize mois après : elle présentait des symptômes qui indiquaient une évolution probable vers la néphrite chronique.

Sur un cas de « néphrose lipoïdique » suivi pendant quatre ans. Etude anatomo-pathologique. — ***MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric, M. Laudat* et *Mlle P. Gauthier-Villars*** rapportent l'observation d'une malade suivie pendant quatre ans qui s'est comportée pendant deux ans comme une néphrose lipoïdique pure. Cependant, dès le début de cette période, la constatation dans le culot urinaire de globules rouges avait permis aux auteurs de porter le diagnostic de « néphrite avec syndrome humoral de néphrose lipoïdique surajouté ».

L'évolution est venue confirmer ce diagnostic. En effet, le syndrome de néphrose lipoïdique a régressé et la néphrite a évolué rapidement vers l'azotémie avec hypertension. D'autre part, l'examen anatomo-pathologique a montré des images de néphrite banale. Il s'est donc agi d'une néphrite avec syndrome humoral de néphrose lipoïdique transitoire. Cette observation démontre une fois de plus qu'il n'y a pas lieu de distinguer la « néphrose lipoïdique » des néphrites.

Trois cas de kala azar. — ***MM. S. Giraud* et *Caillol*** (Marseille).

Le diagnostic de la maladie de Hodgkin par la ponction des ganglions. — ***MM. P.-Emile Weil, P. Isch Wall* et *Mme Suzanne Perlès*** rapportent les résultats satisfaisants obtenus par la ponction ganglionnaire dans le diagnostic de la lymphogranulomatose maligne. Cette minime intervention, en supprimant les inconvénients d'un acte opératoire même bénin, offre l'avantage pratique d'être facilement applicable et toujours acceptée par les malades. La lecture de l'adénogramme fournit des résultats de valeur au moins égale à celle des biopsies, elle permet de distinguer soit la cellule de Sternberg ou à défaut une cellule endothéloïde voisine, soit un ensemble d'éléments polymorphes très particuliers à la maladie de Hodgkin, avec pour certaines formules, prédominance d'un type cellulaire défini. La ponction ganglionnaire, renouvelée et répétée selon les besoins, apporte donc avec les éléments nécessaires au diagnostic de maladie de Hodgkin, la possibilité d'une étude suivie de l'affection ainsi qu'un contrôle rapide et continu du traitement institué.

M. Brûlé croit que la difficulté déjà grande de l'interprétation des biopsies se trouve augmentée lorsqu'on veut préciser le diagnostic de maladie de Hodgkin par la ponction des ganglions. Car, dans la majorité des cas la maladie est caractérisée bien plus par les modifications du réticulum gaugliounaire que par celles des cellules.

Tuberculose multi-ganglionnaire au cours d'une phtisie cavitaire stationnaire. — ***M. R. Benda***, à propos de la communication de MM. Troisier, Bariety et Dugas, rapporte une observation personnelle, dont il veut surtout retenir la double notion d'un processus cavitaire, sans doute fort ancien, vraisemblablement éteint depuis très longtemps, et d'une atteinte multiganglionnaire surajoutée, récente. Il admet que cette atteinte ganglionnaire s'est constituée sous l'influence

d'une décharge des quelques produits pathogènes, assez virulents, que pouvait contenir encore la caverne. Cette hypothèse cadre bien avec la clinique et les recherches de laboratoire : il importe peu, dans le cas particulier, qu'il se soit agi de virus filtrable à proprement parler, ou simplement de produits paucibacillaires, ne contenant plus que des germes dégénérés ; seule mérite d'être soulignée la possibilité d'une atteinte multiganglionnaire aussi massive chez l'adulte, sous l'influence d'un processus au contraire si peu virulent.

M. Armand-Delille pense qu'il pourrait s'agir plus simplement dans ce cas d'une primo-infection de l'adulte.

Coma diabétique et acide salicylique. — *MM. F. Rathery, J. Pautrat* et *D. Bargeton* rapportent le cas d'une malade diabétique consomptive atteinte de rhumatisme articulaire aigu qui fit un coma acidosique typique sous l'influence d'une dose minime de salophène associé au bicarbonate de soude. La même malade traitée par l'insuline, supporta fort bien le salicylate de soude.

Les auteurs exposent les résultats de leurs recherches relatives aux troubles humoraux et discutent la part respective du diabète, du rhumatisme et de la cure salicylée dans l'éclosion des accidents. Ils concluent en montrant l'importance qu'il y a en cas de diabète consomptif à ne donner de salicylate de soude, même associé au bicarbonate, qu'avec un traitement insulinien suffisant.

A propos du rétrécissement aortique congénital. — *M. Pezzi.*

Trois cas de botulisme. — *M. Et. May*, à propos de trois cas de botulisme consécutifs à l'ingestion de jambon, insiste sur les points suivants : 1° la fréquence des troubles digestifs précédant les troubles nerveux et la possibilité de formes très frustes; 2° la difficulté de diagnostic avec l'angine diphtérique à cause de la dysphagie et de la paralysie du voile du palais et avec l'intoxication belladonée à cause de la mydriase ; 3° les effets heureux de la sérothérapie spécifique qui paraît raccourcir l'évolution des cas de gravité moyenne.

M. Faure-Beaulieu a eu l'occasion d'observer une petite épidémie dans le Périgord.

Trois personnes sur quatorze convives furent atteintes : la première succomba à des accidents cérébraux foudroyants ; la seconde présenta une forme classique grave avec paralysie du voile et de l'accommodation, hydrophobie et atteinte pseudo-polynévritique des quatre membres ; la troisième ne présenta qu'une paralysie de l'accommodation.

L'auteur fait remarquer le polymorphisme de l'affection, la possibilité de formes très frustes et l'absence absolue de troubles digestifs.

M. Hallé a vu un cas de botulisme aigu avec apparition extrêmement rapide de cyanose intense avec œdème de la face et mydriase énorme.

L'évolution se fit très rapidement vers la guérison malgré l'état alarmant du malade.

Intoxication par l'aniline avec cyanose intense. — *MM. M. Loeper, P. Soulié* et *Marchon* rapportent un cas d'intoxication par du vernis de chaussures à base d'aniline. Les signes toxiques et en particulier la cyanose apparurent avec une extrême rapidité. La cyanose devint rapidement intense intéressant les téguments et les muqueuses ; il existait un minimum de troubles fonctionnels : quelques algies, de la céphalée. L'examen des urines décela une hémoglobinurie très marquée et la présence de paramidophénol. L'inhalation d'oxygène fut suivie d'une rapide rétrocession des accidents.

Néphropathie tardive post-chimiothérapique. — *MM. A. Tzanck, P. Klotz* et *Al. Negreanu* rapportent un cas de néphrite bismuthique rappelant par plusieurs points le syndrome dit de néphrose lipoïdique : albuminurie massive avec œdèmes, sans rétention uréique, mais hypoprotéinémie, hyperlipidémie, hypercholestérinémie.

L'intérêt de cette observation, qui s'ajoute aux autres cas d'intolérance rénale à forme de néphrose lipoïdique, réside dans son apparition tardive trois mois après la cessation du traitement bismuthique. Cette néphropathie rappelle les ictères de la chimiothérapie, pour lesquels les mêmes circonstances d'apparition sont plus communes.

Sur un cas d'angiospasme cérébral. — *MM. Germain* et *Morvan* présentent un cas d'hémiparésie droite transitoire avec dysarthrie et troubles intellectuels, par spasme des artérioles corticales de la région sylvienne gauche, au cours d'une pleuro-congestion chez un adulte jeune, fumeur, spasmophile, hypotendu habituel, sujet depuis six ans à de fréquentes crises angineuses.

Paralysies faciales au cours d'une néphrite chronique. — *MM. Pr. Merklen* et *L. Israël* relatent un nouveau cas de cette rare association. Femme de 35 ans atteinte de néphrite avec azotémie et hypertension, troubles digestifs marqués, tendance aux hémorragies sous forme d'épistaxis, de suintements gingivaux et de pertes utérines. Apparition de deux paralysies faciales à type périphérique. La gauche dura vingt jours et guérit bien. La droite donna lieu à trois poussées dont la première date de quinze mois ; pour l'instant le processus semble définitivement installé; cette même modalité a déjà été signalée par Et. May.

Cette évolution s'accorde avec l'idée d'hémorragies intrapétreuses qui lèsent le facial, notion dont Monier-Vinard et Puech ont nécropsiquement établi l'existence et qui, plus que toute autre, paraît s'appliquer à la malade ici en cause.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 10 juin 1936

Rétrécissement cardio-œsophagien. — *M. Küss* en a observé un remarquable exemple chez une jeune fille.

Une cardio-œsophagotomie extra-muqueuse n'eut qu'un résultat temporaire. Des séances de dilatation œsophagienne n'eurent pas beaucoup plus de succès. Quelques temps après *M. Desplas* eut l'occasion de réopérer cette malade et put, par section d'un important manchon fibreux péri-œsophagien, libérer à nouveau la muqueuse œsophagienne. Le résultat définitif est excellent.

M. Desplas présente deux cas de sténose hypertrophique du cardia. Il insiste sur certains signes radiologiques : la dilatation œsophagienne avec contractions exagérées de l'organe : le défilé en forme de tête de clou, extrêmement serré ; l'absence de poche à air gastrique. Dans les suites opératoires on voit réapparaître la poche à air gastrique, le défilé s'élargit, mais souvent l'œsophage demeure dilaté. Il y a analogie anatomo-pathologique, clinique et opératoire entre la sténose hypertrophique du pylore et la sténose cardio-œsophagienne.

L'artériographie dans les tumeurs osseuses. — *M. Reynaldo dos Santos* (Lisbonne) apporte une contribution remarquable au diagnostic des tumeurs malignes des os à l'aide de l'artériographie. Les signes caractéristiques de la malignité sont pour lui, l'aspect hyperhémique, anarchique, désordonné de la tumeur. La précocité de la circulation veineuse de retour : on voit le cordon veineux sortir même de l'ombre tumorale, bien avant le moment où d'ordinaire on voit la veine. Cet état hyperhémique n'existe pas au même degré dans les affections aiguës (ostéomyélite en période de poussée) il n'est jamais aussi désordonné. Dans les autres affections osseuses, l'ischémie est la règle. Enfin le diagnostic des tumeurs à myéloplaxes serait possible : l'artériographie montre l'existence de lacs sanguins, et, fait curieux, le thorotrast semble séjourner au niveau de ces points. Cette méthode semble donc apporter une aide nouvelle au diagnostic difficile de ces tumeurs.

1.256 opérations sympathiques. — *MM. Leriche* et *R. Fontaine* ont composé une statistique complète des opérations sur le système sympathique, ce qui leur permet de mettre au point les indications vérifiées par les résultats de ces interventions.

Les indications les meilleures sont le traitement de l'ostospongiose, de l'angine de poitrine, des troubles trophiques. Inversement la méthode est sans effet dans le traitement des maladies de Basedow, de la tuberculose osseuse et articulaire. Dans les artérites, la sympathectomie périfémorale n'est indiquée que s'il n'y a pas d'oblitération. Dans le cas contraire, il faut préférer l'artériectomie aidée et guidée par l'artériographie. Enfin dans la thrombo-angéite, la sympathectomie lombaire aurait d'heureux effets.

Diagnostic des tumeurs des os. — *M. Mauclaire* apporte quelques cas rares, de diagnostic difficile, où l'évolution seule fit le point.

La stérilisation. — *M. Gosset* et ses élèves font part de leurs études sur le fonctionnement des autoclaves courants. Ils présentent un appareil nouveau, permettant une stérilisation beaucoup plus certaine.

Séance du 17 juin 1936

Le méga œsophage. — *M. Grégoire* rappelle l'historique des interventions. Puis il étudie le siège de l'obstacle : la dilatation siège toujours et uniquement sur l'œsophage cervical et thoracique. C'est la traversée phrénique qui est le siège de l'obstacle, comme elle est le siège du véritable sphincter stomacal supérieur.

Une opération logique devra agir sur le diaphragme et sur l'œsophage. Le diaphragme peut être rétréci, spasmé, ou au contraire détendu. Enfin il peut être de fonctionnement incoordonné avec celui de l'œsophage. L'œsophage peut être le siège de nombreuses lésions, sur lesquelles la Compagnie a déjà insisté. Donc plusieurs causes sont en question dans la pathogénie de cette affection.

Torsion d'un diverticule de la vaginale. — *M. Leydet* (Paris) a observé chez un homme une grosseur juxta-testiculaire du même volume que la glande voisine. Deux épisodes douloureux se produisirent nécessitant l'intervention. A l'opération, vaginale tendue, ecchymotique contenant à son intérieur une masse kystique, tordue trois fois sur son pédicule et sphacélée. Le testicule et l'épididyme étaient normaux. Il semble s'être agi soit d'un diverticule de la vaginale, soit plutôt comme le pense le rapporteur *M. Mouchet*, d'un kyste du cordon invaginé dans la cavité vaginale, et secondairement tordu.

Epithélioma métastatique du cerveau. — Cette observation de *MM. Stoian* et *Zamfiresco* (Bucarest) rapportée par *M. Auvray* concerne un syndrome de tumeur cérébrale à l'origine duquel l'intervention découvrit une petite tumeur du volume d'une noisette environ. L'examen histologique révéla qu'il s'agissait d'un épithélioma métastatique d'origine probablement surrénale ou hépatique.

Les auteurs étudient les tumeurs métastatiques du cerveau, parmi lesquelles les plus fréquentes sont les chorio-épithéliomes et les tumeurs surrénales. Ils insistent sur leur multiplicité et leur diffusion fréquentes. Dans quelques cas rares, l'intervention permit une survie appréciable, mais en règle le pronostic est bien entendu rapidement fatal.

Ablation des ganglions lymphatiques du cancer du col utérin. — *M. Michel Béchet* rappelle que les traitements locaux du cancer du col comportent une proportion importante de récidives. Le rôle des métastases ganglionnaires est certainement capital, l'adénopathie existant souvent dès les premiers degrés de l'affection. Il peut être intéressant d'enlever ces ganglions et les lames cellulo-adipeuses qui les portent.

Il emploie la méthode sous-péritonéale qui permet d'enlever les lymphatiques avec précision, comme dans l'opération de Orthner.

L'efficacité lointaine de l'opération ne peut être précisée. Les ganglions furent toujours examinés et six fois sur treize dans des formes au début il y avait déjà métastase ganglionnaire. (*Rapport de M. Mocquot.*)

M. Robert Monod avec *M. Octave Monod* avaient décrit une technique semblable et obtenu des résultats comparables.

M. Mocquot fait observer que le travail de *M. Michel Béchet* a surtout pour but de poser la question du traitement des adénopathies satellites du cancer uterin et de se demander s'il doit être radiothérapique ou chirurgical.

Rupture traumatique de la rate. — *M. Bocquentin* (Charleville) en apporte deux nouveaux cas tout à fait conformes aux descriptions habituelles. Une des deux concernait une hémorragie à symptômes retardés. (*Rapport de M. Madier.*)

A la suite d'une intervention de *M. Oudart*, *MM. Quénu*, *Moulonguet*, *Sorrel* pensent qu'il y a dans ces cas retardés, hémorragie sous-capsulaire avant tout, puis plus tard inondation péritonéale, et non pas hémorragie dans la loge splénique, secondairement extériorisée.

J. CALVET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 juin 1936

De quelques contre-indications de la digitale et des digitaliques. — *M. A. Pruche* insiste avec exemples à l'appui, sur les abus de la médication digitalique, sur la tendance à la prescrire sans discrimination dans toutes affections cardiaques même s'il ne s'agit que d'une simple névrose. Il montre que les morts subites ou rapides observées parfois au cours de la réduction des états hyposystoliques par les digitaliques sont dues à un bloc de branches intra-ventriculaire insoupçonné, bloc que seul un électrocardiogramme aurait permis de mettre en évidence. Il conclut que prescrire de la digitale sans électrocardiogramme préalable c'est toujours faire courir un risque au malade, qu'il s'agisse d'une hyposystolie droite ou gauche.

A propos de la ligue du lait. — *M. H. Legrand* fait une étude sur cette ligue qui a été créée aussitôt après la guerre et qui est trop négligée par les médecins. Elle cherche à améliorer la production du lait ainsi que sa distribution ; elle cherche aussi à éduquer le consommateur. Le médecin a besoin de lait propre et sain pour les nourrissons et ses malades ; il doit donc s'intéresser à ce lait propre et sain. Nous avons du vin ordinaire et des vins fins ; il faudrait avoir du lait tout venant pour le café au lait et la purée de pomme de terre mais aussi du lait pur, propre et exempt de germes pour les bébés et les vieillards.

Technique et indications des injections intra-veineuses d'huile camphrée. — *M. Guilleman* indique que les injections intra-veineuses d'huile camphrée doivent être utilisées suivant une technique rigoureuse : ne pas injecter, en une seule fois, plus de 2 c. c. d'huile pure, fluide et neutre, renfermant 10 % de camphre et pousser l'injection très lentement. On y aura recours quand on cherchera une action immédiate et énergique chez un sujet présentant un syndrome de dépression nerveuse et d'arrêt respiratoire et circulatoire provoqué par la stase sanguine, c'est-à-dire dans tous les états de shock, les syncopes et les asphyxies et chez les malades adynamiques. L'action héroïque de ce traitement en fait une arme très précieuse pour la thérapeutique d'urgence. Elle doit s'ajouter aux moyens habituellement employés et prendre une place à part parmi eux.

Etude des causes de la maladie tuberculeuse. L'étape pré clinique ou proto-phtisie. — *Mme Andrée Besson* propose une hypothèse humoro-microbienne de la maladie tuberculeuse. Un trouble humoral, seul élément de la phase pré-clinique serait le substratum de l'hérédité tuberculeuse. D'autres facteurs de modifications physico-chimiques des humeurs organiques existent : *a*) les maladies anergisantes, dont le rôle est connu ; *b*) les radiations nocives de certains sels, peu étudiées encore. Tous ces facteurs rendent le terrain humain favorable à l'acclimatement du bacille de Kock. *Ainsi le bacille de Koch ne serait peut être parfois que le témoin de l'humorisme phtisique.* La maladie tuberculeuse aurait deux phases : l'une humorale, pré-clinique, la proto-phtisie, l'autre, la tuberculose clinique, marquée par l'entrée en scène du bacille de Koch et de ses toxines.

G. LUQUET.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Heureux effet du rubiazol dans un cas de pleurésie purulente à streptocoque hémolytique

A la Société médicale des hôpitaux de Lyon (24 mars 1936), M. Barbier a rapporté l'observation d'une enfant de 5 ans, atteinte d'une pleurésie purulente grave à streptocoque hémolytique, opérée dans un premier temps, puis rechutant après l'ablation du drain ; l'enfant fut alors soignée au rubiazol par voie buccale. Ce traitement, joint à une seule ponction, amena la résorption de l'épanchement purulent, sans nouvelle ponction et sans nouvelle pleurotomie. On vit sous l'écran, disparaître en quelques jours le liquide dont le niveau était journellement surveillé.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, où à vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Une opération de salubrité publique qui s'impose. — On trouve dans l'éditorial du *Mouvement sanitaire* (mai 1936) ces réflexions à propos du discours récent où Léon Jouhaux a précisé les mesures urgentes à prendre en matière de santé publique :

« Entre autres, il faut, dit-il (Léon Jouhaux), « assainir la presse d'information et contrôler les agences de presse ». Bien que d'inspiration extramédicale, cette mesure intéresse directement la santé publique, si « l'assainissement » envisagé doit s'étendre jusqu'aux annonces de la quatrième page et aux articles de vulgarisation médicale, par quoi se manifeste si dangereusement la publicité médico-pharmaceutique véhiculée par trop de grands quotidiens et leurs agences.

« Avec la plupart de nos confrères, nous n'avons cessé de démontrer les méfaits des réclames charlatanesques comme un véritable crime contre la santé publique. En 1924, M. Couteaux, député socialiste, déposait une proposition de loi relative à l'interdiction de la publicité effectuée en faveur des traitements médicaux ou de préparations pharmaceutiques ». Une seule exception était faite en faveur des revues médicales qui, adressées aux médecins, trouvent, dans une publicité honnête, disait l'honorable rapporteur « un moyen d'existence nécessaire ».

« Le premier numéro du *Mouvement sanitaire* porte la date du 31 mai 1924, il reproduisait une analyse de la proposition de M. Couteaux. A douze ans de distance, à la faveur de circonstances politiques nouvelles, cette proposition pourrait sans doute être reprise avec les plus grandes chances de succès. Nous nous permettons d'en formuler la suggestion. Pour modeste qu'elle apparaisse dans l'ensemble du programme attendu, cette réalisation ne se heurtera pas moins à de puissantes résistances. Si ces résistances sont vaincues, il sera permis, suivant la formule généralement répondue à cette heure, d'affirmer « qu'il y a quelque chose de changé ».

« Ce changement apparaîtra aux yeux du Corps médical unanime comme une opération de salubrité publique et en définitive comme une victoire éclatante, et depuis si longtemps réclamée, de l'intérêt général sur des intérêts particuliers coalisés. C'est une raison suffisante pour que nous la signalions à l'attention et à toute la vigilance du gouvernement de demain. »

Un mot de Farabeuf. — « Tu met la pathologie trop facilement à la portée de ces jeunes gens et tu la leur clarifies trop. Ils s'imagineront, après l'avoir entendu, qu'ils connaissent leur métier de médecin qui est autrement complexe et tu en auras fait des assassins patentés : je t'accuse donc de corrompre la jeunesse. »

Ainsi s'exprimait Farabeuf à son élève Castaigne qui vient de rapporter le mot (*Journ. méd. franç.*, mai 1936). Le vieil anatomiste avait le bon sens et la clairvoyance du vrai clinicien.

Le cas Céline. — *De M. François Porché dans l'*ECHO DE PARIS (11 juin 1936) :

On sait que M. Céline est médecin, qu'il a longtemps exercé, qu'il exerce peut-être encore cette profession dans la banlieue parisienne. Si l'on se représente ce que peut être l'existence d'un médecin dans les communes surpeuplées avoisinant la capitale, on conviendra qu'il n'est pas d'expérience puisée à des sources plus terribles. Lorsque je lus le premier ouvrage de l'auteur, il me parut évident que l'infâme argot dont il se servait témoignait d'un grand trouble. J'eus l'impression d'un être qui, submergé par l'horreur de ce qu'il voit chaque jour, et ne trouvant nulle consolation dans la croyance à une autre vie, n'apercevant à l'horizon nulle chance de salut, nulle possibilité de soulever la dalle du tombeau, sans foi en Dieu, incrédule également aux promesses des démagogues, incapable de prier, mais incapable aussi de se faire et de supporter cela plus longtemps sans pousser des cris, trop orgueilleux pour gémir, trop mâle pour pleurer, se précipite dans le blasphème...

Deux chefs d'œuvre du peintre Albert Besnard : « l'Ecole de pharmacie et la Chapelle du Sanatorium de Berck sur-Plage ». — *Extrait du discours de réception de M. Louis Gillet à l'Académie française :*

Peu de Parisiens se doutent qu'il y a là, dans ce quartier de l'Observatoire et des anciennes Feuillantines, une des choses parfaites de notre temps, une de celles où le visiteur retrouve le mieux l'atmosphère de certaines sacristies, de certaines chapelles de Toscane : un esprit léger se joue sur les murs, les écarte, semble y avoir des jours et des fenêtres. Je ne sais trop pourquoi le mot d'apothicaire, depuis Molière, fait sourire, et l'uniforme des vitrines modernes de pharmaciens, avec leurs inexplicables bocaux de verre bleus et rouges, ne paraît pas un sujet très propre à la peinture : il n'a donné lieu, en fait d'art, qu'à une facétie de Meilhac et Halévy, définissant l'impressionnisme par l'exemple d'un monsieur qui, faisant les cent pas, le soir, devant une pharmacie, où il attend une petite dame, se colorerait en bleu devant le bocal bleu, en rouge devant le bocal rouge. Et cependant, une pharmacie peut être une chose charmante. Je songe à celle de Sainte-Marie-Nouvelle, à Florence, ou à des pharmacies de couvents du Portugal, ou à ce qu'était, avant la guerre, celle de l'hospice de Château-Thierry : ces beaux alignements de poteries, ces architectures de faïences, ces jarres, ces cornets, ces cylindres d'onguents et d'aromates, d'où sortait comme un baume le parfum diffus, composite et confit de toutes les essences et de toutes les herbes de la Saint-Jean. On dirait que l'artiste n'a eu qu'à frapper de sa baguette, ces vases un peu magiques, pour en faire jaillir des figures et des scènes vivantes : l'idée abstraite s'ouvre comme un coffret et laisse échapper ses trésors. L'invention est un enchantement. D'un côté, c'est l'histoire des simples : la récolte, la pastorale, puis la préparation de l'homme de l'art, l'alambic, la cornue et le laboratoire. En face, sur le mur opposé, les bienfaits des remèdes, diptyque ravissant, la *Malade*, la *Convalescente*, touchantes scènes de miracles qu'on croirait empruntées à quelque « vie de saint », à une Légende dorée de la tendresse et de la charité. Plus loin, c'est la partie théorique du sujet, l'Enseignement la Promenade botanique et les belles scènes d'amphithéâtre dont les essaims studieux reprennent les motifs classiques des *Sermons* ou des *Leçons d'anatomie*. Tout cela est plein d'un esprit de *Vita Nuova*, d'une espèce d'allégresse et de vif argent, comme l'éclat de vergers en fleurs. Au-dessous, court une frise célèbre, qui esquisse en ébauches fougueuses une genèse darwiniste, une histoire, à grands traits, de la création et du progrès. Hymne à la science, à la foi nouvelle, que le jeune maître devait continuer et reprendre, avec tout un orchestre de ressources nouvelles, dans une suite d'ouvrages fameux, à la Sorbonne, dans l'allégorie cosmique de l'amphithéâtre de chimie ou à l'Hôtel de Ville, dans ce disque vertigineux du Plafond des Sciences, cette peinture « astrale », disait M. Taine, rayée de météores et emplie de la terreur énorme de l'abîme, des rondes et des archipels flamboyants, des soleils et des nébuleuses. Œuvres ambitieuses, œuvres superbes, que seul un Besnard pouvait peindre : mais je n'y retrouve plus, à mon gré, la fraîcheur et le naturel de l'École de pharmacie, et cette mélodie et ce charme irremplaçable : la jeunesse.

Je n'hésiterais pas à tenir ces délicieuses peintures pour le chef-d'œuvre de votre confrère, s'il n'avait fait un jour celles de la chapelle de l'hôpital de Berck. La santé d'un de ses fils exigeait des soins, l'iode, le sel, le vent de la mer. Pour lui, l'artiste quitta tout : succès, carrière, clientèle, et ce Paris dont il commençait à être l'enfant gâté. Il ne fut plus que le père. Il en fut récompensé par sa plus belle idée. La chapelle du sanatorium où son enfant gisait, parmi des centaines d'autres petits lits blancs, s'élevait sous le vocable d'une reine charitable : sainte-Elisabeth de Hongrie. Il obtint, de la supérieure, la permission de la décorer. Ce fut comme une prière et une action de grâces. Il touchait à la cinquantaine. A travers des joies et des deuils, il parvenait, riche d'expériences, au milieu de la vie. Là, à l'écart du siècle, loin du bruit, loin du monde, dans le voisinage de la souffrance, il eut ce moment de retraite et de recueillement où l'on a le loisir de pencher l'oreille sur son âme et de faire oraison.

Comme à l'École de pharmacie, ce fut encore une fois l'histoire d'une guérison, mais d'une guérison pieuse, où reparaît de scène en scène le divin revenant, le céleste thaumaturge de la *Pièce aux cent florins*, celui vers qui, depuis des siècles, s'élève la supplication du *Pater* : « Délivrez-nous du mal ! » Sur les deux murs de l'oratoire, comme le rosaire égrène les mystères douloureux et les mystères glorieux, se développe parallèlement une double suite de sujets : à gauche, du côté de l'Evangile, c'est le cortège de nos misères, de la naissance à la mort, terminé par un groupe de mères en détresse, écroulées devant la *Pieta* : à droite, c'est l'espoir, la charité, les œuvres de miséricorde, le salut, la résurrection, la vie, — un long oratorio ayant pour finale, en face de l'Enfer (péché, alcoolisme, scrofule, tuberculose, démence), le Paradis de la joie et de la beauté retrouvées.

C'est la même prose attendrie, le plain-chant, la douce cantilène de l'Ecole de pharmacie, la même poésie mi-pédestre, mi-ailée, faite d'humbles réalités. Et de page en page, pour faire l'unité du poème, chaque fois reparaît le Christ, tantôt oblique, vacillant, nostalgique, blessé, ivre d'amour et de pitié sur la potence de sa croix, tantôt transfiguré, baignant dans son halo de lumière, avec des gestes de mansuétude et de bénédiction. Au-dessus des fenêtres, de grands chérubins déclinent les commandements du Décalogue. Un chemin de croix devait compléter la décoration. J'étais là, l'autre jour, par un mélancolique printemps. Sous un pâle soleil d'argent, le vent du nord agitait sur les dunes les chevelures des oyats ; la charpente de bois gémissait comme un violon. Des religieuses psalmodiaient. Je contemplais ces peintures, ces images d'un Art de souffrir, fleurs du Mal et de la Rédemption, que ne regardent jamais que des yeux de bonnes sœurs et d'enfants malades, et je pensais que votre confrère a fait là, avec son cœur de père, non pour les snobs et les touristes, mais pour l'amour de Dieu, ce qu'on a pu appeler justement la « *Madonna dell'Arena* de la peinture moderne ».

La première mention relative à la syphilis à Lyon est datée du 7 juillet 1496. — *Dans* LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON (20 mai 1936), *un article de M. le Docteur Jean Lacassagne intitulé* : LES PREMIERS DOCUMENTS CONCERNANT LA SYPHILIS A LYON. *En voici un extrait* :

Quelle que soit l'opinion que l'on ait sur l'origine de la syphilis, que l'on soit partisan de son ancienneté en Europe, ou qu'on la considère comme importée d'Amérique, il est un fait sur lequel tout le monde est d'accord : c'est le caractère soudain et l'intensité de l'épidémie en Italie, au moment de la conquête de Naples par Charles VIII. En quelques mois, le fléau devait se propager à l'Europe entière. Lyon, en raison de sa situation géographique, fut l'une des premières villes du royaume atteinte par l'épidémie. La syphilis devait trouver dans notre cité des conditions tout à fait favorables à son développement.

Le 7 novembre 1495, Charles VIII, revenant de Naples, fit une entrée solennelle à Lyon. Voici, tiré d'une curieuse chronique de l'époque (1), un passage concernant cette entrée :

« Par la porte du pont de Rosne ou il passa, aussi par tous les carrefours ou il devoit passer, y avoit eschaufaulx, misteres et hystoires avec leurs dicts et sentences par escript...

« Ainsi entra le Roy avec toute sa noblesse moult bien accompaigne de tousses gens darmes tant archiers, gentils hommes, pensionnaires, que de tous autres domestiques, triumphant en victoire, glorieux en gestes, non pareil en magnificence et immortel en excellence.

« En ce temps vindrent en France plusieurs des gens du roy, lesquels avoient une manière de maladie que aucuns appelloient la grant gorre, les autres la grosse verrole et aucuns la maladie de Naples, a cause que les François venant de Naples en estoient malades dont ont fut bien esbahy en France ».

Une question se pose après lecture de ce texte : cette « grosse

(1) *Hystoire de la Conqueste de Naples par Charles VIII*, Lyon, 1506. Publiée par P.-M. GONON, Lyon, 1842.

verrole » a-t-elle fait son entrée à Lyon par « le pont de Rosne le septième jour de novembre 1495 », en compagnie du roi et de ses troupes, ou bien nous est-elle venue un peu plus tard, dans les premiers mois de 1496, au moment du retour de Naples des troupes laissées là-bas par Charles VIII, sous les ordres de Gilbert de Montpensier ?

Ces troupes, ne l'oublions pas, avaient eu de nombreux contacts avec l'armée espagnole de Gonsalve Hernandez de Cordoue, nouvellement arrivée en Italie et comprenant certainement de nombreux syphilitiques.

Il est donc bien probable que l'infection massive de nos concitoyens a dû se produire surtout au début de l'année 1496, au moment de l'arrivée à Lyon de ce second contingent de troupes. Mais il n'est pas impossible, selon Drivon (1), que quelques cas isolés de syphilis aient pu être importés dans notre ville de 1493 à 1495, soit par les marchands espagnols (2), fréquentant nos foires, soit par les pèlerins arrivant de Saint-Jacques de Compostelle. Ces cas, s'ils ont existé, ont passé inaperçus.

Voilà donc le roi et la vérole en nos murs.

La présence de la Cour pendant plus de six mois dans notre cité fut l'occasion de fêtes somptueuses et de réjouissances sans fin : bals publics, festins et tournois à la Grenette, aux Cordeliers et surtout rue Juiverie où le jeune Bayard se fit remarquer une fois de plus. Les officiers et soldats, qui constituaient les débris de l'armée d'Italie, continuèrent à mener, dans notre ville la vie de débauche et de libertinage dont ils avaient donné l'exemple lors de la facile conquête de Naples. Ils trouvèrent, paraît-il, des proies faciles en la personne des dames lyonnaises « volontiers belles et de bonne grâce ». A ces galantes aventures, *Dame Vérole* trouva son compte, si bien que les pouvoirs publics furent rapidement amenés à prendre des mesures afin d'enrayer le fléau.

La première mention relative à la syphilis à Lyon est datée du 7 juillet 1496, postérieure par conséquent de huit mois au retour de Charles VIII. Il s'agit d'une requête adressée par le Consulat au duc d'Orléans qui était resté à Lyon après le départ du roi pour le prier de faire :

« Vuyder les malades veyrolliers de l'hospital, mesmement ceux qui sont guériz ou bien esmondez et ceux qui entretiennent audit hospital femmes dissolues et vivant deshonnestement, menaçans chacun de battre et tuer. »

Le mâle n'est pas toujours le plus fort. — *Se plaçant sur le terrain de la physiologie comparée M. Binet* (Mercure de France, 16 juin 1936) *apporte de nombreux faits qui projettent des notions nouvelles sur la valeur comparative du mâle et de la femelle* :

« La supériorité musculaire du mâle par rapport à la femelle est admise comme un fait général ; et elle est en effet poussée souvent à un degré tel que, au moment de l'union, celle-ci peut-être la victime de celui-là.

Le mâle de la Lamproie ne se comporte-t-il pas comme un véritable assassin qui mord, déchire la femelle au point qu'après l'union la malheureuse n'est plus qu'une véritable loque agonisante, qu'emporte le courant ?

La grenouille mâle, au moment de l'embrassement développe dans les muscles des pattes antérieures des efforts de pression tels que l'étreinte peut aboutir à un étranglement de la femelle.

L'union des tortues est non moins curieuse à ce point de vue, et R. Rollinat, observant les pensionnaires de son jardin d'Argenton-sur-Creuse, nous a montré qu'au moment de l'union, lorsqu'il fait chaud, le mâle maintient sous l'eau la tête de la femelle pendant un temps suffisant pour que celle-ci finisse quelquefois par succomber asphyxiée.

Mais ailleurs, c'est la femelle qui se montre la meurtrière du mâle.

Le monde des araignées est plein d'exemples où la femelle dévore l'époux après les noces, et d'autre part, pour certains insectes, ce fait est justement classique. Mantis religiosa a été trop souvent citée à ce sujet pour que nous en parlions à nouveau.

Bien curieuse, la femelle de Serromyia femorata F ; le couple s'unit les mandibules jointes. A la fin de l'accouplement, il ne reste plus du mâle qu'un organisme desséché, dont toutes les parties ont été aspirées par la femelle vorace à travers la bouche du malheureux mâle.

Enfin il ne faut pas omettre de signaler aussi l'organisation des cités d'insectes, et en particulier les sociétés d'abeilles, où les mâles ont un avenir bien sombre. On sait qu'un seul mâle peut féconder la Reine et que l'accouplement est fatal pour lui : les autres mâles de la ruche ne tarderont pas à être massacrés après la fécondation de la Reine abeille. « Les paisibles ouvrières se transforment en juges et en bourreaux... Chacun des parasites effarés est assailli par trois ou quatre justicières. »

On pense malgré soi à ces amazones antiques, qui gardaient des prisonniers momentanément et les tuaient quand leur présence n'était plus utile.

Cette trop rapide excursion dans le monde des animaux nous permet de conclure que la femelle n'est pas l'inférieure du mâle. Il ne nous appartient pas de porter le problème sur le terrain humain. En lisant ces observations de physiologie comparée, peut-être l'homme pourra-t-il y voir une leçon de modestie, peut-être la femme pensera-t-elle qu'elle n'a pas avantage à se déféminiser.

Les Livres de la semaine

CHAUSSE (Dr). **Possibilités radiographiques en O.-R.-L.** 20 pl. Cart. 200 fr. (Le Soudier).

DANTCHAKOFF (Vera). **Exposés de biologie. La cellule germinale dans l'ontogenèse et l'évolution. VI. Histoire d'un coq. Sa cinétique sexuelle.** Coll. Actualités scientifiques et industrielles n° 370. 12 p. et 2 pl. Br. : 12 fr. (Hermann et Cie).

DOR (Jacques). **La perforation des kystes hydatiques du foie dans le tube digestif.** 64 p. Br. : 8 fr. (2002). (G. Doin et Cie).

LOCKHART-MUMMERY (J.-P.). **L'origine du cancer.** Trad. Mme Gottlieb. Coll. L'avenir de la science. Br. : 15 fr. (N. R. F.)

UZAN (M.). **L'année hydro-climatologique 1935.** 176 p. Br. : 20 fr. (G. Doin et Cie).

« A Milan où, depuis 1930, la vente du lait en bouteilles verre est obligatoire, les cas de fièvre typhoïde sont tombés de 1.250 en 1929 à 250 en 1932 et 1933 ; quant au pourcentage d'enfants morts avant l'âge de douze mois de troubles graves intestinaux, il était de 30 p. 100 en 1929 et 21,2 p. 100 en 1932.

« Il serait temps que la France puisse faire état de telles statistique. »

(Jean CHEVALLIER. — La distribution du lait devant l'hygiène, devant le Corps médical, devant le public. *L'Hygiène sociale*, 25 avril 1936.)

(1) J. DRIVON, *Miscellanées médicales et historiques*, 2e série, p. 52, Lyon, 1908.

(2) C'est en 1493 que la syphilis fit son apparition en Espagne. Voici, à ce propos, un des passages les plus décisifs que l'on possède sur l'origine de la syphilis, il est tiré du livre de RUY DIAZ DE ISLA, médecin renommé qui exerçait à Barcelone en 1391 : « Il a plu à la justice divine de nous envoyer et de nous départir des maux ignorés jamais vus, ni connus, ni décrits dans les livres de médecine, telle a été cette maladie serpentine. Elle a paru et fut vue en Espagne en l'an du Seigneur mil quatre cent quatre vingt treize, en la cité de Barcelone ; cette cité fut infectée et ensuite l'Europe entière. »

L'apparition de cette maladie coïncidait donc avec le retour de Christophe Colomb d'Amérique. Selon toutes probabilités, la syphilis, endémique dans le nouveau monde, a été importée en Europe par le fameux amiral et ses nombreux compagnons de voyage, qui, après un séjour de quatre semaines à Séville, firent une entrée triomphale à Barcelone le 7 mai 1493.

C'est par l'intermédiaire de mercenaires espagnols combattant à Naples que la contagion se propagea ultérieurement en Italie.

Le Gérant : Dr Victor GENTY
CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 27 LE NUMÉRO : 50 Centimes 4 JUILLET 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Travaux originaux

P. RUBENOVITCH et J. CANTACUZÈNE : Le syndrome d'action extérieure 1113

L. BEUSTLEIN : Un cas de dégénérescence maligne d'une maladie scléro-kystique du sein 1118

Sociétés savantes

Académie de Médecine 1127

Variétés

Justice et pacification, par P. Le Gendre 1131

Notes cliniques et thérapeutiques 1128

Nouvelles 1107

Il y a cent ans 1119

Echos et Glanures 1132

Bibliographie 1130

Les Livres de la semaine 1134

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 27 juin. — M. Meir. La duodénostomie transgastrique. Étude des techniques de gastrostomie. — M. Stherman. Etude du traitement chirurgical du goitre simple. Récidives. — M. Sorillet. L'ostéomyélite du maxillaire inférieur et son traitement. — M. Roy. Tuberculose chez les diabétiques. — M. Dureau. Les bains dans l'Inde antique, monuments et textes médicaux. — M. Legmann. L'hormone parathyroïdienne dans la thérapeutique de l'ulcère gastro-duodénal. — M. Pizon. Etude radiologique de l'œsophage de l'adulte.

Facultés de médecine. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le vendredi 17 juillet 1936.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la faculté près laquelle ils désirent subir les épreuves du concours. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui pendant lequel les candidats auront accompli leur service militaire.

Les registres d'inscription seront clos le 8 juillet 1936, à 16 heures.

Fédération des syndicats médicaux de la Seine. — La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine croit devoir, dans les circonstances présentes, rappeler aux médecins qu'il est indispensable que les prescriptions légales, au point de vue fiscal, soient exactement suivies et que les déclarations faites en vue de l'impôt cédulaire et de l'impôt général sur le revenu soient sincères et bien équilibrées.

En cas de désaccord à ce sujet, avec le Contrôleur, ils doivent s'adresser pour la Seine au préconciliateur, le Docteur Tissier, 68, rue Jouffroy. La plupart des litiges se trouvent ainsi réglés. Si l'affaire doit être portée devant la Commission de taxation, le fait de ne pas avoir sollicité la préconciliation risque de déterminer une présomption défavorable.

Association Française des femmes médecins. — La prochaine réunion aura lieu le jeudi 9 juillet, à 17 heures, à la Maison des Centraux, 8, rue Jean-Goujon, Paris (VIIIe).

Pour tous renseignements s'adresser à la secrétaire générale, Mlle Serin, 11 boulevard Port-Royal, Paris (XIIIe).

Ecole de médecine de Besançon, cours de vacances d'anatomie. — Comme chaque année, le cours de vacances d'anatomie de l'École de médecine de Besançon ouvrira le 21 septembre et se terminera le 17 octobre.

Ce cours est destiné à préparer les étudiants à leurs stages de clinique en leur faisant disséquer les organes thoraciques et abdominaux. En raison également de la courte durée des études d'anatomie, il donne à ceux qui le suivent une avance notable sur leurs camarades.

Les élèves suivent le matin les cliniques hospitalières, où un accueil spécial leur est réservé.

De plus, afin de ne pas faire perdre aux étudiants le bénéfice d'une partie de leurs vacances, le cours est entrecoupé d'excursions, de visites de musées et d'établissements, de façon à leur faire connaître cette région extrêmement intéressante qu'est la Franche-Comté.

Le droit à verser est de 200 francs.

S'adresser, pour tous renseignements complémentaires, au Docteur Duvernoy, professeur d'anatomie, Ecole de médecine, Besançon.

Ve Congrès international contre le rhumatisme (Lund et Stockholm, 3-8 septembre 1936.) — Le Congrès aura lieu à Lund du 3 au 5 septembre, et à Stockholm, les 7 et 8 septembre ; le 6 septembre (dimanche) serait consacré à une excursion en autobus pour visiter quelques châteaux de la province de Scanie. Pour les congressistes allant à Stockholm des wagons-lits seront réservés dans le train de nuit Lund-Stockholm le 6-7 septembre.

Les sujets seront les suivants :

Pathologie. Sujet I : *Allergies dans les maladies rhumatismales.* — Rapporteurs : Prof. Roessle (Berlin), Prof. Konchalowsky (Moscou), Docteur Freeman (London), Docteur Doerr (Bâle), Prof. Mouriquand (Lyon), Prof. Pemberton (Philadelphia), Prof. Americo Valerio (Rio de Janeiro).

Co-rapporteurs : Docteur Coburn (New-York), Docteur Homer Swift (New-York), Docteur Bersaques (Gand), Prof. Zmunt (Prague), Prof. Holsti (Helsingfors), Docteur Géronne (Wiesbaden), Prof. Klinge (Münster), Prof. Gudzent (Berlin), Prof. Chini (Rome), Prof. Talalajeff (Moscou), Prof. Lemberg (Charkov), Dozent, Docteur Nanna Svartz (Stockholm), Docteur P. Kallos et Docteur W. Pagel (Upsal), Docteur Cauterman (Anvers).

Sujet II : *Lecture de photos radiographiques dans l'arthrite.* — Rapporteurs : Prof. Brogsitter (Berlin), Docteur Scott (London), Prof. Van Ebbenhorst Tengbergen (Amsterdam), Prof. Rochline (Leningrad), Docteur Aquilar (Santander, Espagne), Docteur Helmer (Lund).

Co-rapporteurs : Docteur Blonck (Prague), Docteur Wetterstrand (Helsingfors), Docteur Françon (Aix-les-Bains), Prof. Baensch (Leipzig), Docteur Van Dam (Amsterdam), Prof. Lemberg (Charkof).

Sujet III : *La nature de la myalgie.* — Rapporteurs : Dozent Freund (Vienne), Prof. Prusik (Prague), Docteur Mathieu-Pierre Weil (Paris), Prof. Rother (Berlin), Dozent v. Paup (Budapest), Prof. Ingvar (Lund), Docteur Helveg (Copenhague).

Co-rapporteurs : Docteur Burth (Bath), Docteur Forestier (Paris et Aix-les-Bains), Doz. Lindstedt (Stockholm), Docteur Kress (Berlin).

Thérapeutique. Sujet IV. *L'aide de l'orthopédiste dans les maladies rhumatismales.* — Rapporteurs : Docteur Swaim (Boston), Prof. Brofeldt (Helsingfors), Prof. Mathieu (Paris), Prof. Schede (Leipzig), Docteur Timbrell Fischer (London), Prof. Anasart Bastos (Madrid), Prof. Haglund (Stockholm).

Co-rapporteurs : Docteur Roederer (Paris), Docteur Bach (London), Docteur Belmonte (Amsterdam), Docteur Van Nes (Leyden), Docteur Horvath (Budapest), Docteur Frising (Lund) Docteur Graber-Duvernay (Aix-les-Bains), Docteur Weissenbach (Paris), Prof. Veil (Jena), Prof. Frejka (Brünn).

Médecine sociale. Sujet V : *L'état du logement chez les rhumatisants.* — Rapporteurs : Docteur Natvig (Oslo), Prof. Danischevsky et Prof. Gelman (Moscou), Docteur Edström (Lund).

Sujet VI : *Les affections de l'articulation de l'épaule dans différentes professions en rapport avec les diverses fonctions.* — Rapporteurs : Prof. Grunzburg (Anvers), Docteur Teisiger (Prague), Dozent Kahlmeter (Stockholm).

Co rapporteurs : Docteur Fischer (Budapest), Docteur Engelhardt (Saarbrücken), Docteur Weissenbach (Paris).

Les sujets I à IV seront traités à Lund ; les sujets V à VI à Stockholm.

Excursion après le congrès. — Tous les détails n'étant pas encore élaborés, les descriptions complètes ainsi que des indications détaillées quant au prix, etc., et des fiches d'adhésion seront envoyées, dès le mois de juin aux personnes qui, par le bulletin ci-inclus se seront inscrites comme membres du Congrès.

A. *Excursion Stockholm-Visby* (l'île de Gotland dans la Baltique), *Stockholm* (un jour et deux nuits).

La ville de Visby garde beaucoup de l'aspect du Moyen-Age, spécialement à cause de son enceinte conservée en en état presque intact avec trente-sept tours sur une longueur de 3.500 mètres et de sa cathédrale du XIIIe siècle et des ruines d'autres églises du XIIe au XIVe siècle. Station de bains de mer moderne.

B. *Excursion Stockholm-la province de Dalécarlie-Stockholm* (ou Gothembourg) (deux à trois jours).

Visite des paroisses entourant le lac de Siljan, « le cœur de la Suède », un paysage riant où les paysans ont conservé beaucoup de mœurs anciennes, ainsi que leurs costumes nationaux.

C. *Excursion Stockholm-la province de Jämtland-Stockhom* (ou Trondheim en Norvège) (trois jours et trois nuits).

Visite dans une des parties les plus belles de la Suède centrale, située entre les vastes contrées boisées et les hautes montagnes.

Pour les dames accompagnant les congressistes, de courtes excursions seront organisées. Sont prévues des visites dans la région de Stockholm, dans l'ancienne ville d'Upsal et au château de Skokloster, etc.

Participation au Congrès. — Les personnes désireuses d'assister au Congrès sont priées de remplir et d'adresser au *secrétaire du Congrès*, professeur agrégé C. Kahlmeter, Birgerjarlsgatan, 36, Stockholm, un bulletin d'inscription expédié sur demande et d'envoyer en même temps par mandat-poste ou par chèque (libellé au nom du Professeur agrégé Kahlmeter), la somme de 10 couronnes suédoises pour membre titulaire (les dames). Les membres titulaires, à titre de droit de partiicipation au Congrès, ne payent que la cartede membre pour 1936 à la Ligue internationale contre le rhumatisme (Keizersgracht 489, Amsterdam).

Dès la réception de leur inscription, le Secrétariat du Congrès fera parvenir aux intéressés une carte de membre.

Service de Santé. — *Mutations semi-mensuelles* :

Les médecins lieutenants-colonels : Pérot, de l'hôp. Rosaguti, Bastia, à l'hospice mixte de Clermont-Ferrand ; Bornecque, de l'hosp. mixte de Saint-Etienne, à l'hosp. de Pau.

Les médecins commandants : Vialatte, de l'hôp. de Genoble, à l'hosp. mixte de Saint-Etienne ; Bénazet-Lacarre, du 103e d'art., à l'hôp. du camp de Mailly ; Bonneterre, de l'hosp. mixte de Nice, au 94e d'art.

— *Promotions trimestrielles* :

Au grade de médecin colonel. — Les médecins lieutenants-colonels : Bergès, de l'hôp. Broussais, à Nantes ; Sergeant, de l'hôp. Scrive, à Lille ; Camus, de l'hosp. mixte de Saint-Denis ; Duchène-Marullaz, de l'hosp. mixte de Clermont-Ferrand.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — Les médecins commandants : Sarrazin, de l'hosp. mixte de Besançon ; Chènelot, du 19e C. A. ; Roux, du 94e d'art. de montagne, à l'hôp. Rosaguti à Bastia ; Bendon, de l'hosp. mixte de Valence ; Cazalas, de l'hosp. mixte de Montpellier ; Rivay, de l'hosp. mixte de Châteauroux ; Cenet, de l'Ecole milit. d'art. de Poitiers.

Au grade de médecin commandant. — Les médecins capitaines : Sauvez, de l'hosp. mixte d'Amiens ; Laplagne, de la comm. consult. médicale ; Meyer, des troupes du Maroc ; Rouyer, du 372e d'art. lourde ; Dutrey, de l'hôp. Dominique Larrey, Versailles ; Boulay, du 48e d'inf. ; Rolling, en stage à l'Ecole sup. de guerre ; Keller, du 3e tir. marocains ; Guillermo, des troupes du Levant ; Henry, des troupes du Maroc ; Roques, de l'hôp. Broussais, Nantes ; Manhès, du 14e tir. algériens, au 109e d'art. Martinet, de la dir. du Service de santé de la 6e région; Pouget, de la comiss. consult. médicale, Paris.

Au grade de médecin capitaine. — Les médecins lieutenants : Brochier, du 19e C. A. : Léonard, du 3e bat. de l'air ; Piet-Berton de Lestrade, des troupes du Maroc ; André, de la base aérienne n° 105, Lyon ; Boireau, du 19e C. A. ; Martin, du 121e esc. du

train ; Bigou, du 32e d'inf. ; Rannoux, de la base aérienne n° 122 ; Gossart, du 182e d'art. ; Thiry, du 27e d'inf. ; Bory, du 153e d'inf., au 9e chasseurs alpins ; Graby, des troupes du Maroc ; Monjauze, du 19e C. A. ; Cosset, du 19e C. A. ; Arloing, du 19e C. A. ; Fisquet, du 70e bat. alpin de fort. ; Pigache, de l'E.-M. de la région de Paris ; Winckel, des troupes du Maroc.

Service de santé des troupes coloniales. — *Mutations semi-mensuelles :*

En Indochine. — Le médecin lieutenant-colonel Bauvallet, du 1er d'inf. col ; le médecin commandant Chapuis, du 12e d'art. coloniale.

En Afrique occidentale française. — Le médecin colonel Guérard, du 23e d'inf. col. ; le médecin commandant Bizien, du 24e tir. sénégalais.

A la Guyane. — Le médecin commandat Bernier, du 12e tir. sénégalais.

A la Guadeloupe. — Le médecin lieutenant-colonel Conil, du 23e d'inf. coloniale.

Au 3e d'infanterie coloniale. — Le médecin commandant de Gouyon de Pontouraude, rentré du Maroc.

Au 41e mitrailleurs d'infanterie coloniale. Le médecin commandant Bernardin, rentré de la Guyane.

Au 4e tirailleurs sénégalais. — Le médecin commandant Le Gac, rentré de Madagascar.

Au 8e tirailleurs sénégalais. Le médecin lieutenant-colonel de Boyer de Choisy, rentré d'Afrique équatoriale française.

Au 12e tirailleurs sénégalais. — Le médecin lieutenant-colonel Rault, rentré d'Afrique équatoriale française.

Au 14e tirailleurs sénégalais. — Le médecin commandant Tempon, rentré d'Afrique équatoriale française.

Au 2e d'artillerie coloniale. — Le médecin commandant Maignou, rentré d'A. O. F.

Au 3e d'artillerie coloniale. — Le médecin commandant Lageat, rentré de Madagascar.

Au centre de transition des troupes indigènes coloniales. — Le médecin commandant Labbe, rentré d'Indochine.

Au dépôt des isolés des troupes coloniales. — Le médecin commandant Coleno, rentré du Cameroun.

Promotions trimestrielles. — *Au grade de médecin-colonel.* — Le médecin lieutenant-colonel Rouzoul, de l'Ecole d'applic. du Service de santé des troupes col.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — Les médecins commandants : Le Maux, en Tunisie ; de Baudre, en A. E. F.

Au grade de médecin commandant. — Les médecins capitaines : Lieurade, en Indochine ; Lavergne, du rég. d'inf. col. du Maroc ; Bonnetblanc, en A. O. F. ; Membrat, en A. O. F.

Au grade de médecin capitaine. — Les médecins lieutenants : Mary, du 41e mitr. d'inf. col. ; Tinard, au Togo ; Woithelet, à Madagascar ; Tessier, au 3e d'inf. col. ; Diagne, en A. O. F. ; Metereau, en A. O. F.

Légion d'honneur. — Santé publique. — *Au grade de chevalier.* (A titre posthume.) — Mme de Brancas, née Grunspan (Mathilde), chef de laboratoire d'électro-radiologie à la clinique Baudelocque, à Paris : 34 ans de pratique professionnelle particulièrement distinguée. Décédée, victime de son devoir, des suites d'une affection contractée dans l'exercice de ses fonctions. A été citée le 19 juin 1936 à l'ordre de la Nation.

Croisière Guillaume Budé. — L'Association Guillaume Budé vient de publier le programme de sa croisière annuelle.

Pour la première fois, ce voyage unira dans le même itinéraire Rome et Athènes. Il comportera un séjour de trois jours et demi à Rome, après débarquement à Ostie, et trois autres jours à Athènes. Parmi les autres escales : Naples, Taormine, Syracuse, les Bouches de Cattaro, la côte d'Albanie, Corfou, Delphes, Corinthe, Délos, la Crète, et, enfin, Carthage, qui, avec Athènes et Rome, complétera ce voyage en raccourci à travers l'histoire ancienne.

On s'inscrit 95, boulevard Raspail, Paris (VIe), pour cette croisière qui aura lieu du 23 août au 14 septembre.

IL Y A CENT ANS

7 juillet 1836. — *Un des concurrents pour le prix proposé par l'Académie de médecine, sur la phtisie laryngée, ne s'est fait aucun scrupule d'aller chez chaque membre juge du concours, pour le solliciter, et lui persuader que rien n'était bien que ses œuvres, et qu'on ne pouvait pas faire autrement que de lui donner le prix.*

Cette conduite nous paraît vraiment blâmable ; car si l'intrigue réussit, d'honnêtes concurrents pourront-ils jamais se présenter avec la moindre chance. (Gaz. des Hôpit.).

7 juillet 1836. — *La Commission officielle chargée de rédiger le projet de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine a décidé que le concours pour le professorat serait aboli, et que désormais les professeurs seraient exclusivement choisis parmi les agrégés.*

Ainsi, nous voilà revenus au bon temps de Corbière et Frayssinous, ajoute la *Gazette des Hôpitaux*. En réalité, le concours ne fut aboli qu'en 1852 par Louis-Napoléon Bonaparte.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le syndrome d'action extérieure (1)

II. — Aspects cliniques

Par

P. RUBENOVITCH et J. CANTACUZÈNE

Chef de clinique médecin-assistant

de la Clinique des maladies mentales et de l'Encéphale

(Prof. H. CLAUDE).

Dans un premier article, nous nous sommes attachés à l'étude de la pathogénie, de la symptomatologie et de l'évolution du syndrôme d'action extérieure décrit par le professeur H. Claude. Après avoir souligné l'importance de la notion du terrain, nous nous sommes efforcés de faire ressortir la valeur séméiologique de cette conception.

Nous nous proposons dans ce deuxième article, de présenter quelques aspects cliniques du syndrome et d'examiner brièvement les conclusions qui paraissent se dégager de cette étude.

Pour mieux préciser notre pensée, nous baserons cette partie de notre travail sur les quelques observations ci-dessous résumées :

OBS. I. — Marie-Louise Aub., 48 ans, internée le 22 nov. 1935 avec le certificat suivant . « *Psychose hallucinatoire. Hallucinations auditives (voix protectrices qui l'encouragent, qui la conseillent ; voix menaçantes . on veut la tuer et l'empoisonner). Hallucin. olfactives : gaz pour l'endormir ; cénesthésiques : courants électriques. Idées de persécution : son mari et sa maîtresse veulent se débarrasser d'elle. Réactions dépressives. Refus d'aliments chez elle par crainte d'empoisonnement. Agitation et turbulence nocturnes* » (Pichard.)

Depuis deux mois, fatigue, découragement. Pour se remonter augmentation de la ration de vin. Trois semaines avant son hospitalisation, une nuit elle fait un rêve . « on lui lit une sentence de mort concernant son mari ». Se réveille affolée et ne doute pas un instant de la réalité des faits révélés par le cauchemar qu'elle continue cependant à prendre pour tel. A la suite de cela, phase de rumination au cours de laquelle apparaissent des convictions d'origine intuitive et interprétative et apparition de nombreux rêves à caractère obsédant. Huit jours avant son internement, entend une voix la nuit. Elle l'entendait « directement dans la tête ». Elle lui donnait des ordres et la poussait à dire des bêtises qu'elle ne pensait pas. Elle a demandé alors aide et protection, en prière, à l'Administration à laquelle appartenait son mari. Et un jour, a fini par entendre une voix qui lui répondait au nom de cette Administration. En dehors de ces troubles, à l'entrée, léger élément confusionnel. Au point de vue physique, état myxœdémateux fruste avec appoint éthylique.

Evolution : Disparition de l'élément confusionnel au bout de 3 ou 4 jours et rectification progressive du délire, qui le 9 décembre était complète. « Ça été, disait-elle, comme un mauvais rêve ». Malade sortie guérie le 15 décembre.

OBS. II. — A. Ch., 40 ans, interné le 23 nov. 1935 avec le certificat suivant : « *Délire de persécution systématisé depuis 4 ans ; il est envoûté par des camarades de travail et trois autres personnes. Il entend une voix qui parfois l'injurie, le traite de salaud, de vaurien, d'autres fois lui dit qu'il sera bafoué, qu'il ne trouvera pars de travail. Un de ses commis a pris l'empreinte de ses pieds pour aller au cimetière et lui faire de la magie noire. Il l'empêche d'avoir des érections quand il couche avec une femme et de ce fait il est dans l'impossibilité de se marier. Il a quitté l'île Maurice pour échapper à ses persécuteurs, mais ils l'ont suivi et les persécutions continuent* ».

Rien dans les antécédents. Par contre, on décèle rapidement les tendances paranoïaques de sa constitution psychique.

Début des troubles il y a trois ans par fatigue avec insomnie et état d'anxiété légère. Des amis lui conseillent de boire pour se remonter. Il prend alors 3 ou 4 verres de rhum et 2 litres de vin par jour. Légère rémission à la faveur de l'intoxication éthylique, puis anxiété accrue. C'est alors qu'apparaissent les éléments du syndrôme d'action extérieure. Le soir, quand il faisait sa prière, on la répétait. Il consulte une voyante qui lui révèle qu'il existe un homme qui lui veut du mal. Simultanément, il rêve d'un ami d'enfance. Une autre voyante lui dit : « Vous rêvez de quelqu'un, c'est lui qui fait tout le mal ». Des hallucinations auditives apparaissent, puis des inhibitions sexuelles, puis des hallucinations olfactives. Bientôt, sa conviction se forge : « C'est un ami d'enfance que je connais qui voulait me faire perdre ma place pour l'avoir ». Le délire peu à peu prend forme où transparaissent ses tendances paranoïaques : c'est par jalousie que son camarade lui donne tous ces troubles, pour avoir sa place rapidement, le délire s'enrichit par des apports d'origine interprétative et intuitive. Evolution par accalmies coïncidant avec des voyages et recrudescences provoquées par le retour à son domicile habituel. Il se présente finalement lui-même à la Salpêtrière d'où il est adressé à Sainte-Anne avec le certificat reproduit plus haut.

Dans le service, au bout de quelques semaines, son état est fortement amélioré. Plus d'écho de la lecture ou de la pensée. Rares inhibitions sexuelles. Il n'entend plus de voix. Rien à noter au point de vue physique.

OBS. III. H. Aug, âgée de 42 ans, entre dans le service de la Clinique le 15 nov. 1935 avec le certificat suivant : « *Psychose hallucinatoire chronique. Délire d'influence et de persécution systématisé, avec thème érotique prédominant. On voulait la marier. Trois « partis » se la disputaient. Il y a aussi des questions politiques. Elle a dû tout deviner. Interprétations : Tous ses mots sont mentionnés dans* Paris-Soir ». *Hallucinations cenesthésiques, surtout génitales, se produisant la nuit en particulier. Hallucinations psychiques : elle est médium et reçoit des transmissions de pensées. Hallucinations visuelles : voit les personnes qui lui parlent, ou seulement leur figure. Voit comme dans un cinéma se dérouler des scènes de sa vie passée. Hallucinations olfactives fréquentes. Accusations formelles contre certaines voisines ou certaines relations. A proféré récemment des menaces de mort contre l'une d'elles. Réactions très dangereuses à craindre* ».

Aucun antécédent héréditaire ou personnel. Deux enfants. Veuve depuis 4 ans. Hystérectomie avec ovariotomie double il y a 6 mois.

Un an après la mort de son mari, exprime le désir de se refaire un foyer. Depuis ce jour, a l'impression que des personnes de son entourage « manigancent » quelque chose à son sujet. Un jour « on » la pousse à lire le journal : la plupart des articles et des photos la concernaient. Par la suite, certains articles, par allusion, lui proposent six prétendants : juifs, catholiques, francs-maçons, socialistes, royalistes, etc... Un jour, elle se décide à écrire à l'un d'eux qui se trouve être un ancien employé de son patron. Ne reçoit pas de réponse, mais à partir de ce moment on commence fortement à agir sur ses sens. On l'hypnotisait, on lui envoyait des courants électriques. Elle entendait aussi « des paroles non sonores, à l'intérieur ». Elle voyait « à l'intérieur d'elle-même des souvenirs, et leur répondait par la pensée ». Elle entend répéter sa pensée sans bien démêler si c'est la sienne ou une pensée étrangère. On commente tous ses actes. On agit sur elle, en la poussant à agir, ou en la paralysant. Depuis quatre mois son concierge l'appelait « en elle-même ». Elle est médium et elle doit tout cela à ses voisines, grâce au fluide qu'elle dégage.

Elle commençait à en avoir assez et songeait à acheter un revolver pour intimider ses persécutrices.

Evolution sans grand changement.

OBS. IV. — M..., âgée de 41 ans, entre dans le service de la Clinique le 14 novembre 1935, avec le certificat suivant : « *Délire systématisé de persécution et de grandeur. Mécanisme : automatisme mental. Commentaires des passants, « cinéma », allusions à ce qui se passe en elle. Prise et écho de la pensée. On l'appelle La Vallière, Vénus de Milo, la nièce de Briand, etc.* ». Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

A Lille, pendant la guerre, elle fait la connaissance d'un dentiste et d'un médecin militaire allemands. Un Allemand l'a pho-

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 25, du 20 juin 1936.

tographiée toute nue. Un autre lui révèle qu'il a une grande fortune en Hollande. En 1921 épouse un courtier en bijouterie, et s'installe à Paris, dans un appartement meublé. Au mur d'une des pièces, deux gravures : une femme nue — et une gravure hollandaise. Elle comprend immédiatement que c'est une allusion à sa conduite pendant la guerre. Elle se sent surveillée, épiée, des articles de journaux font allusion à sa vie. Elle doit être poursuivie par le médecin et le dentiste allemands. C'est toute une bande dont son mari et Hitler font partie. Elle demande alors et obtient le divorce. Depuis quatre ans, on lui fait du « cinéma » pour lui faire comprendre qu'elle possède des usines dans le Nord. Elle est cependant capable jusqu'à ces derniers temps de continuer son travail de courtière en bijoux. Au dehors, tout se passe bien, mais dès qu'elle est rentrée chez elle, tout recommence. Elle va enfin chez le commissaire pour se plaindre de ce qu'elle considère comme un chantage, et c'est alors qu'elle est internée. Evolution sans changement.

Nous ne voulons pas reprendre en détail chacune des observations rapportées plus haut. Nous estimons qu'on retrouvera facilement à leur sujet les grandes lignes et la progression habituelle du syndrôme d'action extérieure que nous avons exposées.

Il nous faut maintenant tenter de justifier la légitimité, puis l'intérêt de ce diagnostic. Ce faisant, nous sommes forcément amenés à faire une critique des diagnostics portés par les certificats d'internement les concernant. Qu'on nous comprenne bien : ce n'est pas quant à leur exactitude que nous allons entreprendre cet essai critique — c'est uniquement quant à leur valeur par rapport à la conception nouvelle du professeur Claude.

Sur ces 4 certificats rédigés d'après les conceptions françaises classiques, deux (I et III) portent le diagnostic de psychose hallucinatoire chronique ; — deux (II et IV) celui de Délire systématisé de persécution.

Or, nous ne pouvons nous empêcher de remarquer la similitude d'évolution, d'enchaînement des phénomènes morbides, qui confère à notre sens à ces quatre observations portant des diagnostics si différents, une parenté profonde. Il nous semble que si l'on prend soin de bien suivre la filiation des symptômes, il n'y a pas d'éléments symptomatiques qui justifient une aussi nette différenciation nosologique que celle qui semble ressortir des certificats.

Les deux premiers cas, l'un étiqueté Psychose hallucinatoire chronique (I), l'autre délire de persécution (II) ont évolué dans le sens d'une rémission complète dès qu'ils ont pu être isolés et séparés de leur milieu habituel. Les deux derniers, considérés l'un comme psychose hallucinatoire chronique (III), l'autre comme Délire systématisé de persécution (IV) paraissent évoluer dans une direction plus défavorable, en ce sens que le délire persiste malgré l'isolement. Or, remarquons, qu'en principe, dans l'état actuel de nos connaissances, il est admis qu'un diagnostic psychopathologique comporte un élément pronostic, étant donné qu'il est basé essentiellement sur la notion d'évolution. Les diagnostics de psychose hallucinatoire chronique et de Délire systématisé de persécution ont, incluse en eux, l'idée d'un processus se poursuivant quelles que soient les conditions et l'ambiance pouvant influer sur le malade. Sur ces quatre malades, cette dernière condition ne s'est trouvée réalisée que par deux d'entre eux. Et, cependant, en se basant sur les données classiques, il n'a pas été possible de leur accoler des étiquettes différentes.

En outre, pour ces quatre malades, il est frappant de constater avec quelle précision agit l'atmosphère close de leur milieu. Les troubles hallucinatoires présentés sont intermittents, fragiles, nettement sous la dépendance du « milieu favorisant ».

L'ensemble des phénomènes hallucinatoires présente une apparence vague et floue, et apparait avant tout comme un instrument au service du processus imaginatif ou interprétatif. Ce dernier caractère permet de distinguer ces cas des véritables psychoses hallucinatoires, c'est-à-dire des *psychoses hallucinatoires pures* dans lesquelles le sujet traduit nettement des troubles sensoriels (auditifs, visuels, gustatifs, olfactifs) qui ne répondent à aucune réalité.

Cette notion « d'action extérieure » est au contraire, comme on l'a vu, essentielle dans les conceptions des malades étudiés. Voilà qui nous semble suffisant déjà pour préférer en l'occurrence l'étiquette de *syndrome d'action extérieure* à celle de psychose hallucinatoire chronique.

Les délires de persécution systématisés surviennent, eux, chez des individus à constitution paranoïaque, dont les tendances interprétatives procèdent « d'un trouble ancien, profond, invétéré du jugement et du raisonnement, à caractère péjoratif ».

Certes, des tendances paranoïaques sont discernées chez quelques-uns de nos malades, mais on est frappé chez ceux que nous avons choisis comme exemple, du caractère à la fois non diffus et non systématisé de leurs interprétations, qui apparaissent seulement à la faveur de certaines conditions liées, somme toute, au sort de leurs complexes affectifs. Nous pensons donc qu'il est légitime de classer nos malades en dehors du groupe des *délires d'interprétation*.

Par ailleurs, on pourrait être tenté, en considérant les faits d'une façon trop superficielle, d'assimiler le syndrôme d'action extérieure, simplement au *délire d'influence* de Séglas. Mais ici, la différenciation est encore plus nette. Chacun sait en effet que ce sont avant tout des troubles cénesthésiques qu'on retrouve *à la base* du délire d'influence, troubles existant, certes, chez nos malades, mais en rapport tellement étroit avec leur personnalité qu'ils acquièrent presque un caractère de troubles secondaires et non essentiels (1).

Mais, ce à quoi le professeur Claude semble s'être le plus attaché, c'est à la différenciation du *syndrome d'action extérieure* d'avec le syndrome dit d'*automatisme mental*, décrit par de Clérambault. Dans la conception de de Clérambault, les phénomènes hallucinatoires procèdent de l'excitation de certains centres dont l'activité échappe à la conscience de l'individu, sous l'influence de troubles circulatoires ou de certaines irritations. D'après Clérambault, les manifestations hallucinatoires nous mettent en présence de véritables phénomènes d'*éjection mentale*, caractère qu'il se plaisait à souligner en disant : « Le cerveau moud de la pensée ».

Dans cette conception n'intervient pas cette sorte de potentiel dynamique de l'affectivité propre aux manifestations décrites par Claude dans le syndrôme d'action extérieure. C'est en effet surtout le caractère *idéogène*, d'ordre imaginatif, des troubles hallucinatoires, voire sensoriels, que Claude s'est attaché à mettre en lumière. Si, en effet, il admet comme condition essentielle de leur apparition un élément d'ordre organique ou plutôt biologique (Cf. Obs. I et II) il n'en reste pas moins que, pour lui, ces troubles sont en eux-mêmes, comme nous l'avons exposé, le résultat d'un processus purement psychique. Ces troubles sont justement caractérisés « par leur adhérence persistante à la personnalité, leur contenu plus riche, plus profondément

(1) En rapport avec cette conception, on doit signaler l'opinion de Ceillier, qui a particulièrement étudié le délire d'influence, et qui soutient aussi l'opinion que les hallucinations apparaissent secondairement au délire (Cf. CA. CEILLIER. Recherches sur l'automatisme psychique, *Encéphale*, 1927, I, N° 9 et Contribution à l'étude des facteurs psycho-affectifs dans la genèse des états hallucinatoires. *Evolution psychiatrique*, 1934, n° 4.)

affectif, leurs modalités d'expression rappelant celles de certaines pensées normales ». Ces manifestations psychiques réellement intégrées dans la personnalité du malade — d'après Claude — ne peuvent donc avoir qu'une analogie toute superficielle avec les troubles de l'automatisme mental, qui, d'après Clérambault, font leur apparition en dehors de tout facteur psychogénétique, sans liaison avec les pensées, les sentiments ou la vie privée du sujet. Notons bien que le professeur Claude ne rejette pas en bloc la conception de de Clérambault. Mais il ne la croit applicable qu'à un certain nombre de cas présentant un syndrôme nettement confusionnel ou onirique, d'origine toxique ou infectieuse, où les phénomènes hallucinatoires sont proprement des manifestations d'éjection mentale soumises aux lois d'un capricieux hasard n'ayant aucun rapport avec la progression quasi rationnelle des troubles décrits dans le syndrôme d'action extérieure. Le professeur Claude tend donc simplement à restreindre dans de notables proportions les limites beaucoup trop vastes assignées au champ de l'automatisme mental de de Clérambault. Pour ce faire, il a poursuivi longuement la discrimination des états variés catalogués un peu trop en bloc comme *hallucinatoires*. D'après le professeur Claude, si on peut dans la pratique séméiologique, appeler hallucination « le phénomène psychopathologique caractérisé par la croyance illégitime dans la réalité des sensations, des perceptions qui n'existent pas (voix, « hallucinations » cenesthésiques, écho de la pensée, etc.) il faut, du point de vue du mécanisme, différencier deux ordres de phénomènes :

A) Les *hallucinations vraies* », caractérisées par l'invasion dans la conscience de sensations élémentaires, neutres, vides de contenu affectif », qui paraissent « porter dans leur caractère de simplicité, d'inattendu, d'anidéïque la marque de leur origine mécanique », et qui seraient la conséquence directe d'une altération organique ou d'un trouble dynamique des appareils sensoriels, comme, par exemple, des lésions cérébrales ou méningées, des tumeurs cérébrales, la paralysie générale, des méningites (Hughlings, Jackson, Cushing), des intoxications (alcool, cocaïne, haschich), des troubles circulatoires produisant des irritations passagères et limitées de certaines régions de la corticalité. Il arrive que le malade soit conscient du caractère pathologique de ces troubles et reconnaisse presque en même temps qu'il les perçoit, leur anormalité, leur irréalité. Dans ce cas il ne s'agit plus que d'*hallucinose*, que le professeur Claude sépare nettement de l'hallucination vraie toujours accompagnée d'une croyance en sa réalité.

B) Les *pseudo-hallucinations*, phénomènes de croyance dans de « fausses réalités perceptives », caractérisées « par leur charge affective qui les engage profondément dans la personnalité du sujet, et par leur liaison complexe avec tout un système de représentations analogues et de même sens. » Ces pseudo-hallucinations admettent une explication psychologique « par la complexité même des opérations qu'elles impliquent (jugement, interprétations,expression parfois symbolique des tendances affectives) ». Au contraire de l'hallucination vraie dont le déclenchement est « simplement neutre, élémentaire», la pseudo-hallucination est non pas une perception sensorielle, mais la représentation mentale plus ou moins vive d'une perception sensorielle ou même d'un trouble cénesthésique, qui ne répond pas à la réalité, mais est extériorisée, c'est-à-dire considérée comme le résultat d'une action étrangère au sujet ».

Seules, les hallucinations vraies entrent donc, — selon Claude, — dans le cadre de l'automatisme mental de Clérambault, qui se trouve ainsi restreint à de plus justes mesures. Par contre, ce sont les pseudo-hallucinations qui constituent les phénomènes dits hallucinatoires du « syndrôme d'action extérieure ».

Cette nette différenciation a une utilité pragmatique des plus grandes. Car si on admet, en face d'un malade présentant le syndrôme d'action extérieure, que les hallucinations ne sont pas des hallucinations vraies, à causes organiques, à manifestations indépendantes de toutes conditions psychologiques, — mais des pseudo-hallucinations,profondément liées à la charge affective des complexes de sa personnalité, dépendant d'un système de fausses représentations régies en partie par l'imagination du malade et en partie par les conditions de son milieu, il est évident que la conduite du médecin vis-à-vis de son malade devra changer du tout au tout. C'est une des raisons qui font du syndrôme d'action extérieure, une entité nosologique du plus grand intérêt.

Le Professeur Claude a donc, par sa conception du syndrome d'action extérieure, isolé, groupé un ensemble de phénomènes psycho-pathologiques jusque-là épars dans des cadres variés et classés selon les auteurs sous des rubriques disparates : psychose hallucinatoire chronique,délire de persécution à base interprétative, à base imaginative, ou intuitive, délire d'influence, syndrôme d'automatisme mental, psychasthénie, etc. La plupart de ces diagnostics comportent selon les données classiques, une valeur pronostique mise souvent en défaut par l'évolution ultérieure des troubles, cette dernière permettant alors une critique du diagnostic porté : par exemple, une *vraie* psychose hallucinatoire chronique comporte-t-elle des rémissions, peut-elle s'atténuer et disparaître ? De même, un vrai délire de persécution systématisé a-t-il le droit de guérir ? La constation du *syndrôme d'action extérieure*, tout au contraire, considéré comme le premier stade d'un processus dont l'évolution ne peut encore être précisée met en quelque sorte le médecin en état d'alerte devant les possibilités diverses offertes au malade par le double contenu, biologique et psychologique, de ces troubles.

Cette notion, par ailleurs, explique la parenté profonde retrouvée dans des cas jusqu'alors dispersés par les conceptions classiques, en attirant, par la même occasion, notre attention sur le fait qu'un diagnostic ne peut valablement être justifié uniquement par la valeur *quantitative* de tel ou tel symptôme. Quoique se défendant d'être autre chose qu'un diagnostic d'approche, elle a déjà par ce seul fait, une valeur d'investigation approfondie que beaucoup d'autres diagnostics n'ont pas.

A un point de vue plus général, la conception du professeur Claude représente,de même, une tentative bien venue de fusion entre les théories psychogénétiques et organicistes. Il semble qu'en présence des faits mis en lumière par Claude, les conceptions trop nettement dualistes qui, de tout temps, ont dressé et dressent les uns contre les autres les fanatiques de ces deux camps, ne soient plus de mise. Nous nous acheminons peu à peu vers une conception de plus en plus uniciste, qui nous permettra d'étudier *biologiquement* les facteurs psychologiques et les facteurs organiques, sans les séparer par une barrière qui n'existe peut-être qu'en notre esprit.

Enfin, et c'est peut être là que cette notion prend toute sa valeur, elle n'a pas seulement une importance théorique, elle a également des conséquences pratiques exceptionnelles. Elle permet en effet d'attirer l'attention sur tout un vaste groupe de malades dont les troubles ne doivent plus être considérés comme la conséquence d'un processus fatal dont ils portent en eux et rien qu'en eux les tenants

et aboutissants. Le fait d'avoir mis en relief le rôle de la charge affective qui se trouve à la base de ces troubles nous permet de faire intervenir la notion surajoutée de *facteurs réactionnels* plus ou moins importants dans leur apparition, facteurs parfois prépondérants.

Il en résultera évidemment, pour ceux des psychiâtres qui tiennent à juger en médecins, des conséquences qui restent, quoi qu'on ait dit à ce sujet, la seule sanction valable des théories pathogéniques : ces conséquences sont la conduite à tenir en présence du malade, les conseils à donner, à son entourage, la thérapeutique.

Nos quatre observations publiées — qui, somme toute sont très banales en elles-mêmes — nous paraissent bien démontrer *l'influence aggravante du milieu* qui favorise l'éclosion et l'évolution des troubles. C'est pourquoi, et cela sans atermoiement comme il arrive encore trop souvent, le psychiâtre pénétré de la gravité possible d'un *syndrôme d'action extérieure* même timidement ébauché, devra intervenir énergiquement pour obtenir la séparation immédiate du malade d'avec son milieu — avant d'avoir décidé s'il s'agit simplement d'une manifestation dépressive rattachable à la psychasthénie ou du début plus inquiétant d'une psychose à classer ultérieurement dans le cadre de la psychose paranoïde ou paranoïaque.

Cela fait, le médecin sera mieux à même de retrouver les causes biologiques prédisposantes ainsi que les éléments adjuvants d'ordre toxique. Nos observations I et II nous paraissent assez concluantes à ce point de vue. Quant aux cas à rapprocher des observations II et IV, on peut supposer que si l'action thérapeutique intervenait d'une façon plus précoce, peut-être l'évolution n'atteindrait-elle pas ce stade où tout espoir de rémission devient illusoire.

Il semble donc que la notion de *syndrôme d'action extérieure* proposée par le professeur Claude, fournisse des éléments nouveaux pour mieux comprendre certains malades, et qu'elle permet de porter un diagnostic fécond quant à ses conséquences, sans préjuger du pronostic. Le *syndrome d'action extérieure* mérite donc de prendre place dans la pratique nosologique.

BIBLIOGRAPHIE

A. Ceillier. — Recherches sur l'automatisme psychique. *Encéphale*, 1927, I, p. 273.

H. Claude. — Diagnostic et valeur séméiologique des manifestations hallucinatoires. *Journal médical Français*, mai 1924, p. 169.

H. Claude, Targowla, Badonnel. — Mélancolie, obsession et syndrôme d'influence. *Ann. méd. psych.*, 1925, I, p. 48.

H. Claude, Targowla, Lamache. — Délire hallucinatoire et hypertension intracranienne. *Encéphale*, 1926, I, p. 214.

H. Claude et Schiff. Délire d'interprétation à base affective de Kretschmer et ses rapports avec le syndrôme d'action extérieure. *Encéphale*, 1928, I, p. 111.

H. Claude. Le syndrôme d'action extérieure. *Progrès médical*, 7 juin 1930, p. 1015.

H. Claude. — Mécanisme des hallucinations. Syndrôme d'action extérieure. *Encéphale*, 1930, I, p. 345.

H. Claude et Ey. — Evolution des idées sur l'hallucination. *Encéphale*, 1932, I, p. 361.

M. Claude et Ey. — Hallucinations, pseudo-hallucinations et obsessions. *Ann. méd. psych.*, 1932, II, p. 273.

H. Claude et Ey. — Hallucinose et hallucinations. *Encéphale*, 1932, II, p. 576.

H. Claude et Dublineau. Intuition délirante. Obsession et syndrôme d'action extérieure. *Encéphale*, 1933, I, p. 350.

J. de Clérambault. — Les psychoses hallucinatoires chroniques. *Soc. clin. de médecine mentale*, déc. 1923.

H. Codet. Intuition normale et pathologique. *Evolution psychiatrique*, octobre 1929.

S. Nacht. — Contribution à l'étude des facteurs affectifs dans la genèse des états hallucinatoires. Evolution psychiatrique, 1931, N° 4.

Un cas de dégénérescence maligne d'une maladie scléro-kystique du sein [1]

Par L. BRUSTLEIN

Médecin de la Faculté de Lausanne

Il est fort discuté depuis quelques années si la maladie scléro-kystique de Reclus est ou non *un état précancéreux*. Cette question, de la plus grande importance pour le traitement de cette affection du sein, a donné lieu à des travaux aussi nombreux que contradictoires. Ainsi Bloodgood et Mac Farland n'admettent aucun lien entre la maladie kystique et le carcinome. Sur 350 cas de maladie de Reclus, ils n'ont vu apparaître que 20 % de dégénérescence maligne, proportion identique à celle des glandes mammaires saines. Reclus lui-même, dit en 1900 n'en connaître aucun exemple. Lecène est du même avis.

Par contre, les Américains Cheatle et Cutler admettent que la maladie de Reclus est une lésion caractérisée par une hyperplasie épithéliale desquamative qui évoluerait vers l'apparition de végétations intracanaliculaires et intrakystiques. Seuls les cas présentant ces végétations pourraient dégénérer par rupture de la membrane basale et envahissement du stroma, donnant ainsi l'image de l'épithélioma dendritique, intracanaliculaire.

Le Professeur Lenormant estime que la transformation maligne de la maladie kystique est établie par des faits indiscutables. Il explique par elle l'apparition simultanée ou successive dans les deux seins, de certains carcinomes. Les cas de cancer bilatéral ont en effet souvent été constatés en rapport avec une ancienne affection kystique. (Le cancer bilatéral du sein par Ch. Lenormant : *Progrès Médical*, n° 10, 10 mars 1934). Roussy, Leroux et Oberling, disent que l'épithélioma de la maladie kystique du sein, bien que rare, existe ; pour eux également, sa structure rappelle celle des cancers intra-canaliculaires. Ewing, dans 50 % de ses cas de maladie de Reclus trouve des zones de dégénérescence cancéreuse.

D'autre part, Semb (fibro-adenomatosis-cystica mammae, acta chir, scandinav, vol. LXIV) trouve cette transformation dans 24 % des cas de maladie de Reclus. Il admet que c'est l'étiologie la plus fréquente des cancers du sein. Le carcinome en résultant peut être cystadéno-carcinome ou squirrhe banal.

Andéma, dans sa thèse parue à Montpellier en 1921, apporte également l'observation d'un squirrhe apparu chez une malade présentant préalablement une maladie scléro-kystique. Tietze décrit cinq cas d'épithéliomes mammaires accompagnés d'un tableau histologique caractéristique de maladie kystique.

Theil admet cette cancérisation dans 5 % des cas, Koutjetzky dans 50 %.

Nous apportons, à titre documentaire, l'observation d'une malade suivie pendant plusieurs années et opérée à plusieurs reprises par le Professeur Lenormant pour maladie de Reclus bilatérale, puis carcinome amenant la mort de la malade par généralisation.

Observation. — Malade du service du Professeur Lenormant à l'hôpital Cochin. Malade opérée en 1907 d'un adénome du sein droit. Elle avait à cette époque 19 ans. Après cette opération, la malade ne remarque aucune anomalie de ses seins jusqu'en 1924 où elle ressent quelques vagues douleurs. Les seins sont grenus à la palpation. Dans le sein droit, au-dessous de l'ancienne cicatrice opératoire, apparaît alors une tumeur ferme, aplatie, dont on fait l'ablation. La tumeur qui paraît être une adénome n'est pas énucléable, fait corps avec la glande dont on doit réséquer la partie supérieure, criblée de petits kystes et de noyaux fibreux.

(1) Travail d'assistant étranger. Service de Chirurgie du Professeur Lenormant. Hôpital Cochin, mars 1936.


οβησιτη
μηνοπαυσε

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Thérapeutique chirurgicale de la Lithiase biliaire, par le Docteur Paul BANZET. Un volume grand in-8 de 32 pages : 9 francs. Collection « *Les Thérapeutiques Nouvelles* », publiées sous la direction du Professeur RATHERY. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Cette affection pose des problèmes thérapeutiques dont la solution est loin d'être toujours simple ; elle englobe sous une étiologie commune, des manifestations très différentes quant à leur morphologie clinique, quant aux lésions anatomiques qui sont à leurs bases et qui sont justiciables de thérapeutiques chirurgicales très variées.

Par ailleurs on peut dire que la question est d'actualité puisque les problèmes thérapeutiques posés par la lithiase biliaire sont loin d'être tous élucidés ; et l'accord n'est pas toujours réalisé quant aux méthodes à employer.

L'auteur étudie dans un premier chapitre les cholécystites chroniques puis les cholécystites aiguës. Il envisage ensuite les accidents d'obstruction soit du canal cholédoque. Il termine enfin par les complications plus rares de la lithiase biliaire : les pancréatites chroniques et aiguës, l'iléus biliaire et les fistules biliaires.

La Phyteusis des organes. La Transplantation des Organes, par le Docteur SKÉVOS-ZERVOS. Un volume grand in-8 (16×23) de 112 pages avec 23 figures : 30 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Ce livre est le produit de longues études et d'une observation attentive, faites par un médecin qui a cherché la solution de plusieurs questions scientifiques totalement inconnues ou inexplicables, avec persévérance et application, et aussi avec une capacité exceptionnelle.

Divers

Histoire d'Italie de l'Empire romain jusqu'à nos jours, par A. SAVELLI. Adaptation française par Fernand HAYWARD et Albert FALCIONELLI. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, avec deux cartes, 24 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'Histoire de l'Italie est mal connue en France. Et celui qui souhaitait jeter un coup d'œil d'ensemble sur les vicissitudes politiques de la Péninsule au cours des siècles, éprouvait un grave embarras. Il existe en français d'innombrables travaux sur des points particuliers de l'histoire d'Italie ; depuis l'ouvrage de Zeller, contemporain du Second Empire, on n'avait pas publié en France une Histoire générale de ce pays.

Le livre de M. A. Savelli comble donc une lacune grave. Le lecteur y trouvera une synthèse claire et ordonnée embrassant quinze siècles d'histoire et déroulant à la façon d'un film immense, l'évolution de l'Italie depuis la chute de l'Empire d'Occident et les invasions des Barbares jusqu'à la guerre d'Ethiopie et à la restauration de ce même Empire par les soins de Benito Mussolini.

De ce prodigieux amas de faits se dégage une impression d'ensemble saisissante. On perçoit, à travers les luttes, les invasions, les guerres civiles, les rivalités de toute sorte, la pérennité de la civilisation latine dont la papauté fut la principale héritière et qu'elle contribua merveilleusement à maintenir.

Certaines périodes — le XIIIe siècle et les Communes, la Renaissance qui prit son essor à Florence et à Rome — brillent d'un éclat fulgurant.

L'ouvrage de M. Savelli consacre une de ses parties les plus importantes à ce *Risorgimento* qui dut son impulsion première à la Révolution française et à Napoléon, et d'où sortit l'unité enfin réalisée, ce vieux rêve de Dante, et d'Italie contemporaine.

La Civilisation Hellénistique, par W.-W. TARN. Traduction par E.-J. LÉVY. Un vol. in-8° de la Bibliothèque historique, 24 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans la Bibliothèque historique vient de paraître une nouvelle monographie consacrée aux grandes civilisations de l'antiquité : *La Civilisation hellénistique*, par W.-W. Tarn, membre de l'Académie britannique.

Dans ce volume l'auteur ne s'est pas contenté de tracer un tableau de tous les aspects divers de la période confuse à laquelle on a attaché le nom de période hellénistique, et qui s'étend de la mort d'Alexandre à la constitution de l'Empire romain ; il a voulu aussi mettre en lumière certains traits jusque-là assez obscurs et méconnus. L'esprit humain subit, en effet, à ce moment, un profond bouleversement et l'homme s'aperçoit qu'il n'est pas uniquement une unité politique, mais aussi un individu. Ce développement de l'individualisme se constate dans tous les domaines et M. Tarn le fait ressortir en étudiant successivement l'histoire, l'organisation politique, les conditions sociales, la littérature, la science, l'art, la philosophie, la religion des grands empires qui se sont édifiés sur les ruines de l'empire d'Alexandre. Des chapitres particuliers sont consacrés à l'Asie, à l'Egypte, et aux relations de l'Hellénisme et des Juifs.

Pour conclure, l'auteur montre, après une étude des systèmes philosophiques et des croyances diverses, à quel point le monde hellénistique, dans lequel s'étaient introduites avec succès les religions orientales, était préparé à accueillir favorablement le christianisme.

Son message, en effet devait satisfaire les aspirations de l'individu qui inquiet d'assurer son salut, désireux d'échapper au Destin aveugle

et troublé par les idées nouvelles d'humanité et de fraternité, ressentait avidement le besoin d'un sauveur.

Robespierre, par Gérard WALTER. *La Montée vers le pouvoir* (1789-1791) Un volume in-8° carré de 320 pages, sous couverture illustrée, 18 francs. Edition de la N. R. F., rue de Beaune, Paris.

« Ce n'est pas ma faute, dit l'auteur, si, pour approcher de celui que j'ai choisi, il m'a fallu reprendre un à un, pour en déterminer la valeur et l'authenticité, tous les éléments de la documentation le concernant. Ce n'est pas ma faute si des historiens sérieux et qui font autorité, dès qu'il s'agit de Robespierre, acceptent comme véridiques les fables et les inventions les plus absurdes... Ce n'est pas ma faute si on a négligé de procéder à des sondages patients dans les riches collections de la Bibliothèque Nationale, où j'ai découvert des écrits de Robespierre restés inconnus jusqu'ici et dont la consultation s'impose à l'historien...

« Un tel état de choses a rendu nécessaire un travail d'épuration préliminaire : il a fallu déblayer le terrain avant de construire. Je m'y suis appliqué. Au cours de mon travail, je ne me suis fié à aucune autorité, sachant, par expérience, combien elles sont toutes fragiles. La consultation de certains ouvrages qu'on a pris l'habitude de donner comme références quand on écrit sur Robespierre n'a fait qu'affermir ma conviction. Cette constatation a besoin, bien entendu, d'être appuyée sur des preuves. J'ai pris soin d'en fournir au lecteur une quantité suffisante. J'espère qu'il ne sera pas déçu, sous ce rapport. »

Maïmonide, par Abraham HESCHEL. Préface de Bernard CHAPIRA. Traduit de l'allemand par Germaine BERNARD. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le livre de M. A. Heschel, *Maïmonide*, qui vient de paraître dans la *Bibliothèque historique*, nous raconte l'histoire complète, depuis la naissance jusqu'à la mort de l'auteur du *Guide des Egarés*. Ses conceptions y sont expliquées d'une façon simple et claire qui ne manque pas, non plus, de profondeur. La lutte que Maïmonide menait contre la superstition, son rationalisme nous font déjà entrevoir, près de cinq siècles avant, l'éclosion du génie de Spinoza.

« Les biographies de Maïmonide, dit dans sa préface M. Bernard Chapira, chargé de Conférences à l'École pratique des Hautes Études, avaient quelque peu vieilli depuis que la découverte de documents nouveaux nous avait permis de mieux connaître cette époque. Il s'agissait de mettre ces documents en œuvre sans en rien passer qui fût essentiel. M. Abraham Heschel, s'est acquitté de cette tâche avec le plus rare bonheur et, grâce à un don remarquable d'intuition, il a pu, interprétant certains faits dont il a tiré des conclusions originales, nous révéler des aspects nouveaux de la vie de Maïmonide. Le livre de M. Abraham Heschel a paru au moment où l'on a célébré dans le monde entier le 800e anniversaire de la naissance de Maïmonide. Dans les Universités d'Europe, comme dans celles du nouveau monde, à Cordoue où il naquit, en Egypte où il a vécu, en Palestine où se trouve sa tombe, l'on a pieusement commémoré le souvenir du philosophe dont l'influence sur tout le Moyen-Age fut considérable. »

Mais cette biographie n'est pas seulement l'histoire des idées, de la philosophie de Maïmonide. L'auteur a su, très heureusement, en faire un ouvrage de lecture facile, à l'égal presque d'un roman. Aussi bien, les tribulations de Maïmonide, ses pérégrinations, son rôle à la Cour de Saladin, dont il fut le médecin écouté et considéré, ses démêlés avec les rabbins de son époque, tout cela se prêtait magnifiquement à la composition d'un livre vivant. L'auteur a parfaitement réussi sa double tâche : montrer ce qu'a été durant toute sa longue existence l'homme qu'on a appelé « la lumière de l'Orient et de l'Occident », et montrer quelle influence Maïmonide a exercée sur les civilisations juive, islamique et chrétienne.

Palma de Majorque et les **Iles Baléares**, par Pierre LAVEDAN, professeur à la Sorbonne. Un volume in-8° (19-26), 112 héliogravures. Broché 18 francs. Relié 28 francs. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris (VIe).

Ce volume complète heureusement la série déjà importante d'ouvrages que la collection des *Villes d'art célèbres* a consacrés à l'Espagne. Il était d'autant plus impatiemment attendu que les Baléares attirent régulièrement depuis quelques années de nombreux touristes.

Comme l'indique le titre même de la collection, c'est avant tout d'une étude d'art qu'il s'agit, celle des grands monuments de Palma et des villes voisines. Parmi celles-ci, il en est comme la Cathédrale qui sont connus de tous. Mais pour la première fois on trouvera ici une étude sur les Musées de Palma et la peinture mayorquine, un chapitre sur les églises baroques de l'archipel qui avaient jusqu'alors passées inaperçues. Le livre ne se borne pas à nous faire connaître Palma ; il promène le lecteur à Minorque trop peu connue et à Iviça qui sera pour beaucoup une révélation.

Ajoutons que si l'histoire de l'art tient la première place l'auteur ne s'est pas montré insensible aux beautés naturelles des Baléares, à leur splendide végétation, à leur si curieux folklore, à leurs souvenirs historiques au premier rang desquels se place celui de George Sand et de Chopin. L'ouvrage constituera donc pour tous les touristes ayant visité l'archipel le plus précieux souvenir de voyage.

Il est illustré de 112 photographies presque toutes inédites. Ce procédé nouveau de l'héliogravure les a magnifiquement mises en valeur. La collection des Villes d'art reçoit ainsi une présentation résolument moderne en conservant cette haute tenue scientifique qui a fait depuis longtemps sa réputation.

La malade a à ce moment 36 ans et présente tous les signes d'une maladie scléro-kystique bilatérale de Reclus. Elle est par ailleurs en parfaite santé.

En 1933, la malade âgée de 44 ans, revient, présentant dans le cadran inféro-externe du même sein un noyau dur, arrondi, mobile, du volume d'une noix. Les ganglions axillaires ne présentent rien d'anormal. Elle est opérée le 4 mars 1933, amputation du sein droit sans toucher aux muscles pectoraux dont seule l'aponévrose superficielle est enlevée. Le noyau a l'aspect macroscopique d'un adénofibrome et paraît très fibreux à la coupe.

L'examen histologique indique cependant dans un sein dont l'aspect d'ensemble est celui d'une mammite kystogène, un nodule du volume d'une noisette qui est franchement dégénéré.

Deux mois après, la malade présentant un gros ganglion dans l'aisselle droite ; on pratique une dissection et ablation de ganglions occupant l'angle postéro-interne de l'aisselle, sans dissection du paquet vasculo-nerveux. A l'examen, le ganglion axillaire présente l'image d'un épithéliome glandulaire et atypique infiltré, identique à celle de la tumeur du sein enlevée deux mois auparavant.

Deux ans plus tard, en décembre 1934, la malade ne présente aucune récidive locale mais elle a une tuméfaction suspecte adhérente au bord inférieur de la clavicule droite. Elle a, en outre, dans le sein gauche cette fois, une tumeur mal délimitée, grosse comme un petit œuf, n'adhérant ni à la peau, ni aux plans profonds.

Dans l'aisselle gauche, on palpe quelques petits ganglions durs La malade subit une amputation du sein gauche avec ablation des deux muscles pectoraux et curage de l'aisselle.

Le laboratoire conclut pour cette dernière tumeur, à une mammite chronique fibro-kystique sans signe de malignité.

Par la suite l'état général de la maladie décline rapidement, elle perd considérablement de poids et meurt onze mois plus tard, en novembre 1935, âgée de 47 ans.

A l'autopsie on trouve une généralisation cancéreuse avec des noyaux formant une masse englobant la partie moyenne de la clavicule droite, un gros ganglion sus-claviculaire gauche, de nombreuses métastases pulmonaires, médiastinales, hépatiques, mésentériques, deux noyaux dans la rate, un dans le pancréas. Cette femme était non mariée, nullipare, fait prédisposant certainement à la maladie de Reclus.

Nous sommes ici en présence d'une maladie de Reclus bilatérale en évolution pendant onze ans, dont le diagnostic a été vérifié dans les deux seins par l'examen histo-pathologique. Dans le sein droit, neuf ans après l'apparition de lésions kystiques, s'est formé un carcinome.

Au moment de l'opération de ce cancer, la tumeur n'en présentait aucun signe macroscopique, sauf une dureté plus grande que celle des kystes avoisinants. Il ne s'est jamais produit d'écoulement par le mamelon, la tumeur était libre, la peau du sein normale.

Examen histologique. — A l'examen microscopique, la tumeur du sein droit indique une glande avec très forte sclérose, atrophie des acinis, par place des formations kystiques peu nombreuses. Il y a une infiltration lympho-plasmocytaire marquée.

En un endroit de la coupe, on voit l'image nette d'un épithélioma atypique infiltré. Dans le sein gauche, par contre, on ne voit pas de signes de dégénérescence. La sclérose est très marquée également, la glande présente par place l'aspect d'un fibro-adénome. Les dilatations kystiques des glandes et des canaux galectophores sont très abondants. L'épithélium de revêtement prolifère par place dans les kystes, en comblant presque totalement la lumière. On ne voit pas de cellules atypiques ni d'effraction de la couche basale des kystes.

Nous résumerons ici l'*aspect anatomique et histologique* de la maladie scléro-kystique de Reclus.

C'est une fibro-adénomatose diffuse avec prolifération simultanée épithéliale et conjonctive se traduisant par une sclérose massive et par l'apparition en général bilatérale de kystes nombreux formant des bosselures arrondies de grosseur variant d'un grain de chènevis à celle d'une cerise. Ces kystes donnent au toucher la caractéristique sensation d'une glande criblée de grains de plomb.

La tumeur est élastique, formée d'un tissu scléreux sans limites nettes. On y trouve à la section de nombreux kystes contenant sous pression, un liquide jaune clair ou brunâtre. La paroi est lisse, mince, s'affaisse à la section.

Histologiquement, le tissu glandulaire présente des modifications complexes d'hyperplasie, d'atrophie et de dilatation kystique.

Les kystes sont recouverts d'un épithélium acinien modifié. Au lieu d'une couche de cellules cubiques, il a des cellules cylindriques souvent disposées sur plusieurs couches. L'hyperplasie peut provoquer des proliférations épithéliales à l'intérieur des acinis et des canaux galactophores, et former dans les kystes de vraies papilles à axe conjonctif grêle et parfois des végétations arborescentes importantes.

Dans d'autres cas ce sont les cellules myo-épithéliales qui prolifèrent, formant des tourbillons cellulaires autour des acinis. Letulle décrit des formes d'ébauche à cavités microkystiques, idrosadénoïdes, à cellules de revêtement hautes, en raquette, à protoplasme acidophile, et entourées de cellules myo-épithéliales typiques. Dans des cas rares, on trouve une évolution fibreuse avec formation d'anneaux qui écrasent canaux et acinis. C'est sans doute la forme décrite par Tillaux sous le nom de mastite noueuse.

Dans d'autres cas, on voit apparaître autour des acinis, une couche de très grosses cellules claires. Il y a parfois une infiltration de cellules rondes n'indiquant pas une inflammation, mais résultant de l'irritation. Le tissu conjonctif péricanaliculaire et périacineux prolifère toujours.

Cliniquement. — La maladie de Reclus se rencontre après la puberté et plus souvent avant la ménopause entre 35 et 45 ans. Elle est plus fréquente chez les femmes vierges ou nullipares. On ne la rencontre jamais chez des femmes ayant eu de nombreux enfants. L'évolution de l'affection est lente, Reclus rapporte des cas où elle fut de 30 et 33 ans. Il se forme une tumeur indépendante de la peau et des plans profonds. A la palpation, on sent des grains toujours bien distincts et un fait caractéristique est que la mamelle du côté opposé au plus atteint est également intéressée.

Parfois on sent quelques ganglions axillaires petits et ne présentant pas la dureté des ganglions cancéreux.

Dietrich et Frangenheim ont décrit des cas s'accompagnant d'adhérence à la peau, de rétraction du mamelon et d'écoulement séro-sanguinolent, sans aucun signe histologique de dégénérescence. Ces formes sont rares et discutables, c'est la « Blutende mamma », toujours suspecte de malignité.

La maladie kystique de la mamelle est un syndrome décrit par Reclus en 1883.

Son étiologie a soulevé beaucoup d'hypothèses.

Tillaux, Delbet, Quénu ont pensé à une origine inflammatoire chronique, se basant sur la présence d'infiltrations lympho-plasmocytaires. Or Lecène et Lenormant, sur trente pièces examinées, n'ont jamais trouvé de traces véritables d'inflammation. D'autre part, le liquide verdâtre des kystes, pris autrefois pour du pus, s'est montré à l'examen presque identique au colostrum.

D'autres ont voulu l'assimiler aux maladies polykystiques des autres organes et en ont fait une affection congénitale, dysembryoplasique (Aschoff, Letulle).

De nombreux savants ont admis enfin l'origine néoplasique. Lecène estime la prolifération épithéliale comme signe essentiel et admet que cet épithélium, en proliférant, reste typique et garde des rapports normaux avec le tissu conjonctif environnant.

Cheatle décrit deux formes de maladies de Reclus, l'une desquamative, voisine des inflammations, l'autre dysgénétique proche du cancer que peuvent donner des cellules spéciales, typiques de cette forme.

Krompecher explique l'origine néoplasique par une inclusion sudoripare à cause de l'aspect hydrosadénoïde fréquent. Mais Doubrow n'a pu retrouver de phénomènes secrétoires identiques à ceux des glandes sudoripares.

Bloodgood et Dietrich ont voulu en faire une régression hormonale sénile, étiologie improbable, les lésions apparaissant en général chez des femmes assez jeunes, ne présentant pas de ménopause précoce.

L'étiologie doit cependant être probablement recherchée dans des troubles endocriniens. Lecène déjà pense à une déviation de l'évolution physiologique normale de la glande mammaire, due à un trouble hormonal.

Rosemberg a remarqué que dans le sein normal, dans chaque période pré-menstruelle, lors de la pleine activité du corps jaune de l'ovaire, se produit un bourgeonnement épithélial

dans les canaux du sein. A la fin de la période menstruelle, par contre, les acinis dégénèrent et disparaissent. Goormaghtigh et Amerinck ont d'autre part provoqué les lésions typiques de la maladie kystique en injectant de la folliculine à des souris. La folliculine aurait donc un grand rôle irritatif sur l'épithélium du sein. Une dysfonction ovarienne avec hyperfonction du corps jaune pourrait expliquer la production des kystes. Ceux-ci contiennent du colostrum qui s'est montré très riche en folliculine qui entretiendrait une irritation constante.

Ces faits sont en contradiction avec les quelques observations apportées par Leriche qui obtient au contraire des améliorations des maladies de Reclus par l'injection de folliculine.

L'étiologie endocrinienne est cependant la plus probable actuellement.

Il est certain qu'à côté des lésions épithéliomateuses des cancers du sein, l'on trouve très fréquemment des lésions kystiques analogues à celles de la maladie de Reclus.

Celles-ci peuvent être la cause de la dégénérescence, ou au contraire peuvent en résulter, par suite de l'irritation chronique qui en résulte pour le tissu mammaire.

Semb, dans 122 cas de cancers du sein a trouvé une association avec des lésions scléro-kystiques dans 77 %. Pour lui la maladie de Reclus est la lésion fondamentale. Lecène constate de même ces lésions, mais les estime secondaires, dues à une hyperplasie réactionnelle se produisant autour de toute lésion chronique de la mamelle.

De nouveaux faits paraissent cependant appuyer la thèse de la péexistence des lésions kystiques. Ainsi dans les cas de cancers au début, une petite région seule du sein subit une dégénérescence, et l'on trouve pourtant les modifications kystiques dans la glande totale et souvent dans le sein opposé, indemne de carcinome. Les lésions de la maladie de Reclus, avec leur fibrose très développée, ont un développement de très longue durée et ne paraissent pas devoir apparaître rapidement à la suite d'un carcinome à évolution courte.

Fait plus significatif encore, des cas déjà assez nombreux ont été signalés où le cancer est apparu chez des femmes soignées depuis longtemps pour une maladie de Reclus. C'est le cas de notre malade; Mothonéos (Thèse, 1934) décrit un cas de cancer apparu vingt-cinq ans après l'observation d'une maladie scléro-kystique unilatérale. Il estime que l'intrication des lésions indubitablement néoplasiques (dans ce cas, image de cancer banal) et des lésions relevant strictement de la maladie de Reclus, permet de supposer que le processus néoplasique dérive du précédent. Delbet et Mendaro montrent de nombreuses coupes où l'on voit associées des lésions de mammite kystique, des papillomes dans les conduits galactophores, des acinis plus ou moins comblés de cellules épithéliales avec des zones nettes d'évolution cancéreuse. Enfin, les cas de cancers bilatéraux qui sont souvent accompagnés de lésions scléro-kystiques paraissent prouver la préexistence de celles-ci.

Pour le Professeur Lenormant, la maladie de Reclus est la lésion préparatoire qui, étant bilatérale, explique l'apparition bilatérale du cancer.

Il décrit le cas d'une femme âgée de 50 ans et soignée longuement par Lecène pour une maladie kystique, chez laquelle s'est développé simultanément dans les deux seins, des tumeurs ayant tous les caractères d'un cancer. Quoiqu'il n'y ait pas eu de vérification anatomique, l'opération ayant été refusée, le diagnostic de dégénérescence paraît certain, la malade ayant succombé quelques mois plus tard à sa généralisation.

Costantini décrit un cancer mammaire associé à d'anciennes lésions de mastite chronique.

Soupault a vu apparaître chez une malade atteinte de maladie kystique, dans les deux seins, des noyaux indurés que l'examen microscopique a montré être des épithéliomas atypiques, après amputation des deux seins à deux mois d'intervalle.

Hofhauser décrit également un cancer bilatéral apparu chez une malade, qui avait depuis longtemps des formations fibro-grandulaires.

Dans ces cas, l'épithelioma apparaît rarement dans les deux mamelles simultanément, (Dessaint décrit pourtant en 1928, quarante-cinq cas de cancers bilatéraux simultanés), en général on voit le second côté atteint plusieurs mois ou des années après le premier. Ceci correspondrait du reste au fait qu'un sein est en général plus atteint que l'autre par la maladie scléro-kystique.

Certains auteurs ont dit que la modification kystique du sein est si fréquente que son association avec le carcinome est un fait accidentel, n'indiquant aucune relation directe. Delbet dit n'avoir jamais rencontré de mamelle parfaitement saine ; mais qu'elles contiennent toujours au moins une ébauche de kystes, cavités idrosadénoïdes, microkystes décrits aussi par Letulle. Oberling est également d'avis que les lésions scléro-kystiques sont assez fréquentes dans les mamelles d'apparence normale.

D'autre part, Semb a étudié soixante-quatre seins de femmes ayant un âge moyen de 47 ans et n'y a rencontré qu'un seul cas de fibro-adénome à petits kystes, aucune maladie de Reclus typique. Il ne semble donc pas que les kystes soient une lésion quasi-normale. On ne les trouve pas non plus avec une plus grande fréquence au cours de la grossesse ou de la ménopause, et la maladie de Reclus paraît bien avoir une relation de cause à effet avec le cancer.

Le cancer du sein est une affection si fréquente qu'il est difficile d'établir s'il se développe parallèlement à la maladie scléro-kystique, ou s'il en dérive réellement.

Cheatle, Cutler et Semb affirment le rôle étiologique de la maladie de Reclus en se basant sur le fait que les malades atteintes, subissent une dégénérescence à l'âge moyen de 45 à 50 ans donc plus jeunes de quelques années de la moyenne d'âge des carcinomes banaux du sein sans lésion kystique préalable, qui est de 56 ans.

Sur 122 cas de cancers du sein, Semb trouve 77 % de cas associés à une maladie de Reclus, le cancer se développe donc beaucoup plus fréquemment chez les femmes souffrant de cette affection que chez celles ayant des seins normaux ou une autre affection bénigne du sein. L'évolution du carcinome est certainement variable suivant la forme histologique que présente la maladie de Reclus sur laquelle il se développe. On conçoit facilement la formation d'épithéliomas dendritiques intracanaliculaires sur les formes riches en végétations intrakystiques. Ils débutent par des formations papillomateuses ; tissu conjonctif et tissu épithélial proliférant simultanément remplissent les kystes et canaux galactophores de végétations. Par place, les acinis se comblent de cellules, il s'y forme des cavités néoformées. Des cellules cancéreuses apparaissent formant des bourgeons compacts soulevant l'épithélium. Des cellules cancéreuses ayant la faculté de diffuser dans les espaces du tissu conjonctif, elles traversent bientôt la membrane basale des formations kystiques.

Le cancer infiltre alors le tissu conjonctif et la tumeur s'étend par la multiplication de ses cellules.

Pour Roussy, Oberling et Leroux ainsi que pour Cheatle et Cutler, cette forme de cancer dérivant des végétations papillaires intrakystiques et donnant un aspect rappelant celui des épithéliomes intracanaliculaires, serait la seule pouvant être causée par une maladie de Reclus.

Très souvent dans ces cas se produit un écoulement sanguinolent mamelonnaire n'indiquant pas certainement la malignité de la tumeur, les formes végétantes intracanaliculaires de la maladie de Reclus en étant fréquemment la cause, déjà sans dégénérescence. L'épithélioma dendritique, intracanaliculaire est certainement la forme suivant le plus fréquemment la maladie kystique. Il a une évolution assez lente, son traitement est souvent efficace, le diagnostic étant rendu précoce par l'écoulement sanguin. Mais il y a des cas assez nombreux où le cancer évoluant sur une maladie de Reclus, a une forme quelconque de cancer mammaire, ainsi notre malade qui présente un épithéliome infiltré atypique ; Semb décrit également plusieurs cas de squirrhe. Dans ces formes, l'évolution est la même que pour le cancer apparaissant dans une mamelle saine. Le point de départ de la tumeur, en général unicentri-

que est alors des proliférations épithéliales sessiles des canaux galactophores (Semb).

L'aspect histologique de la tumeur variera également beaucoup suivant son stade de développement. Ainsi après un point de départ intrakystique avec végétations, l'infiltration dans le tissu conjonctif et le remaniement tissulaire avec production de tissu fibreux réactionnel peut être si marqué que l'on obtiendra une image de cancer plus ou moins infiltrant et atypique sans pouvoir trouver de kystes en montrant encore le point de départ. Il nous semble donc que dans de nombreux cas, on ne pourra déterminer histologiquement si un carcinome s'est greffé sur une maladie scléro-kystique du sein, l'évolution cancéreuse ayant recouvert les lésions primitives. C'est l'histoire clinique seule qui permettra alors de fixer l'étiologie de ce cancer.

Tous ces faits présentent une importance *thérapeutique* certaine.

Les cas de dégénérescence de maladie de Reclus ne sont certainement pas assez fréquents pour justifier une opération mutilante surtout chez des femmes jeunes. Ils obligent cependant à une surveillance attentive, spécialement pour les malades ayant dépassé la quarantaine. Ces cas présentent le danger que la malade habituée à la présence de kystes dans les seins et à de vagues douleurs, ne prendra pas garde à l'apparition d'un noyau nouveau. Sitôt qu'une zone est suspecte, dure, que les grains, auparavant distincts, à la palpation, deviennent cohérents (signe de Delbet), l'ablation s'impose. On a prétendu baser le diagnostic sur une ponction exploratrice qui amène un liquide jaunâtre d'un kyste banal, et sanguin d'un kyste carcinomateux. On ne peut pas se fier à ce résultat, l'absence de sang ne prouvant pas qu'il n'y ait pas de cancer avoisinant, non atteint par la ponction. On peut également faire un examen anatomo-pathologique au cours de l'intervention, ce qui peut vous permettre de limiter l'ablation. L'examen extemporané devra cependant être fait sur la tumeur totale et non sur un fragment qui ainsi qu'une biopsie, étant trop localisé, peut passer à côté de la partie dégénérée. La transillumination, procédé d'Ewing, Cutler et Cheatle, peut également donner des résultats intéressants, le kyste simple paraissant clair alors que le cancer fait une tache opaque.

Dans tous les cas de mamelle sanglante, le risque de dégénérescence est si grand que l'ablation s'impose.

BIBLIOGRAPHIE

AUDEMA. — Contribution à l'étude de la maladie de Reclus et de ses rapports avec le carcinome. (Thèse de Montpellier, 1924-1925.)

DAHL IVERSEN. — La maladie kystique et son traitement par la folliculine. (*Lyon chirurgical*, septembre-octobre 1935.)

Ek. DAWSON. — Histological Study of the normal mamma in relation to tumours growth. (*Edinburgh Medical Journal*, décembre 1934, novembre et décembre 1935.)

DELBET et MENDARO. — Les cancers du sein.

EWING. — Néoplastic Diseases.

HABIDI. — Thèse. La transillumination dans le diagnostic des tumeurs du sein.

P. LECÈNE. — Diagnostics anatomo-pathologique.

Ch. LENORMANT. — Le cancer bilatéral du sein. (*Progrès Médical*, n° 10, 10 mars 1934.)

F. LETULLE. — Anatomie pathologique.

MENEGAUX — Mamelle. (Extrait de l'Encyclopédie médico-chirurgicale).

MOTHONEOS. — Thèse, 1934. Contribution à l'étude de la maladie kystique du sein.

M. PERROT. — Etude anatomo-clinique des cancers du sein.

RECLUS (P.). — La maladie kystique de la mamelle. (*Bull. soc. d'anat. Paris*, 1883, L. XVIII.)

Revista de chirurgica de Bucarest, septembre-décembre 1935. — Les kystes de la glande mammaire.

ROUSSY, LEROUX, OBERLING. — Précis d'anatomie pathologique.

CARL SEMB. — Fibro-adnomatosis cystica mammæ. (*Acta chir. scand.*, L. XIV, Supl. 10.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 juin 1936

Considérations générales sur les indications et les résultats des traitements chirurgicaux de la tuberculose pulmonaire. — ***M. Emile Sergent*** s'est attaché, avec ses collaborateurs, les Docteurs Pierre Pruvost et René Mignot, à dégager les considérations générales qui constituent les principes directeurs du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. Après avoir rappelé les grandes étapes historiques des progrès magnifiques accomplis sur ce domaine durant ces dernières années, les auteurs insistent sur la nécessité absolue de préciser avec la netteté la plus grande possible les contre-indications et les indications du recours chirurgical.

Cette précision ne pourra être établie que par une collaboration étroite, intime, constante, entre le médecin et le chirurgien. C'est grâce à elle seulement qu'on parviendra à assurer les meilleurs résultats à l'acte opératoire accompli en commun. Les médecins s'inclinent avec admiration devant la maîtrise acquise par les chirurgiens ; mais ils ont le droit de faire remarquer que le résultat d'une intervention chirurgicale ne peut être considéré comme bon que si le malade tire un réel profit de l'opération, constatation que les suites lointaines de l'intervention permettront seules d'apprécier.

La première considération générale que soulignent les auteurs est celle-ci : l'intervention chirurgicale ne peut trouver son indication que si le pneumothorax thérapeutique ne peut être réalisé et s'il n'existe aucune contre-indication due à la déficience de l'état général, au mode évolutif des lésions, à leur extension bilatérale...

Ils terminent la mise en relief de ces considérations générales par un bref aperçu des considérations particulières à chacun des procédés opératoires, aussi bien du point de vue des indications respectives que des résultats.

Ces considérations particulières seront précisées dans leurs détails par les auteurs des rapports consacrés à la thoracoplastie sous ses diverses formes, aux interventions sur le phrénique...

Technique opératoire et résultats des diverses thoracectomies pratiquées pour des lésions tuberculeuses du poumon. — ***M. Bérard.*** — Les progrès, en chirurgie thoracique, ont été prodigieux La thoracoplastie a évolué comme la méthode de Forlanini et, comme elle, peut désormais prétendre à réaliser l'électivité.

Le mode d'action des méthodes de collapsothérapie sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire. — ***M. Bezançon.***

Possibilité des interventions endothoraciques dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. — ***M. Monod.***

Blennorrhagie et métabolisme protido-lipidique. — ***MM. A.*** et ***R. Sartory*** et ***Meyer***. — Le dosage du cholestérol total ne paraît présenter aucun intérêt clinique dans les maladies infectieuses.

Fosse septique et moustique. — M. ***J. Legendre,*** qui découvrit les moustiques de fosse d'aisance, fit aussi connaître les moyens de les y faire périr en siphonnant le siège, grillageant l'évent et rendant hermétique le tampon de vidange.

Ces moyens efficaces pour la fosse fixe, ne suffisent pas pour la fosse septique dont le conduit de trop-plein, qu'on ne peut ni siphonner, ni grillager, laisse échapper les culex stercoraires dans l'egout pluvial et, de là, dans les habitations riveraines. La fosse septique ne doit être tolérée que si son trop-plein s'épand dans le sol, n'offrant aucune issue aux moustiques.

Modification de l'excitabilité nerveuse dans la lèpre des rats. — ***B. Chauchard*** et ***V. Chorine*** constatent que les rats lépreux, bien qu'ils n'aient aucune apparence de lésions du système nerveux, présentent des modifications de l'excitabilité. D'une part, hyperexcitabilité périphérique due vraisem-

blablement à un état irritatif s'expliquant par la présence de lésions importantes des méninges ; d'autre part, action de subordination des centres d'ordre nettement pathologique.

Rapport sur la nouvelle manœuvre Hn de respiration artificielle. — *M. Mayer.*

Sur l'identité du bacillus funduliformis et du fusobacterium nucleatum, agents de septico-pyohémies post-angineuses.— *MM. Lemierre, Grumbach* et *Reilly.*

Séance du 23 juin 1936

La recherche systématique du bacille de Koch dans les expectorations broncho pulmonaires. — *MM. Fernand Bezançon, Paul Braun, et André Meyer.* — Au cours de leur recherche systématique du bacille de Koch par la culture des crachats sur milieu de Petragnani-Lœwenstein, les auteurs ont pu recueillir cinq observations de suppurations broncho-pulmonaires, sans apparence d'évolution clinique tuberculeuse pendant le temps de l'observation, où le bacille n'a pu être dépisté que par la culture ; ils en rapportent également une autre où il n'y avait que de très rares bacilles par l'homogénisation et où la culture fut positive.

Dans tous ces cas, il s'agissait bien de bacilles tuberculeux authentiques et ils insistent, d'après leur expérience, sur ce fait que les bacilles paratuberculeux sont extrêmement rares dans les crachats.

Les auteurs rapportent en outre un certain nombre d'observations cliniques, où la constatation de bacilles au cours d'une suppuration pulmonaire faillit entraîner un diagnostic de tuberculose pulmonaire, alors que l'observation subséquente démontra qu'il ne s'agissait que de suppuration pulmonaire sans évolution tuberculeuse apparente.

Les auteurs signalent également à côté des cas où il s'agit de pures constatations bactériologiques, des cas plus rares, à leur avis, où l'on observe soit en même temps que la suppuration broncho-pulmonaire, soit à sa suite, une évolution clinique tuberculeuse.

Ils rattachent ces constatations de bacilles à la présence si fréquente dans le poumon de foyers de tuberculose occulte qui, à l'occasion du processus aigu de la suppuration, ont subi un réveil qui peut être momentané ou de plus longue durée.

Des inconvénients des solutions d'adrénaline trop acides. — *MM. Goris* et *Legroux* pour éviter ces inconvénients, proposent les deux formules suivantes :

1° Pous les injections hypodermiques :

Adrénaline		1 gr.
Chlorure de sodium pur et desséché		7 gr. 50
Solution de bisulfite de sodium		5 c.c.
Eau distillée	Q.S.p.	1.000 c.c.

Mettre en ampoules de 1 c.c. aussitôt la préparation de la solution, en ayant soin de remplir le plus possible les ampoules.

— Stériliser par trois tyndallisations à 70° à un jour d'intervalle.

2° Pour les prescriptions courantes, la formule suivante :

Adrénaline	1 gr.
Chlorure de sodium	7 gr. 50
Acide chlorhydrique normal	10 c.c. (soit 0,365 de HCl)
Sulfite neutre de soude	0 gr. 80
Eau distillée Q.S.P.	1.000 c.c.

L'addition de cette solution à celles de novocaïne pour l'anesthésie serait sans inconvénient, car elle n'augmente pas leur pH. C'est ainsi que la formule la plus courante : novocaïne, 1/200, 20 c.c. ; adrénaline 1/1000, XX gouttes possède un pH de 5,2 après la stérilisation.

Etudes électrencéphalographiques du chat et du cobaye nouveau-nés (1re note). *MM. G. Marinesco, O. Sager* et *A. Kreindler.* — Berger a montré qu'on peut dériver directement à l'aide des aiguilles enfoncées jusqu'au périoste du crâne des variations du potentiel électrique, la fréquence des vibrations électriques, de 8 11 Hertz et d'une intensité maxima de 100 microvolts.

Le problème des électrencéphalogrammes a fait également le sujet de recherches d'Adrian et Mathews, de Kornmüller, Gozzano, etc. Ayant constaté des différences considérables de structures entre le névraxe du cobaye et du chat nouveau-nés, le premier offrant une accélération ontogénétique du névraxe, dans tous ses éléments, nous avons dérivé de courants bioélectriques, à l'aide de l'oscillographe de Matthews, en enfonçant des aiguilles jusqu'à la dure-mère de l'animal non anesthésié. Voici les caractéristiques des courbes obtenues :

Cobaye nouveau-né : ondes *a* à une fréquence de 6 à 8 Hertz; potentiel : variations entre 40 et 80 microvolts.

Chat nouveau-né : fréquence des ondes *a* de 4 à 5 Hertz ; potentiel variant entre 10 à 20 microvolts.

Chat adulte (anesthésié au dial) ; fréquence des ondes *a* 7 à 9 Hertz, potentiel variant entre 50 et 90 microvolts.

Il résulte donc de ces chiffres que l'activité bioélectrique du cerveau du cobaye nouveau-né est plus accentuée que chez le chat nouveau-né, ce qui correspond à une activité fonctionnelle plus intense chez le premier. Ce fait apporte une confirmation à l'existence d'une étroite relation entre les courants bioélectriques du cerveau, sa structure et son activité fonctionnelle.

Etudes électrencéphalographiques (2e note). Electrencéphalogrammes chez une malade à laquelle on a extirpé une portion du lobe frontal gauche. — *MM. G. Marinesco, O. Sager* et *A. Kreindler.* — Une malade a subi pour des crises jacksoniennes très fréquentes et un état d'agitation intense l'ablation partielle du lobe frontal gauche en avant du champ 6 de Brodmann. L'électrencéphalogramme de l'hémisphère droit, est à peu près normale, tandis que sur celle de l'hémisphère gauche, opéré, les ondes *a* sont d'une fréquence très diminuée : 2 à 3 Hertz (au lieu de 8 à 11) et la longueur d'onde offre de 400 à 500 *a*. Une lésion du lobe frontal modifie donc l'allure de l'électrencéphalogramme.

L'activité du centre de sérum de convalescent de Strasbourg (1934-1936). — *MM. Borel* et *Lœwenberg.*

Election d'un membre titulaire dans la 1re section (médecine).

Classement des candidats. — En première ligne : M. Ribadeau-Dumas.

En seconde ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Babonneix, Noël Fiessinger, Gougerot, Milian, Pagniez. Adjoints par l'Académie : MM. Flandin et Harvier.

Au premier tour de scrutin, M. Louis Ribadeau-Dumas, médecin de la Salpêtrière, a été élu par 55 voix.

M. Babonneix a obtenu 2 voix ; M. N. Fiessinger, 5 voix ; M. Gougerot, 2 voix ; M. Milian, 2 voix ; M. Pagniez, 5 voix ; M. Flandin, 1 voix, M. Harvier, 1 voix.

Né à Paris, le 30 janvier 1876, M. Ribadeau-Dumas est médecin des hôpitaux.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Traitement des hémorragies par le venin de vipère Daboia

Le venin de vipère Daboia a été employé dans le traitement des hémorragies par MM. P.-G. Huet, R. Tramuset et Koressios (*S. de Laryng. des Hôp. de Paris*, 16 mars 1936). De leurs observations, qui portent sur une soixantaine de cas relevant de l'oto-rhino-laryngologie, ils concluent :

1° Que le venin de vipère Daboia possède une action coagulante rapide en applications locales.

2° Que son emploi est facile et n'entraîne aucun danger caustique ou toxique pour le malade.

3° Qu'il est efficace dans bien des cas où toutes les autres thérapeutiques ont échoué.

Le binoxol dans la diarrhée des tuberculeux

M. P. Courmont (*S. Méd. des Hôp. de Lyon*, 24 mars 1936) a essayé le binoxol *per os* aux doses de 1 à 3 grammes par jour dans les diarrhées des tuberculeux sans distinction. La moitié des sujets en ont eu une amélioration considérable. Les formes ulcéreuses n'en retirent qu'une amélioration incomplète et passagère mais même dans ces cas-là, les résultats sont fort intéressants si on les compare à ceux que donnent les diverses thérapeutiques que l'on a coutume de mettre en action dans ces cas.

VARIÉTÉS

Justice et pacification

I. — *Justice immanente*

Comment se figurer la justice immanente,
Qu'affirmait Gambetta, prophétique orateur
Si le Droit n'est pas Roi de façon permanente
Est-ce par ton décret, Divin législateur ?

Non. Mais tu déposas la semence latente
Du Juste et de l'Injuste au fond de notre cœur
Là, comme en un champ clos, chaque principe tente
De tuer son rival pour régner en vainqueur.

Le succès n'est jamais du Droit le seul critère :
Etre utile pour tous est son vrai caractère,
Voulu par Dieu ; souvent l'Homme le méconnaît.

La Justice, vaincue et morte en apparence,
Tôt ou tard se relève et prouve son essence
Immortelle, — où Phénix, de ses cendres renaît.

II. — *Réconciliation*

Voici ce qu'il faut dire au peuple d'Allemagne :
« Nos deux histoires sont de longs gémissements.
Pour christianiser les Saxons Charlemagne
Avait déjà recours aux plus durs châtiments,

Turenne, Frédéric, Napoléon ?... Montagne
D'hécatombes, pillage, horreurs, démembrements...
Bismarck nous prend l'Alsace et Foch nous la regagne
Des flots de sang versé, puis recommencements...

Va-t-on continuer l'interminable guerre
Où chacun des partis perd ou ne gagne guère ?
Non. Disons à la haine un éternel adieu.

Et, plus ou moins contents d'être ce que nous sommes,
Travaillons désormais, avec l'aide de Dieu,
En commun dans la paix pour le bonheur des hommes.

III. — *Doutes*

Si les belligérants consentaient une trêve,
On pourrait assembler autour des tapis verts,
Les délégués d'Etats adhérents à Genève
Et tirer un bon plan de ces projets divers.

On pourrait espérer réaliser le rêve
D'une éternelle paix régnant sur l'Univers
Mais marchands de canons, par crainte de la grève,
Et vils agioteurs se mettront en travers.

Il faut attendre aussi de nations altières
Le refus de céder un pouce de frontières !
Faut-il abandonner l'espoir que nous avions,

De ne plus voir jamais dans nos cités en flammes
Pleuvoir sur les enfants, les vieillards et les femmes,
Le déluge infernal des bombes d'avions ?

Paul LE GENDRE.

« A lire certains jugements rendus contre les médecins, on serait poussé à croire que tout membre de notre profession peut et doit être désigné comme un ennemi public n° 1.....

« Si nos syndicats ont sur ceux des métallurgistes et des maçons l'infériorité de ne pas être à même de lutter pour les intérêts vitaux de notre profession, que des organismes se créent pour les suppléer. Car il y a péril en la demeure. » (J. CRINON. — *L'Informateur Médical*, 7 juin 1936.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Un chirurgien lyonnais : Joseph-Pierre-Eleonord Pétrequin. — *A l'Académie des Sciences, Belles-Lettres et Arts de Lyon (16 juin 1936), une communication de M. le Professeur Guiart sur Pétrequin. En voici un résumé, d'après* LE SALUT PUBLIC DE LYON :

Sauf un travail du Docteur Gayet, aucune biographie n'existe. C'est par une pièce découverte à Villeurbanne que M. Guiart a pu préciser la date de naissance et même les prénoms de Pétrequin.

Joseph-Pierre-Eléonord Pétrequin est né, le 26 juin 1809, dans une villa de la Tête d'Or à Villeurbanne, qui faisait alors partie de l'Isère.

Nous ne savons rien de ses études classiques, mais nous constatons qu'il lit couramment le grec et sait très bien le latin.

A l'âge de 18 ans, il commence ses études de médecine à Lyon, où il a comme Professeur Bajard, Janson, Gensoul, Sénac et Richard de Lagrade. En 1829, il est reçu interne et à la fin de son internat en 1835 il se rend à Paris où il se fait recevoir docteur avec une thèse sur la *menstruation*. C'est alors que la phrénologie de Gall le séduit.

A son retour à Lyon en 1837, il échoue au concours du Majorat de la Charité, mais réussit à celui de l'Hôtel-Dieu, où il a comme concurrent Bouchacourt, Girin et Diday.

Pour se reposer il entreprend un voyage en Italie et il en revient familier avec l'ophtalmologie.

En 1838, il prend ses fonctions d'aide major à l'Hôtel-Dieu, et il semble supporter avec peine d'être au second rang à côté de l'illustre Amédée Bonnet. Pour essayer d'éclipser le maître, il travaille avec frénésie, et inonde de ses travaux tous les journaux scientifiques.

Une plus cruelle douleur lui était réservée.

Amédée Bonnet, contrairement à tous les usages, est maintenu comme professeur de clinique après son majorat. Pétrequin évincé ne peut que se faire nommer professeur suppléant, puis professeur adjoint.

En 1844 il donne son célèbre *Traité d'Anatomie topographique médico-chirurgicale*, qui fut traduit en allemand, en italien, en espagnol.

Jusque-là Pétrequin avait vécu avec sa mère, bonne et dévouée paysanne du Dauphiné, qui adorait son fils dont elle avait réussi à faire un *Major* et c'est alors, en décembre 1849 au moment de terminer son majorat, qu'il épousa Mlle Victor Sargnon. C'est de ce mariage que sont nés : Louis-Eléonord Pétrequin mort tout récemment et Clémence Pétrequin encore vivante.

C'est alors que commence pour lui toute une fin de vie justement honorée. Son majorat cesse le 29 décembre 1849, mais l'Hôtel-Dieu le garde jusqu'en 1854 comme professeur adjoint de clinique chirurgicale. L'Académie de Lyon alors académie impériale l'élit en 1852, et en fait son président en 1860.

En 1863, à l'occasion de la rentrée des Facultés, il prononce un discours sur l'enseignement médical à Lyon, et réclame avec d'excellentes raisons la transformation en Faculté de l'Ecole préparatoire.

Pétrequin ne vit pas son vœu réalisé. La Faculté de médecine ne fut créée qu'en 1877, un an après la mort de Pétrequin.

Il employa ses dernières années à traduire la Chirurgie d'Hippocrate. Cette œuvre de tout premier ordre, imprimée aux frais de l'Etat, ne parût qu'en 1878. C'est à Fontaines-sur-Saône qu'il mit la dernière main à ce travail où l'on doit admirer le chirurgien savant, l'helléniste habile le critique et le philologue rompu à toutes les bonnes méthodes, et Pétrequin nous y apparaît l'égal de nos grands érudits de la Renaissance.

Duchenne de Boulogne, praticien. — *Le Docteur Paul Guilly vient de consacrer à Duchenne de Boulogne, un livre riche de pensée et de faits* (Baillière, édit.), *dont nous extrayons les pages où il évoque la vie du médecin de Boulogne :*

Au printemps de 1831, Duchenne s'installa à Boulogne.

Sa seule ambition était d'exercer avec amour son métier. Il aspirait à devenir un « médecin de famille » d'autrefois, soucieux non seulement de la santé physique de ses malades, mais aussi confident discret et conseiller sûr dans les circonstances difficiles de la vie.

Le nom des Duchenne était populaire dans la ville et, dès le début, le jeune médecin eut de nombreux clients. Il s'imposait par la parfaite connaissance de son art, sa bonté naturelle, son dévouement.

En pleine nuit, par tous les temps, il n'hésitait pas à se rendre à pied dans les faubourgs lointains de la ville. La bourrasque du large n'avait pas de prise sur ses larges épaules. Sa course faite il revenait rêveur. Il ne songeait pas au sommeil perdu, à ses vêtements trempés, mais bien au malade qu'il venait de voir. Avait-il posé un bon diagnostic, préconisé une thérapeutique efficace ?

L'année même de son installation, le 28 décembre 1831, Duchenne épousa une jeune fille de Boulogne, Mlle Barbe Boutroy. C'était un mariage d'inclination. Etabli à vingt-cinq ans, marié selon ses vœux, ayant une clientèle enviable, il put croire au bonheur. Deux années passèrent ; un fils naquit les premiers jours de 1833. Il est banal de dire que le destin nous accable à l'heure où il semble nous combler.

Duchenne put en faire la triste expérience. Sa femme mourut d'une infection puerpérale, deux semaines après la naissance de son fils.

La douleur du médecin fut immense et on rapporte que sa santé faillit ne pas y résister. De longues semaines il resta anéanti, enfermé chez lui toute la journée abandonnant ses clients. Il errait sans but dans son appartement, obsédé par l'image de sa compagne. Il n'eut même pas la consolation de s'occuper de son fils. Sa belle-mère lui reprochait d'avoir accouché seul sa femme. Elle l'accusait ouvertement d'être responsable de la mort de celle-ci et accapara l'enfant. Duchenne, dans un excès de scrupules, pensait de la même façon, et son chagrin s'était accru par la hantise d'une négligence possible.

En butte à l'hostilité de sa belle famille, il laissa la grand'mère s'occuper de son fils. Tout à sa peine il ne calcula pas les conséquences de son abandon. Plus tard, il devrait regretter cette faiblesse.

En 1833, Duchenne n'avait que vingt-sept ans. Les grandes douleurs tuent parfois les êtres jeunes, mais s'ils se ressaisissent, ils sortent grandis de l'épreuve, rassemblent instinctivement toutes leurs forces, se créent de nouvelles raisons d'espérer et de vivre, qui ne reposent plus seulement sur les éphémères unions humaines. Là est le secret de biens des œuvres. Chez l'homme plus âgé, chez le vieillard, la douleur morale ne tue pas, mais elle détruit à jamais la flamme intérieure. Duchenne perdant sa femme quelques années plus tard, serait probablement resté toute sa vie un obscur praticien boulonnais.

C'est entre 1835 et 1840 qu'il faut chercher dans sa pensée la naissance de son œuvre. Cette étape est purement psychologique, car extérieurement elle s'avère d'une apparente insignifiance.

Après la mort de sa femme, Duchenne demeura à Boulogne. Surmontant sa détresse il chercha l'oubli dans l'étude et la pratique de son art. Il avait alors de nombreux loisirs. La mort de Mme Duchenne avait eu un grand retentissement dans la ville et la réputation du médecin en souffrit. Les insinuations malveillantes de sa belle-mère n'étaient pas faites pour apaiser l'opinion publique. La riche clientèle le quitta ; le praticien n'avait plus à soigner que de pauvres familles de pêcheurs. Les fournées s'écoulaient monotones ne lui apportant, semble-t-il, que des raisons de maudire son sort. Il restait seul une grande partie de la journée. Il se rendait rarement chez sa belle-mère où il était mal accueilli. Son fils grandissait, sans lui témoigner l'affection qu'il était en droit d'espérer.

Chaque jour, Duchenne visitait les quartiers maritimes. Il se plaisait dans cette atmosphère qui lui rappelait son enfance. Les pêcheurs aimaient ce médecin simple et bon, sachant leur parler de la mer. La physiolomie de Duchenne devenait populaire. Pourtant, il n'était pas heureux. Ses clients demeuraient peu nombreux et, quand un cas l'intéressait, il n'osait pas, par délicatesse multiplier ses visites. La ville bourgeoise ne consultait pas cet homme triste, à qui sa belle-mère faisait une réputation d'original, de rêveur et de piètre médecin.

Chez lui, Duchenne prenait souvent son violon. Il aimait jouer sur son instrument des œuvres de Bach ou de Beethoven. Il demandait surtout aux livres de distraire ses longues heures de solitude. Mais il lisait sans suite et sans passion. Cet esprit réfléchi, méthodique, passait d'un sujet à un autre, touchait à tout et ne terminait rien. Sans s'en rendre compte il cherchait sa voie. Il finit par la trouver et aussitôt sa vie intérieure se modifia considérablement.

Un hasard, semble-t-il, décida de toute sa carrière.

En 1835, il eut l'occasion d'employer l'électroponcture sur un de ses malades. Il s'agissait d'un homme atteint d'une névralgie qu'il soignait par la méthode révulsive.

« S'aperçut-il, dit Brissaud, que l'ouverture brusque du courant produisait au point de la piqûre, une contraction isolée, circonscrite, limitée à un seul faisceau musculaire ?

« On le suppose. En tout cas il ne s'en tint pas au petit fait « exceptionnel ? dont il avait eu le bon esprit de s'étonner. Il savait que « l'exceptionnel » n'existe pas et que, s'il y a des faits rares, ceux-là, comme les autres, obéissent à des lois. Il renouvela l'expérience, en précisa une fois pour toutes les conditions, la répéta encore et encore, à satiété ; et dès lors il ne s'arrêta plus. »

Brissaud a très finement souligné ce « lieu commun du déterminisme expérimental ». Avec passion, Duchenne se livra à l'étude de l'électricité appliquée à la médecine. Il épuisa rapidement les ressources des bibliothèques de Boulogne sur l'électrothérapie. Avec de grandes difficultés, il se procura tous les livres qui parlaient d'électricité médicale. Ils étaient nombreux mais très peu avaient une réelle valeur. Les hommes de science qui avaient voulu appliquer l'électricité à la médecine, s'étaient presque tous découragés. Dès qu'il paraissait une publication sérieuse sur ce sujet, elle était utilisée aussitôt par des charlatans, qui s'en servaient à des fins commerciales.

Un médecin, digne de ce nom, était déshonoré de pratiquer une thérapeutique laissée aux empiriques et aux guérisseurs.

Duchenne eut le courage de tout lire. Il étudia et annota les œuvres de l'abbé Nollet, de Pivati, de Marat, d'Alexandre de Humboldt.

Il put ainsi apprécier et juger toute la littérature concernant l'électricité médicale. Complétant son instruction dans le domaine de la physique pure, il devint rapidement un excellent physicien.

Bientôt, il passa de la théorie à la pratique. Il fit des premiers essais sur quelques clients complaisants. Il s'était procuré tout un matériel de piles et de bobines d'induction. Déjà il cherchait à rendre ses appareils facilement transportables et à donner à l'électricité médicale une forme pratique.

Duchenne était las de vivre seul, et cédant aux conseils de ses amis, le 16 juillet 1839, il se remaria avec une jeune veuve Honorine Lardé.

Ce mariage ne fut pas heureux. La seconde femme de Duchenne, très coquette, se lassa vite du savant distrait, parfois négligent et même un peu naïf. Elle ne sut pas apprécier à leur valeur ses qualités de cœur et de dévouement qui en font à nos yeux une des plus belles figures médicales. Très peu de temps après son mariage la jeune femme délaissa trop souvent son foyer pour une vie plus brillante et plus mondaine.

Nul ne put s'apercevoir que Duchenne en souffrit. Il semble, cependant, que cette déception eut sur sa vie une grande influence. Depuis longtemps, il estimait que Boulogne n'offrait pas un champ d'expérience assez vaste pour des recherches vraiment fructueuses. Les velléités de quitter sa ville natale n'étaient pas nouvelles. Un foyer heureux l'aurait peut-être empêché de prendre cette décision. Il n'en était pas ainsi. Après avoir longuement réfléchi, il résolut de partir pour Paris, où il s'installa en 1842.

On a voulu expliquer son départ par la perte de sa clientèle après la mort de sa première femme. Dès 1836, il avait reconquis l'estime et la confiance de la bourgeoisie. C'est presque volontairement qu'il se limita pour s'adonner en paix à ses recherches sur l'électricité.

Il ne fuyait pas son pays en praticien aigri mais il « s'évadait » vers le seul endroit où il pouvait espérer le complet épanouissement de sa personnalisé.

La journée d'un étudiant en médecine de 1829. — *C'est celle de Duchenne dont la Docteur Paul Guilly publie une lettre datée du 30 avril* 1829 :

« Dès les 5 heures et demie du matin, je suis sur pied, ce mardi, et à peine ai-je le temps de me nettoyer et de déjeuner, qu'il faut de suite m'acheminer au Jardin des Plantes pour y suivre un cours de botanique. Ce cours est à peine fini, qu'un instant après, un autre prend sa place et me voilà encore retenu pour une heure au Jardin. Ensuite je dois revenir à force de jambes dans mon quartier pour aller à l'hôpital où je reste jusqu'à 11 heures et demie ou 12 heures. Alors, j'ai un petit moment de relâche et j'en profite pour aller me restaurer un peu dans ma chambre. Là, je travaille jusqu'à 1 heure et demie et à peine est-elle sonnée qu'il me faut partir de nouveau pour un cours qui me tiens jusqu'à 4 heures. Quatre heures sonnées, je reviens dîner, tantôt dans ma chambre, tantôt chez Maître Fricoteaux qui est un fameux restaurateur connu de tous les pauvres diables d'étudiants en médecine, qui y trouvent à dîner tant qu'ils veulent pour la somme de 13 sol. Tandis que Messieurs les étudiants en droit vont dans les beaux salons disserter sur les leçons du jour, tout en buvant du bon vin de Bourgogne ou de Champagne, ou pour mieux dire, du vin qu'on leur donne pour tel. Ce repas de 13 sols fait, je prends de nouveau mes livres. A partir de 7 heures je travaille avec M. Tixier, jeune homme extrêmement laborieux avec lequel se termine ma journée en étudiant jusqu'à 10 ou 11 heures, suivant la quantité de travail que nous nous imposons. »

Dans une autre lettre du 20 mars 1830 le même étudiant nous donne des détails sur les dissections :

« Pour vous en donner une faible idée, je vous dirai que la semaine passée j'ai expédié trois de ces pauvres morts qu'on livre entre nos mains. J'allais le matin dans un hôpital, l'après-midi j'allais à d'autres amphithéâtres et le soir, tous réunis ensemble, nous finissions de disséquer un petit enfant qu'on m'avait donné et que j'avais emporté chez moi. »

Les Livres de la semaine

FACQUET (Jean). — **Sur la vitesse de circulation du sang dans l'organisme.** 159 p. Br. : 25 fr. (Maloine.)

GABRIEL (Pierre). — **Les Pinéalomes. Etude anatomo-clinique.** 252 p., 13 fig. (Maloine.)

JEANNETTE-WALEN (Franck). — **Strychnine et strychnothérapie intensive.** 325 p. Br. : 50 fr. (Maloine.)

MOREAU (Henri). — **Les Impulsions créatrices du cancer.** 18 p. Br.: 5 fr. (2012). (Maloine.)

PESCAROLO (William). — **Les épanchements pleuraux invisibles.** 193 p. 65 fig. Br. : 30 fr. (Maloine).

VERDUN (P.) et MANDOUL (H.). — **Précis de Zoologie.** 4e édit. Bibl. de Pharmacie. 652 p., 476 fig. Br. : 75 fr. ; Cart. 85 fr. (Maloine.)

« Ne recherchez pas les titres car ce ne sont pas les titres qui font les hommes mais les hommes qui font les titres. » (Professeur SERGENT.)

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 28 **LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ)** 11 JUILLET 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale

R. LERICHE : Traitement chirurgical de la douleur dans l'angine de poitrine et de l'angine elle-même.. 1145

Clinique infantile

E. LESNE : Les fièvres prolongées chez l'enfant.................... 1153

Le mouvement thérapeutique

L'immuno-métallo-thérapie, par J. LAFONT.......................... 1160

Thérapeutique chirurgicale

Les arthrodèses dans les tumeurs blanches du genou................ 1162

Revue de Presse parisienne....... 1162

Sociétés savantes

Académie de Médecine............. 1165
Académie de Chirurgie............. 1166

Thérapeutique spécialisée......... 1167

Les médicaments nouveaux....... 1171

Nouvelles...................... 1139

Il y a cent ans................. 1142

Echos et Glanures.............. 1171

Les Livres de la semaine......... 1174

Supplément illustré

Les Grandes Dates médicales : 1801 : Bichat publie l'*Anatomie Générale*. — Napoléon vu par un médecin.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 29 juin. — M. MABON. La gangrène gazeuse après injections médicamenteuses. — M. MEILLARD. Sur les hypertensions artérielles, rôle des nerfs et du rein. — Mme BUVAT-COTTIN. Considérations cliniques et thérapeutiques sur les toxicomanies. — M. CHARIF-EMANI. Peut-on espérer blanchir les mélanodermies avec la vitamine C ? — M. LE LOCH. Etude de la gomme sterculia. Applications dans la constipation et certaines diarrhées. — M. DANIEL. Etude d'un cas de surrénalome avec crise d'hypertension paroxystique. — M. ELIAS-SALOMON. Etude des hémiplégies transitoires des cardiaques. — M. HIRT. Etude du traitement de l'hypotension artérielle solitaire par les procédés récents. — M. LUCQUIN. Action de l'ouabaïne administrée à hautes doses par voie buccale au cours de l'insuffisance ventriculaire gauche. — Mlle BENDU. Les formes bradycardiques permanentes de la fibrillation et du Flutt auriculaires. — M. LEBLANC. Données récentes sur la phonocardiographie. Intérêt de cette méthode dans l'étude du premier bruit normal. — Mlle HOUZEAU. A propos d'un cas de thyroïdomanie.

30 juin. — M. BONHOMME. Sur une forme particulière du paramyoclonus multiplex de Friedreich. — M. RAUST. Etude anatomique des branches de drainage des cavernes tuberculeuses. — M. KALCHTEIN. A propos de quelques cas de syndrome de Gelineau avec hallucinations oniriques. — M. VILLALATTE. Etude des idées délirantes à type schizoïde. — M. DELAUNEY. Comportement et susceptibilité des animaux thyroxinés. — Mlle COTTIN. Technique de gastrectomie. — Mlle ERDOS. Etude de la fracture de la petite apophyse de calcanéum. — M. LOISEAU. Le traitement des cancers de l'hypopharynx par les radiations. — M. VIGNERON. Propos sur la prothèse à fond en stomatologie. — M. GIRAULT D'ANGÉLY. Considérations sur les atrophies de l'iris, aspect biomicroscopique. — M. LE DIZE. Le tétanos au cours de la grossesse et suites de couches. — M. MORVIAN. Etude des présentations primitives de la face. — Mlle LODS. Stérilité et perméabilité tubaire. — M. ROZENTAL. Etude des écoulements séreux du mamelon au moment de la ménopause. — Mlle TCHIJOFF. Etude clinique et thérapeutique des endométriomes de l'ovaire. — M. VIEILLARD. Etude des pancréatites aiguës hémorragiques. Rôle de la cholécystostomie.

1er juillet. — M. SÉTA. De la cholécystographie. — M. CATALETTE. Les adhérences péritonéales post-opératoires. — M. FISCHER. Sacrum basculé. — M. LEJEUNE. L'anesthésie péridurale segmentaire. — M. AUROY. L'hygiène à la Cité Universitaire. — M. CLEPER. Le traitement des asphyxies par gaz de combat. — M. DUGAY. Le sulfate double d'orthoxyquinoléine et de potassium. Etude chimique. Application. — M. GOJON. Le mal del Pinto. — M. GOTTSCHALK. Etude de la lèpre dans les Etats baltiques (Lettonie et Esthonie). — M. HIRSCH. Effets de l'eau d'Uriage en injection intratissulaire chez les tuberculeux. — M. KEYHANI. Analyse des propriétés défensives de l'organisme vis-à-vis des agents infectieux. — M. NAIN. Le contrôle sanitaire des œufs destinés à l'alimentation. — M. PEYCELON. Contribution expérimentale à la chimiothérapie de la maladie du sommeil. — M. RABINZON. Elimination urinaire des hormones sexuelles chez les cancéreux. — M. ROOZ. La démographie de la Roumanie. — M. SCHOB. Les facteurs sociaux dans le développement de la tuberculose à l'âge scolaire. — M. SIMONESCO. Etude sur la vaccination par le BCG en Roumanie. — M. SUCHODOLSKI. Etude sur la pellagre en Pologne.

2 juillet. — M. LUPU. Valeur de la gono-réaction et de la spermoculture dans les uréthrites chroniques. — M. BOYER. Etude du traitement des perforations ulcéreuses gastro-duodénales. — M. HÉCART. Etude clinique et thérapeutique des pseudarthroses du col du fémur. — M. MARTIN. La protusion acétabulaire intrapelvienne. — M. POULIQUEN. Traitement des arthrites suppurées du poignet par résection de la tête cubitale. — M. REYÉ. Enchevillement des fractures diaphysaires par greffon tibial. — M. AZMA. Les grandes hémorragies chez les prostatiques. — M. FONTAINE. La masse sanguine. — M. ADLER. Charles Davila 1828-1884. — Mme BOURGEOIS. Les néphrites auriques. — M. DINNER. L'histoire du pneumothorax artificiel. — M. RUBIN. La supériorité de l'héliothérapie moderne (méthode Brody). — Mme MILICE BONNAFOUS. La Charité de Senlis. — M. EL MASSRY. Etiologie et prophylaxie de la prostitution. — M. BALME DU GARAY. L'insuffisance hépatique, l'asthme (l'urticaire et l'eczéma. — M. MAZAHER. Etude de l'exploration fonctionnelle du pancréas. — M. MIZRAHI. L'anasarque au cours de l'ictère catarrhal. — Mlle BISSEROVITCH. Méningite tuberculeuse pendant la première année. — M. RUIZ-CORTÈS. Etude des méningites à streptocoques chez l'enfant.

Ecoles de médecine de Caen. — A dater du 1er octobre 1936, il est créé une chaire magistrale de médecine expérimentale.

Guerre. (Réserve.) — Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. Gault, Ancel, Aubaret, Gougerot et Parisot.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Sibille, Groc (E.-P.-H.-M.), Savy, Barberousse, Chon, Nandrot, Delherm (Louis), Rouch, Gaud, Rambaud, Lamy et Mayer (André).

Cours de la Faculté de médecine de Paris. — *Stages complémentaires de vacances* 1936. — L'enseignement pour les stagiaires sera organisé pendant les vacances du 15 juillet au 31 octobre 1936 dans les services de M. le Professeur Loeper à l'hôpital Saint-Antoine et de M. le Professeur Cunéo à l'Hôtel-Dieu.

MM. les étudiants ayant un stage à compléter devront adres-

ser à M. le Doyen une demande dirigée sur papier timbré avant le 11 juillet 1936.

Ils désigneront la date à laquelle devra commencer leur stage : 15 juillet, 15 août, 15 septembre.

Pourront également s'inscrire les étudiants qui, tout en étant en règle au point de vue stage, seraient désireux de suivre un service pendant les vacances.

Syndicat des médecins de Vichy. — Le Syndicat des médecins de Vichy, affilié à la Confédération, et qui groupe 90 médecins de la station, met en garde ses confrères contre une confusion qui pourrait s'établir dans leur esprit avec un prétendu Syndicat de défense des médecins de Vichy, tout à fait inconnu dans la station.

Ce dernier vient d'envoyer à profusion une circulaire qui, faisant état d'insinuation dichotomiques inventées de toutes pièces, et entièrement désapprouvées par nous, demande à ce que les malades soient envoyés dorénavant à Vichy sans recommandation pour un médecin local.

Le seul espoir de pouvoir, dans ce cas, pêcher en eau trouble peut expliquer cet appel, qui n'est d'ailleurs pas une nouveauté.

Plus que jamais nous conseillons aux confrères de rester fidèles à leur habitudes traditionnelle d'adresser nommément leurs malades à des médecins thermaux dont ils apprécient la valeur et la moralité. (*Communiqué.*)

Ier Congrès international des sanatoriums et des établissements de cure privés (Budapest, septembre 1936). — Ceux qui n'ont pas encore indiqué le titre de leurs conférences, sont priés de bien vouloir le plus tôt possible, mais s'il est possible jusqu'au 25 juillet, le faire savoir au Comité d'organisation du Congrès : Budapest, Sanatorium Ile Marguérite, Prof. Docteur Benczur. Le Congrès aura lieu à Budapest, du 16 au 21 septembre, dans les salles de l'Académie hongroise des Sciences.

Ceux qui désirent obtenir une invitation ou qui ne l'ont pas reçue encore, sont priés de la demander à la même adresse.

Ministère des Postes, Télégraphes et Téléphones. — *Service médical à Limoges.* — Un concours sur titres aura lieu, en juillet 1936, au Ministère des P. T. T. à Paris, en vue de la nomination d'un médecin consultant au Comité médical régional de Limoges.

Les candidats à cette fonction devront être de nationalité française, avoir satisfait à la loi militaire, être âgés de 30 ans au moins et de 40 ans au plus, ne pas être attachés à une clinique d'accidents du travail, faire de la médecine générale et avoir leur domicile dans la circonscription médicale envisagée.

L'Administration recherche particulièrement des anciens internes des hôpitaux nommés aux concours.

Les demandes devront être adressées ou remises au directeur régional des P. T. T. à Limoges avant le 20 juillet. Elles devront faire mention de la date de naissance du candidat, de ses titres universitaires et hospitaliers ainsi que de ses principaux travaux et publications scientifiques.

Hospices civils de Valence. — *Concours pour la nomination d'un chirurgien adjoint et d'un chirurgien suppléant* (Lundi 12 octobre 1936). — La Commission administrative de l'hôpital général de Valence donne avis que le lundi 12 octobre 1936, à neuf heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination d'un chirurgien adjoint et d'un chirurgien suppléant.

Les épreuves auront lieu à l'École de médecine de Grenoble devant un jury composé de trois professeurs ou chirurgiens des hôpitaux, réunis sous la présidence d'un des membres de la Commission administrative.

Les épreuves comprendront :

1° Examen des titres scientifiques et des travaux des candidats ;

2° Une question de chirurgie à traiter de vive voix, suivie d'une opération de médecine opératoire à pratiquer sur le cadavre ;

3° Consultation écrite sur deux malades de chirurgie ;

4° Examen clinique de deux malades avec conclusions thérapeutiques.

Le temps accordé à ces épreuves sera fixé par le jury.

Les candidats recevront un nombre de points variant de 0 à 20 pour chaque épreuve.

Les points seront totalisés et nul ne pourra figurer sur la liste d'aptitude, s'il n'a obtenu au moins la moitié du total maximum des points.

Ils seront inscrits sur la liste d'aptitude par ordre de mérite et avec l'indication des points obtenus.

Ces chirurgiens entreront en fonctions le 1er novembre 1936.

Le traitement du chirurgien adjoint est de 1.200 francs et celui du chirurgien suppléant est de 600 francs.

Le chirurgien adjoint recevra, en plus, des Caisses d'assurances sociales et des malades payant, des honoraires encaissées par l'Administration de l'hôpital, et répartis aux chirurgiens (deux tiers pour le chirurgien-chef et un tiers pour le chirurgien adjoint).

Ces chirurgiens, adjoint et suppléant, seront choisis par la Commission administrative sur la liste d'aptitude dressée après le concours par le jury. Ils seront nommés pour une période de cinq années ; mais pourront être renommés successivement, sans nouveau concours, pour de nouvelles périodes de cinq ans, sans toutefois dépasser la limite d'âge fixée à 60 ans et vingt ans de service actif.

Dans les mêmes conditions, ils pourront être nommés chirurgiens titulaires.

Tout candidat à ces fonctions devra être Français, et titulaire du diplôme français de docteur en médecine, et prendre l'engagement écrit de se conformer au règlement sur le Service de santé de l'hôpital, ainsi qu'aux décisions et délibérations qui seraient prises ultérieurement par la Commission administrative.

Le registre d'inscription pour la participation au concours s'ouvrira au secrétariat général de l'hôpital le 21 septembre 1936, à 8 heures et sera clos le 5 octobre à 18 heures.

École départementale d'accouchement de Bordeaux. — *Cours de perfectionnement pour les sages-femmes* (Neuvième série) du 12 au 17 octobre 1936, par MM. les Docteurs Andérodias, Péry, P. Balard, R. Boursier et R. Mahon, avec la collaboration de MM. les Docteurs Guyot et Cruchet.

Lundi 12 octobre, 9 heures, *cours* (Docteur Balard) : Les complications mortelles de l'avortement criminel ; 10 h. 30, *leçon clinique* (Docteur Péry) ; 17 heures, *cours* (Docteur Mahon) : L'accouchement aseptique en clientèle. (Les moyens de le réaliser).

Mardi 13 octobre, 9 heures, *cours* (Docteur Andérodias) : Les hémorragies des premiers mois de la grossesse ; 10 h. 1/4, visite du service de la Maternité (présentation de malades) ; 17 heures, *cours* (Docteur Boursier) : Ce qu'on peut attendre du laboratoire en obstétrique.

Mercredi 14 octobre, 9 heures, *cours* (Docteur Guyot) : La stérilité chez la femme ; 10 h. 30, *leçon clinique* (Docteur Balard) : A propos de quelques observations d'interruption thérapeutique pour le moins discutable de la grossesse ; 17 heures, *cours* (Docteur Péry) : Cardiopathies et puerpéralité.

Jeudi 15 octobre, 9 heures, *cours* (Docteur Andérodias) : L'épreuve du travail ; 10 h. 1/4 : Visite du Service de Canolle : présentation de malades ; 17 heures, *cours* (Docteur Mahon) : Les lésions traumatiques basses au cours de l'accouchement.

Vendredi 16 octobre, 9 heures, *cours* (Docteur Péry) : Les hemorragies secondaires des suites de couches ; 10 h. 30, *leçon cli-*

nique (Docteur BALARD) : 17 heures, *cours* (Docteur BOURSIER) : Les traumatismes craniens du nouveau-né au cours de l'accouchement.

Samedi 17 octobre, 9 heures, *cours* (Docteur CRUCHET) : Sur quelques symptômes pathologiques du nourrisson ; 10 h. 1/4 : Visite du service de la Maternité ; présentation de malades.

Ces cours sont ouverts gratuitement à toutes les sages-femmes. Ils auront lieu dans l'amphithéâtre de l'École départementale d'accouchement à Pellegrin.

Les auditrices étrangères à Bordeaux pourront être logées gratuitement à l'École d'accouchement ; des repas leur seront servis au prix de 6 francs le repas.

Les sages-femmes désireuses de profiter de l'un quelconque de ces avantages sont priées de s'inscrire auprès de Mme la Directrice de l'École avant le 8 octobre et de s'entendre avec elle pour les repas.

Un minimum de trois bourses de voyage de deux cents francs sera attribué aux sages-femmes venues des régions les plus éloignées, grâce à la générosité des Maisons de produits pharmaceutiques et alimentaires suivantes : Blédine, Jacquemaire, Laboratoires Bottu, Laboratoires Byla, Laboratoires Clin, Laboratoires Freyssenge, Lait Gloria, Laboratoires Métadier, Laboratoires Midy, Laboratoires Roussel.

Pour tous renseignements, s'adresser à Mme la Directrice de l'École d'accouchement, Hôpital Pellegrin, Bordeaux.

IIe Congrès international de gastro-entérologie. — La Société internationale de gastro-entérologie, a organisé son IIe Congrès. Celui-ci tiendra ses assises à Paris, pendant l'Exposition universelle, les 13, 14 et 15 septembre 1937, sous la présidence de M. le Professeur Pierre Duval, de Paris.

Deux questions sont mises à l'ordre du jour des séances :

1° Le diagnostic précoce du cancer gastrique ;
2° L'occlusion aiguë et chronique du grêle.

La première sera traitée simultanément par des rapporteurs français et des rapporteurs allemands.

A l'issue du Congrès de Paris s'ouvrira le Congrès international de l'insuffisance hépatique, qui aura lieu à Vichy, les 16, 17 et 18 septembre 1937, sous la présidence de M. le Professeur Loeper.

Il comportera deux sections : une de médecine, l'autre de thérapeutique, dans lesquelles des rapporteurs éminents de diverses nationalités ont été choisis (Allemagne, Angleterre, Autriche, Espagne, France, Roumanie). Entre autres chapitres seront traités : les œdèmes des hépatiques, le foie des paludéens, le gros foie des enfants, la fonction soufrée, le foie du point de vue intervention chirurgicale, puis les médications cellulaires et circulatoires.

Les médecins auront-ils le droit d'exercer après 65 ans. — Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris n'a cessé de dénoncer sous l'ancienne législature la proposition de loi Pomaret dont un des buts est d'interdire aux membres des professions libérales l'utilisation de leur diplôme au delà de 65 ans. La nouvelle Chambre a été saisie à nouveau le 5 juin dernier d'une nouvelle proposition de loi Pomaret plus corsée que la précédente. Elle touche en effet tous les fonctionnaires, toutes les carrières intellectuelles, commerciales, industrielles, et juridiques et la médecine en particulier.

A 65 ans tous les médecins sans exception seront chassés de leur cabinet.

Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine proteste avec la dernière énergie contre un tel projet satanique qui n'a jamais été soumis aux Syndicats médicaux.

L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris fait un appel à toutes les catégories d'intellectuels, et en particulier aux membres du Barreau et du Corps pharmaceutique, et leur demande de s'associer aux Syndicats médicaux et à la Confédération des Syndicats médicaux français pour entreprendre d'extrême urgence une campagne en vue d'obtenir le retrait de la proposition Pomaret.

Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris constate avec amertume que les hommes politiques ne figurent pas dans les exclusives fixées par la proposition de loi en question. (*Communiqué.*)

Société française de gynécologie. — Répondant à l'invitation de la Société italienne de gynécologie, la Société française de gynécologie se rendra en octobre prochain à Milan pour assister au « Congrès italien de gynécologie ». A cette occasion, un voyage est organisé au cours duquel Turin, Milan et Venise, seront visitées. Concentration à Modane le 10 octobre, retour le 15. Le prix de ce voyage est très réduit.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Docteur Maurice Fabre, secrétaire général de la Société française de gynécologie, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (IXe).

Sanatoriums publics. — *Liste d'aptitude aux fonctions de médecin adjoint des sanatoriums publics.* — Conformément aux dispositions des décrets des 10 août 1920 et 21 novembre 1935, sont inscrits les candidats ci-après (par ordre alphabétique) :

MM. les Docteurs Chadourne, Corre, Dussert, Mlle Fournier, M. Lausac-Fatte, Mlle Renie, M. Le Rochais, Mme Rougier-Marmet, M. Temple.

Ces inscriptions sont valables pour le deuxième semestre.

Croisière Guillaume Budé. — L'Association Guillaume Budé vient de publier le programme de sa croisière annuelle.

Pour la première fois, ce voyage unira dans le même itinéraire Rome et Athènes. Il comportera un séjour de trois jours et demi à Rome après débarquement à Ostie, et trois autres jours à Athènes. Parmi les autres escales : Naples, Taormine, Syracuse, les Bouches de Cattaro, la côte d'Albanie, Corfou, Delphes, Corinthe, Délos, la Crète, et, enfin Carthage, qui, avec Athènes et Rome, complétera ce voyage en raccourci à travers l'histoire ancienne.

On s'inscrit 95, boulevard Raspail, Paris (VIe), pour cette croisière qui aura lieu du 23 août au 14 septembre.

IL Y A CENT ANS

9 JUILLET 1836. — *Le Concours pour la chaire d'anatomie vient de se terminer. Après la proclamation du résultat et la désignation de M. Breschet pour occuper ce poste, une cinquantaine de jeunes gens, la plupart étrangers à l'École, ou du moins du nombre de ceux à qui il importe fort peu que l'École ait de bons professeurs, se sont rués sur les membres qui garnissent le vestiaire et la salle des conférences, et ont brisé tout ce qui était à leur portée ; les armoires ont été forcées, les robes des professeurs déchirées au milieu des vociférations les plus étranges et les héros de cette journée ne sont se retirés que devant les gardes municipaux qui ont opéré une cinquantaine d'arrestations* (Journ. de Méd. et de chir. pratiques).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical de la douleur dans l'angine de poitrine et de l'angine elle-même [1]

Par René LERICHE

Je disais à la fin de notre dernière réunion, que toutes les angines devraient, en principe, être opérées, sauf contre-indications — hélas, nombreuses — à préciser.

Je n'ignore pas que cette proposition peut faire l'effet d'une de ces exagérations dont sont coutumiers, dit-on, les chirurgiens.

Ce ne serait cependant pas légitime.

Certes, l'optique des chirurgiens est un peu grosse, et leur jugement est souvent peu nuancé, en apparence. Nous sommes des radicaux et notre attitude d'esprit devant la maladie est moins temporisatrice que celle des médecins. Ce n'est pas à moi à dire que nous avons tort. En fait, j'enseigne que la première vertu d'un chirurgien, est l'équilibre, et la crainte de l'abstrait, que le chirurgien doit toujours chercher à rétablir l'ordre, l'ordre étant l'expression même, j'allais dire la réussite de la mesure.

Aussi dois-je m'expliquer sur ce qui justifie la proposition, insolite en apparence, que je viens d'énoncer.

Les angines de poitrine devraient, *en principe*, être opérées quand c'est possible, parce que l'analyse physiopathologique de la crise angineuse montre en elle le résultat d'un phénomène fonctionnel, qu'une opération adéquate peut supprimer.

Dix-sept années d'études chirurgicales, à ce sujet, m'ont en effet convaincu que dans les maladies artérielles, l'élément fonctionnel prime, dans une certaine mesure, l'élément anatomique, et qu'en supprimant celui-ci, on bloque celui-là. Je suis sûr que l'on peut guérir à peu près complètement les maladies vaso-motrices du type Raynaud, et annihiler les lourdes menaces de l'artérite oblitérante.

Du moment où il semble établi que la crise angineuse est due à un réflexe vaso-constricteur, né dans le plexus cardio-aortique et réfléchi principalement sur le système coronarien, — la démonstration en a été faite en 1899, par François Franck, — du moment où l'angine est considérée comme étant habituellement conditionnée par une lésion de la paroi coronarienne, on doit, en thérapeutique, mettre l'angine sur le plan des artérites, et la traiter comme telle.

Je n'ignore pas que ces idées sont loin d'être admises par tout le monde. En matière d'artérite des membres, tout le monde ne voit pas les choses comme je les vois. Mais j'ai l'impression que mes idées gagnent régulièrement du terrain. En 1936, le problème du traitement des artérites ne se présente plus comme il était en 1917, quand j'ai montré le rôle, jusqu'alors méconnu, de l'élément vaso-constrictif, c'est-à-dire fonctionnel, dans la genèse des troubles consécutifs aux oblitérations artérielles.

Or, je le répète, *le traitement de l'angine de poitrine n'est qu'un cas particulier du problème thérapeutique général des artérites et des troubles vaso-moteurs*. Il consiste essentiellement à interrompre les réflexes vaso-constricteurs dans le réseau collatéral et à y produire de la vaso-dilatation active. La thérapeutique médicale ne fait pas autre chose et les seuls médicaments héroïques de la crise, sont des vaso-dilatateurs, le nitrite d'amyle et la trinitrine ; mais ces médicaments n'ont que des actions temporaires et ils ne préviennent pas le retour de la crise.

On doit donc se demander si l'on peut par la chirurgie, instaurer de façon permanente un ordre nouveau sur un cœur souvent ischémié par vaso-constriction ? C'est là la vraie question que doit résoudre l'expérience chirurgicale.

Il y a quelques années, on a pu croire que le but d'une entreprise chirurgicale dans l'angine était simplement de supprimer la douleur. Et pendant longtemps, on a, avec Mackenzie, objecté à l'opération le danger qui pouvait résulter pour le malade d'une suppression complète de la douleur. On disait volontiers : « Si vous supprimez la douleur qui avertit le malade qu'il doit s'arrêter, si vous rendez la crise indolore, l'angineux risque de mourir de l'effort qu'il demandera à son cœur, sans savoir que celui-ci n'en peut plus ».

Mais, l'expérience a montré que l'opération supprimait la crise, et soulageait le cœur, et que c'est ainsi qu'elle empêchait la douleur, simple épiphénomène greffé sur un réflexe cardio-coronarien ou coronaro-coronarien.

En fait, aujourd'hui, le but de la chirurgie dans l'angine peut être triple : l'opérateur peut rechercher :
l'interruption du réflexe initiateur,
l'installation d'un régime de vaso-dilatation coronarienne,
la réduction de l'activité cardiaque.

Examinons ces trois objectifs, et la manière dont on peut les réaliser.

***

1° *Interruption du réflexe vaso-constricteur.*

Soit tout d'abord *l'interruption du réflexe, qui est la cause directe de la crise.*

Ce réflexe, nous le savons, a son origine dans le plexus cardio-aortique, et son effet moteur principal sur le muscle lisse coronarien.

On peut interrompre le réflexe, en agissant sur les voies centripètes, sur le centre de réflexion, ou sur les voies centrifuges.

Il est sans doute artificiel de parler comme si on pouvait aisément dissocier ces trois éléments. Mais, pour la clarté, des choses, il est nécessaire de les examiner sous cet aspect de schéma.

En 1899, François Franck, quand il proposa aux chirurgiens de traiter l'angine par une sympathectomie, avait pensé que le meilleur moyen d'interrompre la voie centripète, était d'enlever toute la chaîne cervicale et le premier ganglion thoracique.

Jonnesco, quand il opéra le premier angineux qui fut jamais opéré, fit cette ablation massive, dans la pensée très différente de supprimer toute la voie de retour du réflexe, la voie motrice.

Depuis lors, la question a été serré de près. Et on est revenu à l'idée de François Franck, mais de façon différente pour les uns et pour les autres, suivant l'idée que l'on se fait de la sensibilité sympathique.

a) Pour les uns, *la sensibilité du plexus cardiaque est une sensibilité d'emprunt, qui a son centre au niveau de la moelle.* Pour l'atteindre, il faut agir sur les voies centripètes

(1) Leçon faite au Collège de France, dans la chaire du Prof. Charles Nicolle, le 13 mai 1936.

en amont du centre. Les fibres qui l'emportent, partant du plexus cardiaque, passent dans les rameaux communicants, sans s'arrêter dans le ganglion stellaire, et s'en vont vers la moelle par des voies variées, rameaux communicants dorsaux de D^2 à D^4, nerf vertébral et rameaux qui en sortent, enfin cordon sympathique cervical. Quelques rameaux en plus, sans traverser le stellaire, s'en iraient dans le vague et dans le cordon sympathique.

Ce schéma est peut-être un peu compliqué, et la voie centripète est sans doute plus ramassé qu'il ne l'indique ; il est probable en particulier, comme le pensait François Franck, que le nerf vertébral ne renferme aucun élément de la sensibilité cardiaque. Mais, peu importe pour l'instant. Gardons le schéma tel quel.

Il y a dès lors deux moyens d'interrompre la totalité ou la presque totalité de la voie centripète : on peut tout d'abord couper les cinq derniers communicants cervicaux et le premier rameau dorsal, couper les racines du nerf vertébral, les rameaux descendants du vague qui vont dans le thorax, et enlever tout le sympathique sus-stellaire. Je l'ai fait quelquefois. Je dois à ce procédé quelques bons résultats et un excellent, mais j'ai l'impression qu'il est souvent insuffisant.

Ou bien l'on peut se porter sur les racines postérieures qui portent à la moelle la majeure partie des fibres centripètes venues de la région cardiaque, c'est-à-dire plus spécialement de C^8 à D^4, et les sectionner. Et c'est ce qu'a fait Davis. Mais, certaines recherches expérimentales de J. White, Ganey et Atkins, donnent à penser que ce serait insuffisant. Ces auteurs ayant, en effet, étudié les réactions à l'occlusion coronarienne expérimentale, après section des racines, ont vu que seule la section des racines antérieures et des postérieures de D^1 à D^5 supprimait complètement la réaction, c'est-à-dire la sensibilité cardiaque. D'autre part, les opérations radiculaires sont trop graves pour être couramment employées chez les angineux. Le traitement chirurgical de l'angine ne peut s'imposer que si l'opération est simple et sans risque. Je pense donc qu'il n'y a pas lieu d'insister sur les radicotomies.

b) Pour d'autres, *le sympathique a une sensibilité propre, une sensibilité réflexe, dont le centre est ganglionnaire*. Pour le cœur, le ganglion stellaire est un centre d'activité réflexe. Certaines des fibres centripètes du plexus cardiaque s'y arrêtent au contact des cellules ganglionnaires, et celles-ci réfléchissent l'excitation sur des voies motrices, surtout lisso-motrices, d'une part, et sur le ganglion spinal ou sur la moelle d'autre part.

Cette conception heurte la plupart des cardiologistes contemporains, qui sont encore dominés, en matière de sympathique, par les idées des physiologistes anglais. Pour ceux-ci, pour Langley notamment, le sympathique ne renferme pas histologiquement de fibres centripètes qui lui soient propres, donc les ganglions ne peuvent être des centres réflexes, et comme M. Cajal, le plus grand de tous les histologistes du système nerveux, a soutenu autrefois qu'il ne trouvait pas de cellules sensitives dans le sympathique, la question a paru entendue : l'absence de toute sensibilité propre au sympathique est devenue un dogme.

Mais, il n'est jamais en médecine de problème qui ne puisse être remis en question, surtout quand la solution apparente en a été donnée par la morphologie. Les données purement morphologiques ne permettent jamais d'inférer ce qu'il en est d'une fonction.

Et il est plus sûr de ne s'en tenir qu'aux enseignements je ne dis pas de la physiologie expérimentale, mais de la critique expérimentale. Car Langley fut un expérimentateur, mais certaines de ses expériences sont critiquables ou du moins insuffisantes.

Or, voici ce que l'on a trop oublié. En 1894, François Franck a montré qu'après avoir isolé le stellaire de toute connexion médullaire, on pouvait obtenir par excitation des réactions cardio-excitatrices : il a vu que l'excitation du bout central des branches de l'anse de Vieussens, quand le ganglion est séparé de la moelle, provoque des réactions motrices, ce qui prouve le rôle réflexe du stellaire, son rôle de centre. Et François Franck conclue : « Ces recherches prouvent l'indépendance au moins relative du sympathique. Elles conduisent à admettre que les organes recevant des filets moteurs venus des ganglions sympathiques, envoient à ces ganglions des filets sensitifs, excito-réflexes, aboutissant aux cellules ganglionnaires, et suffisant à entretenir le réglage fonctionnel, sans intervention du bulbe ou de la moelle ».

Fontaine et moi avons retrouvé chez l'homme et chez les animaux les faits vus par François Franck. Hermann a fait récemment les mêmes constatations. Et la physiologie en vient peu à peu à admettre que, d'une façon générale, l'équilibre des conditions fonctionnelles de la vie ne peut être réalisé, si les centres ne sont pas sans cesse renseignés sur l'état du milieu intérieur et des organes. Elle accepte avec W.-R. Hess des réflexes de nutrition : N'est-ce pas admettre avec Franck la sensibilité sympathique et le rôle des ganglions ? Or voici que par un curieux retour des choses, l'histologie morphologique est en train de découvrir le dispositif même de ces régulations réflexes de la vie végétative, qu'autrefois Dogiel avait déjà admis.

Dans une série de travaux marquants, un histologiste de Budapest, Kiss, vient, en effet, d'établir qu'il y a dans les tissus, dans les viscères à innervation végétative, des éléments d'innervation sensitive sous la forme de petites cellules rondes et claires, que l'on trouve identiques dans les ganglions spinaux et dans les ganglions sympathiques.

Rémy Collin, qui a résumé, dans un précieux petit livre consacré aux récepteurs de la sensibilité, l'essentiel des recherches de Kiss et de son école, admet que, sous réserve du contrôle expérimental, les idées de Kiss lui semblent devoir être acceptées. Et il ajoute que ce contrôle est déjà commencé.

La découverte de Kiss, nous dit-il, suggère la possibilité d'arcs réflexes sympathiques élémentaires pouvant échapper, le cas échéant, aux influences centrales. Bien des réflexes peuvent ainsi être interprétés comme le fruit de l'activité d'un seul couple sensitivo-moteur végétatif, les ganglions étant des transformateurs, autrement dit des centres réflexes. Nous voici donc ramenés à la conception même de François Franck et le sympathique a désormais une tout autre figure qu'il y a peu de temps encore. Son vrai visage !

Dès lors, si l'on veut interrompre la voie du réflexe dans l'angine de poitrine, en la considérant comme un réflexe purement végétatif, le plus simple et le plus sûr est probablement d'enlever le ganglion qui en est le centre, c'est-à-dire le ganglion stellaire.

A cette ablation, on a fait nombre d'objections, que l'expérience a montrées purement théoriques.

On a craint qu'en supprimant la majeure partie de la voie cardio-accélératrice, elle n'affaiblisse dangereusement le cœur, qu'en interrompant les voies coronaro-dilatatrices, elle n'exagère le spasme coronarien, et ne diminue, de façon définitive, la valeur fonctionnelle du myocarde.

L'expérience chirurgicale et l'expérimentation ont fait justice de ces craintes théoriques, que j'avais moi-même

partagées quand j'ai entrepris, il y a onze ans, le traitement chirurgical de l'angine.

Sur le chien, de 1930 à 1932, Fontaine a fait 38 stellectomies, tantôt unilatérales, tantôt bilatérales, en vue des recherches que nous poursuivions ensemble sur le traitement de l'angine. Chez la plupart des animaux stellectomisés, les deuxième, troisième et quatrième ganglions dorsaux ont été en outre supprimés. Chez tous ceux qui ont survécu (quelques-uns sont morts d'infection pleurale), il n'y a eu aucun signe de déficit cardiaque, ni objectivement, ni électro-cardiographiquement.

Le film qui vous a été projeté, il y a quelques jours, vous l'a montré. Et le détail de ces observations a été publié dans un rapport au Congrès français de chirurgie, en 1932.

D'autre part, chez l'homme, nous avons fait, Fontaine et moi, de 1925 à hier 28 avril 1936, 69 stellectomies unilatérales et 49 bilatérales, soit en tout 167 ablations stellaires sur 265 sympathectomies cervicales. Nous n'avons eu à déplorer aucune mort opératoire. Aucun opéré ne nous a donné une crainte cardiaque. Certains de nos opérés sont suivis depuis dix ans. Nous ne connaissons pas à longue échéance de mort rapide par le cœur, même parmi les angineux bistellectomisés. Les nombreux opérés que nous avons revus souvent, ont des cœurs paisibles au repos, accélérant normalement à l'effort. Ils se comportent normalement dans la vie, et ne montrent à l'électrocardiogramme aucun signe de déficience cardiaque, ce qui s'explique probablement par le fait que les fibres accélératrices du cœur passent surtout par les troisième, quatrième et cinquième ganglions thoraciques.

La stellectomie peut donc être pratiquée sans arrière-pensée, pour supprimer le réflexe vaso-constricteur qui est à l'origine de la crise angineuse.

***

Infiltration novocaïnique du ganglion

Mais, il est un autre moyen d'y parvenir, basé lui aussi sur la fonction de centre réflexe que paraît jouer le stellaire. C'est l'infiltration novocaïnique du ganglion.

Voici comment l'idée nous en est venue, à Fontaine et à moi. Nous avions été frappés de voir, lors de nos opérations pour angine de poitrine que l'injection de novocaïne dans le stellaire chirurgicalement exposé, arrêtait net la crise angineuse décl nchée par le contact instrumental avec le ganglion. Dans toutes les stellectomies que nous faisions, toujours, sous anesthésie locale, nous prîmes, peu à peu, l'habitude d'infiltrer le stellaire par voie cutanée, à la fin de l'anesthésie, et aussitôt qu'il était découvert, afin de bloquer les réflexes vaso-constrictifs et d'éviter l'éveil de la douleur cardiaque, dont j'ai parlé, au cours de la section de certaines branches du ganglion.

Tout naturellement, nous avons été conduits à nous demander si l'on ne pourrait pas, en cas de crise, atteindre directement le ganglion soit par la voie antérieure, soit par voie latérale, soit par voie postérieure. Quelques recherches furent faites sur le cadavre, en injectant du bleu de méthylène. Nous avons de même préopératoirement, sur le vivant, injecté du mercurochrome, afin de voir où se répandait le liquide d'injection.

Puis, l'essai fut tenté chez l'homme, et dès la première tentative, ce fut un succès complet. Le malade soigné par le Prof. Merklen avait des crises subintrantes, que rien ne soulageait. Fontaine l'infiltra : la sédation fut instantanée. Le lendemain il ne persistait qu'un peu de gène rétrosternale. Une nouvelle infiltration fit tout disparaître, et pendant trois mois, aucune crise ne reparut. Depuis, nous avons infiltré un nombre considérable d'angineux de toutes sortes, et presque toujours avec des résultats positifs de plus ou moins longue durée, sauf dans des cas complexes de thromboses coronariennes où il semble que rien n'agisse, où tout effort éveille une douleur rétro-sternale, où le malade ne peut presque plus faire un pas.

On peut, si l'on veut, compléter l'action de la novocaïne en injectant 1 à 2 centimètres cubes d'alcool à 90° dans le ganglion, comme l'on fait Mandl, Swetlow et J. White. A Massachusetts General Hospital, White n'emploie contre l'angine que cette procédure, et a ainsi traité 35 angineux avec d'assez bons résultats.

Personnellement, je n'aime pas cette méthode infidèle et douloureuse. Au moment où l'injection d'alcool dans les névralgies du trijumeau marque un recul considérable, à cause de ses échecs et de ses inconvénients, il me semble peu indiqué de la ressuciter pour traiter les angineux.

2° *Production d'une vaso-dilatation coronarienne.*

Le second objectif que peut se proposer le traitement chirurgical de l'angine, est *d'améliorer la vascularisation* du cœur, en supprimant les vaso-constricteurs coronariens.

Pour un grand nombre de physiologistes, ces vaso-constricteurs, à l'inverse de ce qui est partout ailleurs, ne proviendraient pas du sympathique, mais du vague. Le sympathique ne renfermerait que des vaso-dilatateurs, qui passeraient par le stellaire.

Il est bien évident que s'il en était ainsi, la stellectomie irait à l'inverse du but souhaitable et devrait être rejetée du traitement de l'angine.

Mais, il n'en est certainement pas ainsi.

François Franck, ce grand oublié, l'avait déjà montré dans ses leçons du collège de France, en 1893.

Sans avoir connaissance alors de ses recherches, nous avons voulu, Fontaine et moi, reprendre la question expérimentale sur des bases rigoureuses, et dans des conditions aussi proches que possible de la vie normale. Les expériences de la plupart des physiologistes nous paraissaient avoir un vice rédhibitoire. Elles étaient trop brutales pour que les conclusions en soient valables. Généralement, en effet, on étudiait l'innervation coronarienne sur ce que l'on appelle le système cœur-poumons, c'est-à-dire sur des organes séparés de leurs connexions normales et en vie artificielle. N'était-ce pas tuer l'animal pour étudier la vie ? Nous avons donc procédé différemment.

Sur des chiens endormis, un dispositif d'enregistrement de la pression artérielle fut mis par Fontaine dans la carotide primitive d'une part, dans la branche descendante de la coronaire gauche d'autre part, le cœur étant chirurgicalement découvert, avec le minimum de traumatisme. Puis, le ganglion étoilé gauche, la branche antérieure de l'anse de Vieussens, le pneumogastrique gauche, furent excités tour à tour par un courant induit faible. Les courbes d'excitation ainsi obtenues étaient rigoureusement parallèles : la coronaire se comportait comme la carotide ; la pression s'y élevait quand on excitait le sympathique, s'abaissait quand on excitait le vague. Sur cinq expériences valables, cinq fois les résultats furent identiques. Il n'y avait dans ces expériences aucune cause d'erreur possible.

Il est donc certain que l'innervation constrictive des coronaires suit la loi générale de l'innervation vaso-motrice, et que là aussi, le sympathique est vaso-constricteur.

Malgré la précision de ces recherches, menées à bien par

la maîtrise expérimentale de Fontaine, aidé par Kunlin, malgré les faits confirmatifs apportés récemment par Max Hochrein, on continue de répéter que les sympathectomies ne peuvent qu'aggraver la circulation du cœur. Les erreurs sont d'habitude difficiles à déraciner, surtout quand elles ont l'air de s'appuyer sur de l'expérimentation. La médecine de notre temps est beaucoup moins critique d'habitude qu'elle ne le croit : elle a ses dogmes : elle se contente souvent d'affirmations, de vraisemblances, d'idées reçues, et l'argument d'autorité y conserve un grands poids. On a beau montrer les fautes de certaines expérimentations, mettre le doigt sur le vice de méthode qui a induit en erreur, il faut toujours beaucoup de temps pour rectifier une opinion traditionnelle dès qu'elle est revêtue du manteau troué d'un faux classicisme.

Dans le cas particulier de l'innervation vaso-motrice des coronaires, il semblerait pourtant que le bon sens et les résultats chirurgicaux de la stellectomie dans l'angine devraient aider à remettre les choses d'aplomb. Est-il donc si difficile d'aller au fond des choses sans s'arrêter au premier tournant ?

La vérité se fera jour cependant. Peut-être, bientôt, l'artériographie sur l'animal vivant permettra-t-elle d'obtenir des documents décisifs, supprimant toute discussion et d'apporter une preuve définitive de l'action coronaro-dilatatrice du sympathique ?

Pour moi, la question est entendue. La stellectomie provoque sur le système coronarien la même suppression des excitations vaso-constrictives, que sur les artères du membre supérieur. Elle améliore la circulation du cœur, et favorise l'installation de la circulation anastomotique.

Et, j'ajouterai que l'infiltration stellaire fait la même chose.

On pourrait encore probablement obtenir le même résultat, en faisant la résection du segment coronarien oblitéré, l'artériectomie segmentaire supprimant les réflexes vasoconstrictifs qui partent d'une paroi artérielle malade et amenant de la vaso-dilatation. Mais, la chose n'a été ni réussie expérimentalement, ni essayée chez l'homme.

***

3° Réduction opératoire de l'activité du cœur.

Le troisième objectif que peut se proposer le traitement chirurgical de l'angine de poitrine, *est de diminuer l'activité du cœur, en diminuant les échanges et les besoins de l'organisme, par la thyroïdectomie totale.*

A Boston, Elliott Cutler et Hermann Blumgart, parallèlement et chacun de son côté, ont montré que la suppression totale de la thyroïde, en diminuant les dépenses organiques, réduit l'activité cardiaque, l'adapte à un régime restreint et peut ainsi améliorer les angineux, comme elle améliore les cardiopathies mal compensées.

Six angineux opérés par Cutler, et dont cinq avaient des signes de défaillance cardiaque, auraient vu ainsi disparaître leurs crises.

Que ce procédé de thérapeutique indirecte puisse donner d'excellents résultats dans les cardiopathies, je l'admets très volontiers, bien que mon premier essai n'ait pas été très probant. Mais, dans l'angine coronarienne, je vois mal ses avantages sur la sympathectomie. L'opération est certainement plus grave, plus difficile, plus longue. Il est peu probable qu'elle puisse améliorer plus sincèrement la circulation coronarienne, pallier aux inconvénients et aux risques de l'oblitération. Je n'ai malheureusement pas encore trouvé l'occasion de l'essayer. Je suis prêt à le faire. Mais, il me semble qu'elle doit être réservée aux angines compliquant une cardiopathie, ou aux oblitérations coronariennes étendues, pour lesquelles une réduction de toutes les activités est peut-être la meilleure des solutions.

Pour les angines réflexes, pour les petites oblitérations coronariennes, dans tous les cas où le malade peut espérer retrouver des possibilités de vie sensiblement normales, il me semble préférable de se limiter aux sympathectomies.

Mais, il est encore trop tôt pour juger de la valeur pratique de cette intéressante méthode.

***

Indication du traitement chirurgical de l'angine.

Voici donc les trois objectifs que peut poursuivre le traitement chirurgical dans l'angine et les moyens de les réaliser.

Quand convient-il d'y songer ? Et, comment, en présence d'un cas donné, faut-il se comporter ?

J'ai dit, en commençant cette leçon, qu'en principe, toutes les angines devraient ressortir du traitement chirurgical, parce que, au prix d'une intervention facile, on pourrait vraisemblablement arrêter dans nombre de cas, d'un seul coup la maladie pour toujours, et mettre le malade à l'abri des douleurs et de la mort subite. Même quand les crises sont espacées, l'enjeu, à mon avis, vaudrait l'effort.

Mais bien entendu, il ne s'agit pas dans mon esprit, d'appliquer la méthode chirurgicale dès la première crise, comme on fait en matière d'appendicite. Il faut de toute évidence, commencer par traiter le malade médicalement. La mise au repos, au régime, aux préparations iodées, aux hypotenseurs, aux anti-spasmodiques, améliorent beaucoup d'angineux, dans une proportion de 50 à 75 %. Quand on a l'impression que l'on piétine, au bout de six mois, d'un an, l'opportunité du traitement chirurgical devrait être discutée.

Pour l'instant, tout le monde s'accorde pour ne réserver au traitement chirurgical que les très mauvais cas, que ceux pour lesquels le traitement médical est vraiment sans effet, où la douleur vraiment intolérable revient sans cesse, où les malades condamnés à la trinitrine à tout instant, sont perpétuellement arrêtés par la barre rétrosternale.

C'est donc à ce lot de malades qu'il faut essayer de distribuer nos possibilités, en faisant pour le mieux, sans avoir la prétention de les améliorer tous — car certainement, parmi eux, il y a un grand nombre d'incurables.

Ai-je besoin de dire combien les indications tracées dans de telles conditions, sont, en fait, arbitraires et probablement fragiles ?

D'autre part, mon expérience est manifestement insuffisante pour décider de ces questions difficiles.

Nous avons, Fontaine et moi, opéré 27 angineux. Nous en avons observé entre 38 à 40. C'est peu. Et cependant, cela représente quinze ans d'efforts, quinze ans de volonté tendue vers une recherche.

Je n'ai pas l'illusion de croire que cela constitue une expérience. Et, alors que les angineux sont légion, c'est peut-être la plus grande expérience qui soit au monde en matière de traitement chirurgical de l'angine. J'en ai quelque peu honte. Mais, je trouve que cela fait bien comprendre, pourquoi nos progrès en médecine sont si lents !

D'après cette expérience un peu mince, il semblerait que l'on puisse envisager les choses de la façon suivante :

1° L'infiltration stellaire gauche, habituellement, droite si le malade souffre à droite, doit être essayée chez tout angineux, à titre de diagnostic et d'analyse. Si elle suspend franchement la crise, et surtout si l'accalmie dure quelques jours, il est probable que la sympathectomie sera efficace. Et si le malade est opérable, l'opération devrait être faite, quand les délais dont je parlais tout à l'heure seront passés.

Si le malade ne l'est pas, si l'impression générale est mauvaise, s'il y a cardiopathie concomitante, si l'électrocardiogramme montre de fâcheux complexes ventriculaires, si l'on pense à une oblitération coronarienne étendue, s'il y a un état de mal, s'il y a un infactus, et surtout dans sa phase aiguë, on peut se borner à l'infiltration stellaire répétée, suivant les nécessités. Il y a des malades auxquels, Fontaine et moi, en avons fait pendant des mois, je pourrai presque dire des années, par intervalle.

On pourra, au cours de ces infiltrations, varier et la voie d'accès, et le niveau de l'infiltration, c'est-à-dire infiltrer tantôt le stellaire, tantôt le deuxième ou le troisième thoraciques.

En règle générale, l'infiltration stellaire me semble plus efficace que les infiltrations plus basses. Mais, elle ne l'est pas toujours, ou du moins chez certains angineux, elle ne donne qu'un apaisement de quelques heures. Il y a des malades chez lesquels tout, un rien, provoque une crise, une douleur, l'ouverture d'une porte, l'arrivée d'une visite, la lecture d'une lettre, un instant d'attente, une impatience, à plus forte raison, un repas, un effort.

Dans ces cas, même les infiltrations répétées sont de piètres ressources. Mais, comme ces cas ne sont pas opérables et que l'infiltration est une des rares choses qui les soulagent. Certains malades les réclament.

L'infiltration stellaire convient par contre aux cas, pour lesquels l'opération n'a eu qu'un effet insuffisant.

Je m'explique. Nous avons montré, Fontaine et moi, que parfois les sympathectomisés font des névromes de cicatrisation, comme les neurectomisés périphériques, comme les amputés, que ces névromes sont le point de départ de réflexes de tous ordres, et de douleurs. L'infiltration du moignon sympathique les calme.

A plus forte raison, si la section a été sus-stellaire.

Les autres angineux relèvent à mon avis de la stellectomie, c'est-à-dire les angines réflexes, les angines d'origine coronarienne récente ou ancienne, à électrocardiogramme encore satisfaisant, même avec ondes coronariennes, même avec absorption du sommet R et arrondissement de T. Mais on se méfiera des graves déformations du complexe ventriculaire, non pas à cause de la gravité de l'intervention, qui demeure bénigne en toutes circonstances, même en cas d'infarctus, mais à cause de la précarité du résultat.

J'ai opéré un médecin ayant un infarctus et un très mauvais électrocardiogramme. Les suites ont été simples, une certaine amélioration a été obtenue. Mais, la mort subite a eu lieu au bout de seize mois.

Il me semble, pour m'en tenir sur le terrain clinique, qui m'est plus familier que le domaine électro-cardiographique, que les plus mauvais cas pour l'intervention sont ceux où le malade a une très forte claudication intermittente cardiaque, ne peut faire le moindre effort, sans éprouver une vive douleur en barrière derrière le sternum et dans le dos. Ces cas, qui répondent sans doute à une oblitération coronarienne étendue, ne guérissent pas par les interventions sympathiques qui, d'habitude, ne font que supprimer l'angoisse, l'impression de mort imminente et les irradiations trachéales.

Choix de l'opération.

L'intervention décidée, quelle opération faut-il faire ?

J'ai fait toutes sortes de sympathectomies. Je pense que la meilleure est habituellement la stellectomie gauche. J'ai eu, après les opérations sus-stellaires, un très bon résultat, et un autre très satisfaisant ; mon premier opéré est demeuré guéri neuf ans, en ayant gardé son ganglion stellaire. Mais, d'habitude, j'ai eu des échecs quand j'ai gardé le stellaire, des échecs que peut-être la stellectomie m'eût épargnés, car l'infiltration novocaïnique du ganglion, laissé en place, amenait la sédation des crises résiduelles.

A mon avis, tout le débat qui a eu lieu autour de la question : faut-il ou non enlever le ganglion ? Est-il ou non dangereux de l'enlever ? n'a pas l'intérêt que l'on a cru. On a fait tourner toute la question autour d'un point secondaire. J'ai été, bien malgré moi, entraîné à prendre part, à une discussion byzantine, après m'y être longtemps refusé : cette discussion n'a pas fait avancer la question d'un pas, et elle l'a beaucoup embrouillée pour tout le monde. Quand donc les médecins comprendront-ils que la scholastique et la rhétorique n'ont rien à faire en face des faits apparemment contradictoires, et que c'est seulement à une expérience plus étendue qu'il faut demander une solution ?

Dans le cas particulier, l'analyse dépouillée des faits a déjà répondu.

Mon expérience de vingt-sept cas, attentivement suivis, montre que la stellectomie est sans danger et qu'elle est efficace. C'est elle que nous continuons de faire, Fontaine et moi quand les circonstances opératoires sont favorables.

Que veulent dire ces mots : circonstances favorables ?

Il y a des angineux difficiles à opérer. Ils ont le cou très court, gros. Leur stellaire est thoracique, quelquefois leur chaîne est friable. Il m'est arrivé de trouver de réelles difficultés à l'enlever. Je l'ai laissée. Mais, c'est pour moi un pis aller. Et toutes les fois que j'estime n'être pas dangereux, j'enlève le ganglion. La question d'aide et d'expérience joue beaucoup sur ce terrain. Un aide entraîné est nécessaire pour cette chirurgie très spéciale, et je dirai pour préciser mieux ma pensée que nous avons toujours stellectomisé quand nous opérions ensemble, Fontaine et moi, tandis qu'avec des aides non habitués, il m'est arrivé de laisser le ganglion en étant parti pour l'enlever.

Ce qui veut dire que la stellectomie est une opération qu'il faut apprendre et que cette chirurgie n'est pas de celles que n'importe qui improvise. Elle exige les qualités que l'on réclame pour la neuro-chirurgie.

A cause de cela, il y a, dans le bilan de la chirurgie sympathique, un lot énorme d'observations sans valeur, dans lesquelles il n'a pas été fait ce qu'indique le titre. J'ai vu des malades que l'on m'a présentés comme stellectomisés, et qui ne l'avaient certainement pas été. On m'a présenté de prétendus stellectomisés qui n'avaient pas de syndrome oculo-pupillaire, dont l'opération avait été faite en un tour de main, en quelques minutes, sans que l'artère vertébrale ait été vue. L'opération n'avait pas eu de succès. On en avait conclu qu'elle ne valait rien. C'était seulement l'opérateur qui n'avait rien valu.

Aussi je me méfie des statistiques, et en mon for intérieur je n'en tiens presque pas compte.

D'autre part, il y a certainement dans le lot des stellectomies faites, un nombre important d'opérations incomplètes. J'en connais dans ma propre statistique. En bonne justice, s'il y a récidive dans ces cas, est-ce la méthode ou l'opérateur qu'il faut incriminer ?

Quels cas convient-il de réserver à la thyroïdectomie totale ?

Je ne sais pas. Je n'ai pas d'expérience de cette opération, dont on ne connaît pas encore bien les résultats.

A priori, elle me paraît inférieure à la sympathectomie, parce que, si elle guérit, elle ne le fait qu'en diminuant la valeur physique et intellectuelle de l'individu, que la sympathectomie laisse intacte. Je crois qu'aucun thyroïdectomisé ne mènerait la vie active normale que mènent certains de mes opérés.

Il faudrait donc — et je dis cela sous bénéfice d'inventaire — ne thyroïdectomiser que les malades qui, de toutes façons, ne peuvent espérer redevenir capables de travailler, c'est-à-dire ceux qui ont une cardiopathie concomitante, ceux qui ont un grave infarctus, ceux qui ont un mauvais électro-cardiogramme, ceux en somme auxquels, plus haut, je réservais l'infiltration stellaire habituelle.

Mais, je ne sais pas.

***

Résultats personnels.

Je ne voudrais me baser ici que sur ma propre expérience et voici ce que m'a appris l'étude des vingt-sept cas que nous avons opérés, Fontaine et moi.

1° Sur vingt-sept cas, il n'y a eu aucune mort opératoire. Donc cette chirurgie est bénigne.

Deux de nos opérés, cardiaques que, mieux averti, je n'opérerais plus aujourd'hui, sont morts six et huit mois après l'opération. Un autre, en très mauvaise condition coronarienne, a été complètement soulagé jusqu'à sa mort survenue huit mois plus tard.

Un certain nombre de malades n'ont eu qu'un bénéfice médiocre. Presque tous étaient de graves coronariens. Un seul m'a déconcerté. C'était un amputé de guerre, ayant eu le tétanos et gardant des crampes dans son moignon. Son électro-cardiogramme était normal. Il avait une angine réflexe. L'ablation de deux névromes du sciatique avait fait disparaître les crises pendant un mois. Comme elles étaient revenues, persuadé que j'allais le guérir, je lui fis une stellectomie gauche. Il ne fut qu'amélioré, et, après sept ans, demeure sujet à des crises espacées. Je le compte comme un échec. Il aurait peut-être fallu l'opérer à droite. Le malade a refusé.

A côté de ces résultats médiocres, voici des résultats satisfaisants :

Un opéré est resté guéri pendant neuf ans, sans reprendre la moindre crise. Aux dernières nouvelles et à l'âge de 70 ans, il est mort d'une pleurésie.

Une opérée a été revue trois ans et demi après une double stellectomie complètement guérie.

Un opéré de Fontaine est complètement guéri depuis sept ans.

Plusieurs cas sont très améliorés ou presque guéris, depuis deux et trois ans.

Voulez-vous que je leur laisse la parole ? Voici ce que m'écrit, un an après une stellectomie gauche, l'un d'eux qui m'avait été adressé par Gallavardin : « Me voici bien soulagé. J'ai pu reprendre mon travail, et je peux me déplacer bien plus facilement. Il m'arrive bien quelquefois, surtout après avoir mangé, de sentir une forte barre sous le sein droit. Mais ce n'est rien à côté des souffrances que j'ai endurées avant l'opération. Et je suis très satisfait du grand soulagement que vous m'avez procuré ».

En janvier 1934 un angineux m'est adressé par Gallavardin, « Syndrome angineux net, persistant depuis juillet 1930, sans aggravation marquée, mais sans amélioration, avec syndrome douloureux typique, constriction sternale, moyenne, encerclant les deux seins, irradiation plutôt dans le bras droit que dans le gauche. Bref angine coronarienne rebelle au traitement ». Le 26 janvier, stellectomie droite. Le malade m'écrit seize mois plus tard : « Mon état continue à s'améliorer. Je reste facilement un mois sans prendre de trinitrine, et lorsque j'en prends, c'est après un repas ou en fin de journée de travail, alors qu'avant l'opération, il m'en fallait trois fois par jour. Le matin, je marche à vive allure. Le soir, en fin de journée, si je sors, je marche moins vite, mais c'est supportable.

« Mon état était doublé de crises d'épilepsie. Il y a trois mois, que je n'ai plus rien ressenti. En somme, progrès lent, mais continu. Je peux enfin travailler. Etant ajusteur, je me sers de la lime comme autrefois. »

Et vingt-huit mois après l'opération, il m'écrit ceci : « C'est avec joie que je peux vous annoncer encore un mieux. Les progrès sont lents, mais continus. Je prends une ou deux dragées de trinitrine par mois, au lieu de trois ou quatre par jour. Il y a des jours où je marche à vive allure, sans la moindre angoisse. Il en est de même pour mon travail. Je manipule la lime normalement. Quant à mes crises, je n'ai pas eu une éclipse du cerveau en dix mois ».

Un opéré du 2 juillet 1934 m'écrit dix mois après une stellectomie droite : « Actuellement, à la condition de ne pas sortir à la fraîcheur et d'éviter les mouvements brusques, je ne souffre pas du tout. Je fais en moyenne deux kilomètres de promenade dans notre clos, sans fatigue, mais en terrain plat. La montée m'arrête toujours. Jeudi, pour la première fois, j'ai fait quatre kilomètres sans la moindre fatigue. Je suis très heureux, etc... ».

Le 24 mai 1933, j'opère M. S... qui, lui aussi, a été vu par Gallavardin, pour une angine sévère. Je note avant l'intervention : cas médiocre — certainement coronarite oblitérante. Il est peu probable qu'on obtienne une amélioration.

L'opération est difficile, parce que le cou est gros et court. J'enlève à gauche le ganglion moyen et un très gros ganglion intermédiaire. Je veux enlever aussi l'étoilé, mais la chaîne se rompt au ras du ganglion qui est très thoracique. Je me borne à y injecter de l'alcool.

Les suites immédiates sont excellentes. Au bout de trois mois, le malade m'écrit : « Je suis très amélioré. Je puis vaquer à mes occupations. Je dors avec calme. Je puis faire d'assez bonnes promenades en terrain plat. En un mot, je suis heureux de vous dire que je me sens mieux, etc... ».

Et le 10 mai 1936, donc au bout de trois ans : « Je suis heureux de vous dire que mon état est satisfaisant. Je puis toujours vaquer à mes occupations de campagne, qui sont limitées à la surveillance d'un domaine, bien entendu avec prudence. Je reconnais que si l'opération avait été pratiquée des deux côtés, comme vous me l'aviez conseillé, je serais mieux du côté non opéré. Je ressens, en effet, lorsque je fournis un effort, des douleurs dans le bras droit que je ne ressens pas du côté opéré, comme c'était avant. La nuit, je repose très bien. Croyez à ma profonde reconnaissance ».

Il ressort de ces lettres, et d'autres plus ou moins semblables, que je pourrais vous lire, que la guérison n'est que très rarement absolument parfaite, qu'elle n'est pas 100 pour 100. Il reste d'habitude cette impressionnabilité au froid, cette difficulté de la marche en montée, que beaucoup de lettres signalent, et qui est probablement le lot de ceux qui ont une oblitération coronarienne et qui

supportent mal la moindre vaso-constriction au froid ou à l'effort. Mais, d'une façon générale, les malades sont très satisfaits du résultat. Je n'en connais pas un qui ait été aggravé. Même quand l'amélioration n'a été que temporaire — ce que j'ai vu surtout quand je n'ai pas fait une ablation ganglionnaire — même quand il y a réapparition des crises, il reste presque toujours un réel bénéfice : atténuation de la douleur, réduction de son étendue. Mais, il y a d'autres bénéfices encore.

J'ai cité plus haut le cas d'un homme qui prenait des crises d'épilepsie et qui les a vu disparaître.

Un des malades de Gallavardin, qui avait récidivé au bout de trois mois, après une sympathectomie sus-stellaire, avait remarqué que treize mois après l'opération, le travail intellectuel était infiniment plus facile qu'avant l'opération. Gallavardin m'écrivait à ce sujet : « Le changement est évident. Il était presque sur le point de cesser ses occupations, allait à son bureau sans y rien pouvoir faire d'effectif, alors que maintenant, il fait son travail avec beaucoup plus de goût, de facilité. Il y a certainement un gain de plus de 50 % ».

Quelques malades m'ont fait une réflexion de même ordre. Et l'un d'eux, qui était hémiplégique et hémianesthésique depuis des mois, a vu en peu de jours, après la stellectomie, rétrocéder complètement ses troubles sensitifs et presque tous ses phénomènes moteurs.

Il est certain que la stellectomie, en coupant les racines du nerf vertébral, change la circulation cérébrale, y supprime des réflexes constrictifs, et il est possible que de ce fait, l'état intellectuel et organique soit modifié.

Enfin, il y a encore autre chose. Si je mets à part les trois cardiaques qui sont morts quelques mois après l'opération de leur cardiopathie, sur vingt-quatre angineux opérés presque tous depuis plusieurs années, je n'ai connaissance d'aucune mort subite. J'ai la faiblesse de penser que l'opération y est pour quelque chose.

Je ne veux pas insister davantage.

Les faits que j'ai rapportés, cette statistique de vingt-sept cas, sont suffisants pour que l'on ait les plus grands espoirs. Ils montrent que la voie est bonne, et que, si nous savons perfectionner nos actions, les mieux adapter à chaque cas, un jour viendra probablement où nous saurons guérir complètement l'angine de poitrine.

***

Mais, tout en poursuivant les recherches dans cette direction, la chirurgie de la douleur doit se préoccuper aussi d'atteindre la cause. Elle doit tout d'abord la déterminer.

Comme je vous l'ai exposé un jour, l'expérimentation permet de dire aujourd'hui qu'en partant de l'hypersurrénalisme, on crée des oblitérations artérielles un peu partout.

Il est fort possible que l'angine, maladie des gens à émotion, maladie de ceux qui se donnent beaucoup aux autres, soit de même nature que les artérites des membres. Je le crois.

Nous devons travailler expérimentalement à éclairer ce problème, avant d'oser dire que nous connaissons vraiment la triste maladie qu'est l'angine de poitrine.

« Si nous voulons encore former des médecins, ne laissons pas l'enseignement de la science médicale émigrer dans les Facultés des sciences, améliorons, perfectionnons nos Facultés de médecine. » (Grasset. — La crise médico-sociale. *La Revue Hebdomadaire*, novembre 1910, p. 41.)

CLINIQUE INFANTILE

Les fièvres prolongées chez l'enfant [1]

Par E. LESNÉ

On dit qu'il y a véritablement « fièvre prolongée » lorsque la durée de la fièvre dépasse quinze jours.

Il importe d'en dépister la cause car il faut au plus tôt établir un diagnostic, orienter le traitement et, ce qui a le plus d'importance aux yeux des familles, porter un pronostic que l'avenir ne démentira pas.

Les enfants font très souvent de la fièvre, pour des causes minimes parfois, et la supportent en général très bien. Dans le jeune âge les centres thermiques sont mal réglés ; leur déséquilibre est facile et il peut persister plus longtemps que chez l'adulte.

Avant d'accepter le terme « fièvre prolongée » il est bon d'en être certain. Combien fréquemment voyons-nous un enfant qui présente depuis un ou plusieurs mois une ascension thermique surtout vespérale. On nous fournit une longue courbe sur laquelle s'inscrit quotidiennement un clocher thermique à 38° voire quelques dixièmes de plus. De multiples diagnostics ont été envisagés, puis abandonnés devant l'état général floride du petit malade, et son comportement absolument normal. Parfois même de nombreux examens ont été pratiqués (radiographies, examen d'urines prélevées aseptiquement). Et cependant cet enfant n'est pas malade, il est en parfaite santé !

La première question à poser est celle-ci : Comment et quand a été prise la température ? Car un rien suffit à provoquer une ascension thermique chez l'enfant. (Le seul fait de crier, de jouer, de s'agiter, et la température monte aussitôt). Bien souvent nous avons fait l'expérience chez des enfants qui rentraient de promenade ou après le jeu, ils ont effectivement près de 38° mais non pour cela une maladie.

Pour que la prise de température soit valable l'enfant doit être allongé depuis trois quarts d'heure ou une heure. Il ne faut pas qu'il s'agite, on doit veiller à ce qu'il ne frotte pas le thermomètre, ou essaie de s'en débarrasser.

Au total, avant de dire qu'il y a fièvre, il faut être sûr qu'il ne s'agit pas *d'une hyperthermie provoquée, sans fièvre véritable*.

***

Ceci éliminé il s'agit bien d'une fièvre et d'une fièvre prolongée.

Il en est différents aspects :

La température peut être : 1° continue ; 2° rémittente ; 3° intermittente.

Diagnostic des fièvres continues

Il en est auquel il faut toujours penser : la *dothiénentérie*. Chez l'enfant la température atteint plus rapidement que chez l'adulte 39° ou 40° ; elle demeure en plateau

(1) Leçon faite à l'hôpital Trousseau et recueillie par M. Rogé, interne du service.

pendant huit ou dix jours, puis va redescendre en oscillant pendant une quinzaine. Fait spécial, particulier à l'enfant, les rechutes sont d'une extrême fréquence et cela d'autant plus que la période fébrile a été brève, comme si l'enfant n'avait pas eu le temps de s'immuniser.

Chez le tout petit enfant il faut surtout compter sur la courbe thermique car il n'y a pas toujours de diarrhée, peu de symptômes abdominaux. Seule la constatation d'une température élevée, en plateau, associée à une langue rouge, pointue, à une splénomégalie, doit faire penser à la fièvre typhoïde et pratiquer hémoculture et sérodiagnostic. Les taches rosées sont inconstantes, rares ou très abondantes.

A côté de la typhoïde il est d'autres états qui provoquent une fièvre prolongée, l'un de ceux-ci est la *tuberculose*.

L'ascension thermique peut être le symptôme unique d'une primo-infection tuberculeuse. Et lorsqu'un enfant présente une température vespérale persistant depuis trois ou quatre semaines, ne dépassant pas 38°-38°5, il faut penser à la tuberculose de primo-infection, rechercher avec soin de petits signes (amaigrissement léger, anorexie, modification du teint, impression de malaise général) qui n'apparaissent pas toujours de façon très évidente.

On pratique alors une cuti-réaction qui se montre fortement positive ; et la radio complète le diagnostic en montrant le complexe primaire : ombre médiastinale latérale d'aspect variable (image arrondie ou à bec de canard) qui traduit la lésion ganglio-pulmonaire.

La typho-bacillose de Landouzy a une marche un peu différente. Voici par exemple un enfant de 10 ans : le début de sa maladie a été brusque, marqué par une température de 38°. Cette température oscille entre 38° et 39° avec périodes d'oscillation ascendantes et descendantes. Il y a en outre mauvais état général. Le pouls n'est pas modifié. L'amaigrissement est précoce dès le début de la maladie (à l'opposition de la typhoïde où l'amaigrissement survient à la convalescence) la rate est normale, il n'y a pas de troubles digestifs, la langue est humide et propre ou à peine blanche. Dans ce cas le diagnostic que l'on porte presque toujours est celui de typhoïde, et c'est par élimination que l'on arrive à celui de typho-bacillose car tous les examens sont négatifs, et seule la cuti est positive ; est elle négative la tuberculose est certainement à éliminer.

La cuti-réaction a chez le jeune enfant une valeur considérable ; chez le grand enfant c'est la négativité qui importe.

Cette typho-bacillose correspond à des lésions variées. Parfois la radiographie thoracique demeure entièrement négative. D'autres fois elle va se montrer soit une image de scissurite, soit une réaction pleurale, soit encore une lobite plus ou moins marquée.

Ni la courbe thermique qui traîne et oscille, ni l'absence de défervescence, de crise polyurique et bradycardique ne ressemblent à l'allure bien spéciale de la courbe d'une dothiénentérie ; mieux vaudrait donc dire fièvre tuberculeuse ou bien typho-bacillose.

Il est enfin une *troisième forme de fièvre tuberculeuse*, qui correspond à *une infiltration étendue*. Elle présente le plus souvent certains caractères particuliers. C'est une température à grande oscillations de 37° à 40°. Elle se rencontre surtout à deux périodes extrêmes de l'enfance, chez le nourrisson et plus encore chez le grand enfant à la période pubertaire, en particulier chez les filles.

Il ne faut pas oublier enfin que cette fièvre peut correspondre à d'autres lésions, telles que pleurésie séro-fibrineuse, péritonite, polysérite tuberculeuse.

Dothiénentérie et tuberculose ne sont pas les seules causes de fièvre continue chez l'enfant, il faut encore avoir présente à l'esprit en dehors de ces deux affections la possibilité de :

Méningococcémie

Il s'agit là d'un des chapitres les plus importants de la pathologie infantile.

a) C'est tantôt *une méningococcémie associée à une méningite*. — Là le diagnostic est facile : les signes méningés au complet, l'aspect infecté du petit malade, la température à grandes oscillations, de type palustre, les signes d'intoxication profonde font d'emblée faire le diagnostic. D'autant plus que la méningococcémie survient en général à une phase tardive de la méningite, soit que la fièvre persiste depuis le début, soit qu'elle remonte après une période de calme relatif qui faisait augurer d'une guérison prochaine.

b) *C'est parfois une méningococcémie pure.* — Le diagnostic en est infiniment difficile. Voici par exemple l'observation d'un enfant qui entre à Trousseau pour une température désarticulée, sans aucune réaction méningée ; c'est grâce à une bulle d'herpès, à quelques éléments purpuriques que nous sommes amenés à faire une hémoculture qui montre la présence d'un méningocoque B. Chez un autre la fièvre persiste pendant trois mois sans aucun symptôme, les hémocultures plusieurs fois répétées demeurent négatives, un jour l'une d'elles se montre positive.

Chez un troisième enfant la température a persisté, élevée, pendant sept mois, cependant que les symptômes les plus bizarres déroutaient le diagnostic. Ce furent tout d'abord des signes de bronchite intense, puis de dilatation bronchique. Par malheur la cuti-réaction se montra positive, on porte le diagnostic de tuberculose. On envoie l'enfant dans le Midi. Pendant plus de six mois la température oscille autour de 38°-39° sans changement, et c'est seulement après la période ultime, trois semaines avant la mort qu'apparaissent les signes méningés, la ponction lombaire fit le diagnostic.

Il n'y a pas de typhoïde, de tuberculose, qui puisse donner une telle courbe thermique. Ces accès pseudo-palustres, cette température hectique ne ressemblent à rien si ce n'est aux températures accompagnant les suppurations profondes (rein, voies biliaires).

Septicémie à pneumocoques

Lorsqu'il s'agit d'une pneumonie franche, aiguë, la courbe thermique tombe aux alentours du neuvième jour exceptionnellement au douzième. Passé le douzième jour si une pneumonie présente encore ou à nouveau de la fièvre, il faut chercher une complication : soit auriculaire, soit pleurale, soit pulmonaire. Il n'y a pas d'exemple de fièvre persistant plus de douze jours sans qu'il ne s'agisse d'une complication, ou de l'apparition d'un autre foyer pulmonaire. Voici un grand enfant de 14 ans dont la pneumonie semblait franche, mais la température ne descend pas, des signes pulmonaires réapparaissent, la radiographie montre une image caractéristique : c'est un abcès du poumon qui a guéri après une série de ponctions et d'injections intraveineuses alcoolisées. La courbe ther-

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL^D PASTEUR, PARIS (XVe)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS



DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

les 2 médicaments cardiaques essentiels

mique est d'abord en plateau, elle semble descendre à la date normale, mais la défervescence n'est pas franche, puis elle remonte et oscille. En règle le diagnostic de ces fièvres est facile, on pense immédiatement à une complication.

Les mêmes réflexions peuvent être répétées pour les broncho-pneumonies traînantes dont le diagnostic est également très facile.

Dothiénentérie, tuberculose, septicémie à méningocoque ou à pneumocoque ne sont pas seules responsables des fièvres prolongées de l'enfant, il faut encore penser à la possibilité *d'endocardite maligne*.

Je vous citerai à ce propos un cas observé dans le service dont le diagnostic fut particulièrement difficile.

Il s'agissait d'un enfant hospitalisé pour une température inexplicable, oscillante, présentant parfois des accès pseudo-palustres depuis deux mois.

On pratique les examens habituels, cuti, radio, culot urinaire, tous sont négatifs.

Deux symptômes, cependant, attirent l'attention : l'existence d'un essoufflement, bien qu'il n'y ait aucun signe pulmonaire ; la constatation d'une grosse rate.

L'hémoculture montre la présence streptocoque hémolytique. Il s'agissait d'une endocardite maligne au cours de laquelle le souffle ne se révéla que tardivement comme toujours et que confirma l'examen anatomique. Température a grandes oscillations et grosse rate, doivent toujours même en dehors de signes cardiaques le plus souvent tardifs faire penser à une endocardite maligne et pratiquer une hémoculture qui pourra confirmer le diagnostic.

La fièvre qui relève d'une maladie de Bouillaud évolutive est d'un diagnostic plus aisé. Dans ce cas la courbe n'est pas très élevée le plus souvent, ni très irrégulière (ce qui l'oppose à la température de l'endocardite maligne).

On ausculte immédiatement le cœur, même s'il n'y a pas de signes articulaires car chez l'enfant ceux-ci sont extrêmement effacés, pour ne pas dire absents dans la plupart des cas.

L'auscultation du cœur fait le diagnostic. L'existence d'un souffle, les modifications des bruits, les signes asystoliques, parfois enfin on peut trouver chez le malade des crises rhumatismales antérieures.

Il est à peine nécessaire de rappeler d'autres types de fièvres prolongées non pas rares, mais faciles à reconnaître : c'est le cas *des infections cutanées* (impetigo ecthyma-pemphigus) ces infections sont surtout fréquentes et graves chez le nourrisson. Le diagnostic de la cause de la fièvre généralement peu élevée est facile à faire. Ce qui importe surtout c'est d'examiner systématiquement et minutieusement ces enfants pour déceler au plus tôt l'apparition de complications très fréquentes chez ces sujets infectés : telles que otite, broncho-pneumonie qui augmentent la fièvre et dont la gravité transformerait le pronostic.

Très rares enfin, sont dans nos pays, le paludisme infantile dans sa forme de fièvre continue. Le kala-azar, affection surtout du littoral méditerranéen, que caractérisent la splénomégalie et la découverte de Leishmania dans le sang ou après la ponction de la rate. La mélitococcie enfin transmise par le lait de chèvre et plus accessoirement de vaches contaminées, et qui présente une courbe bien spéciale ondulante.

II. Fièvres intermittentes

Ce mot « intermittent » constitue d'ailleurs un terme un peu spécieux, car la fièvre n'est pas à proprement parler toujours intermittente.

Les accès fébriles sont séparés soit par une période d'apyrexie complète, soit par une diminution de fièvre sans que la température revienne tout à fait à la normale.

Chez l'enfant petit et grand il en est trois grandes causes à rechercher, l'origine de l'infection peut siéger :

Dans le *rhino-pharynx* ;
Dans l'*intestin* ;
Dans le *tractus urinaire*.

Le rhino-pharynx, est responsable de quantités de ces fièvres intermittentes surtout hivernales ; chez un enfant adénoïdien, avec de grosses amygdales, survient une fièvre qui persiste huit, dix, quinze jours puis redescend et récidivera plus ou moins rapidement et se terminera de même.

Caractères de la fièvre. Celle-ci est d'emblée à 40°, elle redescend un peu au bout de quelques jours, pour disparaître ou au contraire rester subnormale un temps plus ou moins long.

Tous ces troubles disparaîtront après le traitement qui consiste à faire pratiquer l'ablation des végétations ou des amygdales.

Il est bon de signaler que l'infection rhino-pharyngée peut parfois donner des fièvres continues.

Là encore l'important est de ne pas passer à côté d'une des graves complications que peut entraîner cette infection : broncho pneumonie, otite, mastoïdite. Dernier caractère de ces fièvres rhino-pharyngées, ce sont des fièvres d'hiver et de printemps, on ne les voit pratiquement jamais en été.

Les deux autres principales causes de fièvres intermittentes sont dues à une infection :

Intestinale,
ou pyélo-rénale.

D'origine intestinale

Vous en verrez rarement à l'hôpital car les enfants ne vous sont pas amenés pour une fièvre aussi peu élevée.

Il s'agit d'un enfant de 2 à 7 ans au teint terreux qui présente le soir une température peu élevée à 38,2 ou 3 Cet état dure depuis plusieurs semaines avec des rémissions ; pendant les accès la mine s'altère, l'haleine devient fétide.

L'examen montre un ventre augmenté de volume, ballonné le plus fréquemment. Parfois existent des alternatives de rétraction et de ballonnement qui correspondent aux poussées de fermentation puis de spasme.

On examine la région hépatique. Le foie est alternativement augmenté de volume, puis petit.

Il y a tantôt diarrhée, tantôt constipation.

Quand il existe de la diarrhée, des douleurs peuvent apparaître : crises colitiques avec selles parfois sanguinolentes contenant des matières mélangées de glaires ou de mucus.

Le diagnostic de ces colites subaiguës est très difficile et parfois on se trouve très embarrassé, surtout lorsque la cuti-réaction est positive.

Nous mentionnerons à côté des colites : l'appendicite chronique parfois associée à la colite mais très fréquemment isolée. Très souvent encore il s'agit d'enfants adé-

noïdiens chez lesquels existe en même temps une poussée amygdalienne ou adénoïdienne d'où la difficulté du diagnostic. Entre la gorge et l'appendice il y a des réactions fréquentes. Il peut être dangereux de ne pas opérer et d'autre part après l'opération les résultats ne sont pas toujours excellents.

Les pyélonéphrites

Il faut en retenir également la très grande fréquence, et toujours penser à regarder d'abord, puis à faire examiner les urines, rechercher la leucocytose, car la présence de colibacilles ne suffit pas à elle seule à faire poser le diagnostic.

La bactériurie par elle-même ne peut expliquer la fièvre, il est indispensable d'y ajouter la présence de leucocytes.

Caractères de la température au cours des pyélonéphrites

Elle peut présenter de multiples aspects. C'est un nourrisson souvent qui a mauvaise mine, un état général peu satisfaisant, une température rapidement ascendante à 39°, on constate une chute de la courbe pondérale.

On recherche des signes méningés, on examine les poumons, l'abdomen, la gorge, les oreilles ; on ne trouve rien.

On décide alors d'examiner les urines et le diagnostic est fait.

Il s'agit assez rarement d'une fièvre continue, le plus souvent ce sont des accès fébriles intermittents, sans d'ailleurs que la température dans les intervalles revienne complètement à la normale.

Parfois encore il s'agit de formes plus atypiques, et j'ai le souvenir d'un enfant de 5 ans qui trois fois par an pendant plusieurs années, présentait une pyélonéphrite qui ne se décelait par aucun signe autre que de la fièvre avec frissons, et chez qui l'examen d'urine décelait de la leucocytose.

Exceptionnellement je vous signalerai en dernier lieu la fièvre paludéenne dans nos pays et chez le jeune enfant une cause un peu spéciale et rare : la fièvre scorbutique à grandes oscillations (l'anamnèse, la notion de carence, l'épreuve thérapeutique feront le diagnostic).

Pour conclure on se basera pour établir le diagnostic sur la notion d'âge :

CHEZ LE NOURRISSON il s'agira presque toujours soit :

d'une adénoïdite ;
d'une tuberculose ;
d'une pyélonéphrite
et plus rarement d'une colite.

Chez l'enfant plus grand :

d'une typhoïde ;
d'une méningococcémie ;
d'une pneumococcémie ;
d'une adénoïdite ;
d'une endocardite rhumatismale ou maligne ;
d'une tuberculose ;
d'une pyélonéphrite ;
d'une colite.

De temps à autre enfin, vous vous trouverez en face de *problèmes impossibles à résoudre*. L'examen clinique le plus minutieux, les épreuves spéciales de laboratoire ne donnent aucun résultat positif.

Il s'agit en général d'un enfant vivant dans un milieu de « nerveux ». L'enfant est également très nerveux, gâté, on note souvent des fautes de régime, la température atteint 38° tous les jours même prise dans les conditions exigées.

Lorsque toutes les recherches (cuti-réaction, gorge, oreilles, tube digestif, urines, examen des selles) sont négatives, et qu'on est absolument certain de n'avoir rien négligé, il faut savoir rassurer la famille et exiger deux choses : cesser momentanément d'interroger le thermomètre responsable de tout ce drame et envoyer l'enfant soit à la mer, soit à la montagne autant que possible sans ses parents.

Dans la grande majorité des cas la température sera redevenue normale en dix à quinze jours et l'on obtiendra ainsi un succès thérapeutique facile.

LE MOUVEMENT THÉRAPEUTIQUE

L'immuno-métallo-thérapie

L'immuno-métallo-thérapie est une doctrine thérapeutique récente, qui met en relief l'association étroite des réactions chimiques et biologiques de l'organisme malade soumis à un traitement par les métaux.

Guido Cremonese a eu la première idée de l'immuno-métallo-thérapie on observant, dans une zone fortement impaludée et habitée par de nombreux syphilitiques, que les sujets soumis à un traitement mercuriel restaient indemnes de la malaria. Passant ensuite de l'observation à la preuve clinique, il en eut la confirmation expérimentale. Il restait à établir une méthode rationnelle de thérapeutique ; les doses minimes croissantes furent adoptées, comme s'il s'était agi de l'inoculation d'un animal pour obtenir un sérum curatif ; les résultats furent aussi très satisfaisants. Il n'y avait plus qu'à généraliser et ce fut la dernière étape.

Cette nouvelle forme de thérapeutique n'a du reste rien de révolutionnaire ; il n'y a pas actuellement un médecin qui n'accepte la notion de valeur curative du mercure dans la syphilis, de l'antimoine dans le kala-azar, de l'argent, de l'or, du platine, du palladium dans les maladies infectieuses ; il suffit du reste de consulter la liste des maisons spécialisées dans la préparation des métaux colloïdaux pour se rendre compte de la place qu'ils occupent dans la pratique ; mais, si on lui affirmait que ces métaux produisent une immunité spécifique, le praticien se rebellerait, parce qu'il considère seulement, comme une immunité spécifique, celle qui est obtenue avec des vaccins dans certaines maladies et avec un pourcentage discret ; il n'admettrait certainement pas que les sels métalliques donnent une immunisation plus constante que les vaccins.

Aujourd'hui on n'admet plus la guérison d'une maladie infectieuse autrement que par la production d'anticorps. Le mot guérison est donc devenu synonyme d'immunisation.

Si un élément chimique provoque la guérison d'une maladie infectieuse (comme le mercure dans la syphilis), c'est qu'il a déterminé la formation d'anticorps et créé un état d'immunité. Les réactions, parfois violentes, produites par les arsénobenzols dans la syphilis, l'or dans la tuberculose, montrent que l'organisme a été stimulé, qu'il se défend qu'il forme des anticorps.

L'auteur tire de ce qui précède une conclusion extrême-

ment originale, aboutissant à une conception nouvelle de la métallo-thérapie.

« La différence entre le concept thérapeutique et le concept immunisant est exactement la suivante : le premier veut que le métal tue directement les germes pathogènes dans l'organisme, qui deviendrait un champ de bataille passif (ce qui est absurde et par suite l'action médicamenteuse est proportionnelle à la dose administrée, à la plus forte tolérance, à la rapidité de la diffusion ; le second veut que le métal stimule l'organisme, en en faisant (suivant la loi de nature) le défenseur et le reconstructeur de ce même organisme, qui réagit contre l'activité pathogène ; par suite le métal agit, pour ainsi dire, en raison inverse de la dose et en raison inverse de la tolérance, si par intolérance nous devons entendre les réactions défensives que le métal provoque en nous. Un métal toléré (comme le sodium dans l'association NaCl) ne donne pas de réaction d'immunisation et ne combat d'autres maladies que celles qui sont dues à la carence de cet élément. »

Passons maintenant aux applications immunitaires de métaux déjà faites. Barlow avait affirmé la valeur curative du mercure dans la malaria ; d'autres expérimentateurs montrèrent que l'action prophylactique n'était pas moins marquée.

Driessen a observé que la prophylaxie mercurielle ne détermine aucune réaction chez l'homme sain, mais que, si ce dernier est touché par la malaria, même longtemps après la cure préventive, il réagit par un à quatre accès fébriles.

On a beaucoup discuté, surtout dans les cas de malaria chronique, les caractères qui permettent de distinguer la fièvre de réaction immunitaire d'un accès de récidive ou de début. Il y a un critère rigoureusement scientifique ; quand un paludéen à peu près guéri a une série d'accès fébriles, qui disparaissent spontanément, sans autre traitement, en laissant l'organisme libéré pour toujours de la maladie, même en continuant à demeurer dans la zone malarique, on peut affirmer sans crainte qu'il s'agissait d'accès de réaction.

Une question se pose ensuite : Y a-t-il une spécificité métallique? L'auteur y répond au mieux.

Si l'on admet que la spécificité de la thérapeutique se réalise par la spécificité des moyens, il faut alors employer les sérums, qui contiennent les anticorps spécifiques, ou les vaccins, qui provoquent dans l'organisme malade la formation d'anticorps défensifs. Mais il s'agit là de vues théoriques et de mots qui ne répondent pas nécessairement à la réalité. L'expérience montre que les éléments non organiques ont une valeur immunisante et même, dans certains cas, spécifique. Autrement pour quelle raison soignerait-on la syphilis avec le mercure et le kala-azar avec l'antimoine ? La seule objection que l'on puisse faire est que, si l'immunité est due à l'action d'un germe, elle ne peut pas être due en même temps à un élément chimique ; pourtant, si les causes sont différentes, le résultat reste le même.

On admet que les métaux agissent comme stimulants pour la raison valable que certains n'ont pas d'autre action ; si l'on étudie la question de plus près, on s'aperçoit que, parmi les métaux, les uns ont une action immunisante et les autres non.

Un fait s'impose à l'esprit, c'est qu'il existe deux groupes de métaux, celui qui existe en grande quantité dans l'organisme et celui qui n'y figure que peu ou pas. Le premier est assimilable à des matériaux de construction, le second est caractérisé par sa toxicité, les métaux de constitution traversent les filtres organiques sans résistance ; ils ne précipitent pas l'albumine, ne provoquent ni phénomènes locaux, ni troubles trophiques, ni réactions de défense. Les autres métaux provoquent une intoxication locale et générale et, si l'on désire obtenir avec eux un effet thérapeutique, il importe de fractionner les doses et de les répartir dans le temps de manière à éviter leur accumulation.

L'action sur l'organisme de ces deux classes de métaux est essentiellement différente.

Si l'on donne de petites doses de fer ou de manganèse, l'organisme reçoit une stimulation défensive, qui n'est ni spécifique ni immunisante ; c'est une action de catalyse.

Au contraire les métaux toxiques déterminent une action défensive, qui va du mithridatisme à la guérison.

La physico-chimie pourra peut-être un jour trouver la cause de cette différence dans la différence des poids atomiques ; les éléments légers prédominent dans la construction organique. Il y a des raisons pour lesquelles un métal est apparemment semblable ou étranger, utile ou dangereux.

Par exemple on a noté qu'une injection intraveineuse de sels de magnésie provoquait des phénomènes paralytiques analogues à ceux du curare ; mais, si on injecte immédiatement après un sel de calcium, une telle action est entravée. Ce sont deux métaux alcalino-terreux, qui ont une grande affinité chimique, mais qui ont, sur l'organisme, une action inverse, complémentaire et compensatrice.

Tout ce que l'on peut dire à l'heure actuelle c'est que les métaux produisent une *démolition colloïdale* et, par suite, une protéinothérapie indirecte et spécifique. Le terme d'immuno-métallo-thérapie, proposé par Guido Cremonese, semble donc très judicieusement choisi.

Au point de vue thérapeutique l'auteur a formulé quatre propositions essentielles :

1° Les métaux agissent sur l'organisme en provoquant l'immunité contre la maladie, suivant la maladie et suivant le métal choisi.

2° Ils sont actifs s'ils sont administrés à doses minimes et croissantes.

3° Plusieurs métaux peuvent stimuler la défense dans une maladie donnée, mais il y en a toujours un qui est supérieur aux autres.

4° Les doses pharmaceutiques courantes sont de beaucoup plus élevées que les doses maxima nécessaires pour obtenir l'immunité ; elles n'agissent pas dans le sens de l'immunisation, mais dans une direction différente, comme on s'en aperçoit vite. Dans l'immuno-métallo-thérapie il y a une dose optima à ne pas dépasser sous peine de perdre le bénéfice obtenu.

L'opinion de Cremonese sur l'immuno-métallo-thérapie concorde exactement avec celle de Walbum sur la métallothérapie. Pour ce dernier l'action du métal dépend d'une dose optima ou plus exactement d'une zone optima. Les doses extrêmement faibles n'ont pas d'effet appréciable ; en augmentant progressivement les doses, on arrive dans une zone, où l'effet augmente parallèlement jusqu'à un maximum pour décroître ensuite, si l'on augmente encore les doses. Cette baisse d'activité peut souvent se produire presque subitement. Il est donc indispensable de ne pas nuire à l'organisme par des doses trop fortes et ces doses trop fortes ne sont pas nécessairement très élevées.

Si nous cherchons à transformer en règles thérapeutiques les principes de Cremonese, nous pouvons poser ce qui suit :

En immuno-métallothérapie il faut déterminer et fixer :

1° le métal,
2° la dose,
3° la progression,
qui donnent les meilleurs résultats.

Cette méthode est par suite très délicate à appliquer ; elle réclame beaucoup de temps et d'attention ; elle doit être strictement adaptée à chaque cas particulier : mais elle est susceptible de récompenser largement la longue patience du médecin qui l'applique.

J. Lafont.

BIBLIOGRAPHIE

G. Cremonese. — La immun-metallo-terapia. *Rivista Ospedaliera*, 1933.

G. Cremonese. — Immun-metallo-terapia e specificita. *Risanamento Medico*, 1933.

G. Cremonese. — Radiobiologia a immun-metalloterapia. *Communication au IIe Congrès national italien*, 23-24 février 1934.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Les arthrodèses dans les tumeurs blanches du genou

La tuberculose du genou de l'enfant est une affection plus sérieuse qu'on ne l'admet classiquement. Son évolution est longue, la guérison souvent trompeuse, son pronostic lointain assombri par la fréquence des séquelles et le nombre important des récidives. Il apparaît donc utile d'appliquer à cette lésion des procédés opératoires qui ont fait leurs preuves dans les autres localisations de l'ostéo-arthrite tuberculeuse.

Et M. Jean Calvet vient de publier sur la question une étude très approfondie, basée sur les documents de l'hôpital maritime de Berck (Thèse de Paris, 1936 ; 208 p., Arnette, édit.).

Si l'on veut, dit-il, que les tentatives opératoires de quelque nature qu'elles soient, comportent une efficacité réelle, il faudra obéir aux lois générales, toujours valables du traitement de la tuberculose osseuse. Tout essai chirurgical devra donc être précédé d'une cure en climat pur et ensoleillé, d'un traitement orthopédique continu et prolongé. A eux seuls, ils pourront dans bien des cas assurer une guérison parfaite avec une récupération de la mobilité d'autant plus grande qu'on aura eu l'heureuse fortune de traiter des enfants plus jeunes, ou des sujets moins éloignés des premières manifestations de leur mal.

Après l'épreuve de cette thérapeutique pendant le temps normal d'évolution de l'atteinte, soit environ trois années, il y aura lieu d'établir un bilan des lésions et d'apprécier leur tendance évolutive,

Les formes traînantes, attardées, désespérément lentes,

Les formes à rechutes et les formes de récidives,

Enfin, certaines séquelles,

tireront un profit certain d'un traitement chirurgical complémentaire, pratiqué en foyer presque éteint.

On évitera ainsi, par l'arthrodèse, de laisser des enfants de 8 à 14 ans attendre, dans des conditions de vie médiocre, loin de toute adaptation efficace à l'existence, que le terme de leur croissance permette enfin d'opposer à leur infirmité une résection salvatrice.

On saura, grâce à la capsulotomie et à l'arthrodèse, leur restituer un membre solide, rigide, droit.

Mais il sera préférable de ne pas opérer des enfants au-dessous de cet âge, la qualité même de leurs os s'opposant à l'obtention d'un résultat durable.

Parmi les nombreuses méthodes qui ont été récemment proposées, il est nécessaire de faire un choix :

La résection intra-épiphysaire sera réservée aux adolescents de 14 à 18 ans.

L'enchevillement transépiphysaire est pour l'enfant de 8 à 14 ans l'intervention idéale : elle déforme peu l'article, respecte absolument les cartilages de conjugaison, n'influence en rien la croissance du membre. Mais son emploi est limité aux formes peu destructives, sans attitudes vicieuses permanentes, et complètement éteintes.

Dans les mêmes conditions d'âge, on préférera l'arthrodèse transrotulienne, dans les formes destructives, tendant à la déformation persistante, moins absolument éteintes. Il semble d'ailleurs qu'il faille préférer chez le grand enfant l'arthrodèse par greffon pédiculé de Zanoli dont les effets sont plus rapides. Chez l'enfant plus jeune, l'arthrodèse fémoro-patello-tibiale de Delahaye, en deux temps, sera moins shockante.

Toutes ces méthodes nécessiteront une période d'immobilisation post-opératoire qui sera en moyenne d'un an, aucun résultat ne pouvant être obtenu plus rapidement.

La capsulotomie enfin permettra d'intervenir pour des déformations susceptibles de s'aggraver ou de persister. Aidée s'il est besoin d'une résection intra-épiphysaire cunéiforme, ce sera une opération orthopédique à pratiquer en foyer éteint, qui devra souvent être complétée par une arthrodèse de sécurité.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

L'étude du rhumatisme articulaire et de l'asthme permet de retrouver bien des similitudes et des points communs entre ces deux affections.

Un terrain héréditaire similaire ;

Une prédisposition familiale analogue ;

Une origine infectieuse commune agissant sur un terrain prédisposé, avec manifestations tantôt articulaires, tantôt respiratoires, comme si une affinité élective avait pu se produire.

Manifestations et évolutions différentes suivant le terrain, l'âge du sujet, le germe.

Si l'étude de ces deux affections permet un rapprochement théorique, c'est à l'occasion d'observations cliniques que M. Girbal a été amené à considérer ces deux affections comme deux manifestations différentes d'une même maladie qui n'évoluent presque jamais parallèlement, qui peuvent apparaître chez le même sujet, comme si les localisations de l'une faisaient disparaître les localisations de l'autre.

Voici les conclusions de cette étude :

Le rhumatisme doit être considéré, comme la tuberculose ou la syphilis, comme une maladie polymorphe dans ses aspects cliniques, une dans son origine.

L'asthme rhumatismal constitue une manifestation abarticulaire de la maladie rhumatismale.

L'asthme et le rhumatisme articulaire sont le résultat de l'action d'un facteur externe, d'origine infectieuse, agissant sur un terrain prédisposé.

Le rhumatisme articulaire et l'asthme, présentent de nombreux points communs :

1° Au point de vue étiologique : même germe, probablement streptocoque Viridans ;

2° Au point de vue pathogénique ;

Le terrain conditionne les manifestations de la poussée infectieuse : articulaire ou respiratoire. La notion de l'allergie tissulaire et humorale met au premier plan le rôle du terrain.

La similitude des tissus : synoviale et tissu pulmonaire (même système réticulo-endothélial, même action vaso-motrice et sécrétoire du sympathique), rapproche encore ces affections et leur pathogénie ;

3° Au point de vue clinique :

Manifestations analogues : « mobiles, fluxionnaires, transitoires, curables ».

4° Au point de vue thérapeutique :

Affections améliorées toutes deux par le traitement anti-infectieux, la vaccinothérapie, l'aurothérapie intraveineuse et le traitement salicylé.

Le salicylate de soude plus actif par voie intraveineuse et le traitement salicylé.

Le salicylate de soude plus actif par voie intraveineuse où il exerce une double action thérapeutique : spécifique et de choc.

(Girbal, Marseille. — Asthme et rhumatisme. *Revue du rhumatisme*, février 1936.)

Médecine infantile

En faveur de l'action curative de la transfusion sanguine dans les broncho-pneumonies du premier âge, les observations publiées par MM. P. Rohmer et E. Schneegans apportent un témoignage impressionnant.

La forme simple ne nécessite pas la transfusion, sauf dans les cas, d'ailleurs assez fréquents, où l'infection se prolonge ou s'aggrave. Une seule transfusion suffit alors pour amener la guérison. Dans la broncho-pneumonie aiguë grave (formes toxi-infectieuse, bleue, blanche), ce traitement améliore considérablement le pronostic, à condition qu'il soit employé au début de la maladie, et que les transfusions soient répétées systématiquement jusqu'à ce que l'on obtienne l'apyrexie ; grâce à cette façon de procéder, la mortalité très élevée des formes graves (70 % d'après la statistique des auteurs) s'est trouvée nettement abaissée, d'abord à 30, puis, dans les six derniers mois, à 20 %.

(P. Rohmer et E. Schneegans. — Le traitement des broncho-pneumonies de l'enfant du premier âge par les transfusions du sang. *Le Concours Médical*, 12 janvier 1936.)

Thérapeutique clinique

Dans la maladie de Nicolas-Favre, la médication stibiée est, parmi les traitements proposés, une des plus efficaces, sinon la plus efficace. On utilisa d'abord l'émétique, mais l'action émétisante de ce produit est un inconvénient réel à son emploi. Aussi lui a-t on substitué d'autres dérivés stibiés qui sont, pour ne parler que des produits français :

Le stibyal et l'anthiomaline, ce dernier tout récemment connu.

Le stibyal, tartrate double d'antimoine et de sodium, est livré en ampoules de 2 centimètres cubes contenant des solutions de concentrations différentes : 0 gr. 01 à 0 gr. 06 par centimètre cube. Il s'injecte dans les veines et non dans les muscles, chez le malade à jeun. On commence par un centigramme, puis on augmente jusqu'à 6 ou 8 centigrammes. La série habituelle comprend dix ou quinze injections, à raison de deux à trois par semaine.

Son efficacité n'est pas constante et il a certains inconvénients. Fréquemment, après la pénétration des premières gouttes de la solution dans les veines, les malades sont pris de quintes de toux émétisante. Plus tardivement, à partir de la septième ou huitième piqûre, surviennent souvent des douleurs rhumatoïdes assez vives. C'est le rhumatisme stibié.

L'anthiomaline — sel dérivé de l'antimoine trivalent — stibio-thiomalate de lithium — et non plus, comme le précédent, de l'antimoine pentavalent, a l'avantage de pouvoir être injecté directement dans les muscles.

Par cette voie, on évite l'incident qui se produit presque constamment à la suite des injections intraveineuses des dérivés stibiés (quintes de toux émétisantes).

On peut utiliser des doses médicamenteuses plus élevées et à un rythme plus accéléré.

On peut commencer par une dose de 6 centigrammes, continuer par 12, puis 18 centigrammes, au rythme de trois injections par semaine, et atteindre le plus souvent 21, 24, 27 et même 30 centigrammes par injection, en augmentant les doses de 3 centigrammes par 3 centigrammes à partir de 18 centigrammes. On peut même commencer sans inconvénient par 12 centigrammes.

A ces doses maxima qu'on peut répéter pendant plusieurs semaines, l'anthiomaline n'a pas d'action toxique importante. Ce qui limite sa posologie, c'est l'apparition de douleurs musculaires rhumatoïdes à partir d'une certaine dose du médicament — douleurs débutant généralement quelques heures après l'injection, disparaissant, dans les cas moyens, dans la journée et dans les cas les plus marqués trois ou quatre jours après la fin du traitement.

Ce rhumatisme stibié occupe le plus souvent la région scapulaire, se propageant souvent à la face externe du bras jusque vers le coude.

A la longue, l'anthiomaline semble déterminer un certain degré d'anémie.

Il ne faut pas attendre de ce produit une action constante, ni même toujours rapide. Mais il n'existe pas, à l'heure actuelle, de thérapeutique qui nous donne complète satisfaction dans cette affection, et l'anthiomaline ne le cède, à aucune autre de celles qui ont été proposées (traitement chirurgical, vaccins, radiothérapie, salicylate de soude, injections de glycerine, etc.).

Dans trois cinquième des cas, la guérison complète est obtenue dans un délai variant de trois à onze semaines. Ce délai est court si on le compare à la durée habituelle de l'affection.

Dans un cinquième des cas, l'amélioration survient, mais très lentement, au bout de deux à quatre mois, et la guérison complète est encore plus tardive.

Enfin, dans le dernier cinquième des cas, l'action n'est pas satisfaisante. L'affection dure plusieurs mois et ne paraît pas influencée par les injections.

L'association à l'anthiomaline d'un autre des traitements généraux proposés (salicylate, dmelcos) n'améliore nullement le pronostic de ces derniers cas. Mieux vaut recourir alors à des traitements locaux, radiothérapie ou injections intraganglionnaires de glycérine.

(A. Sézary. Le traitement de la maladie de Nicolas Favre par les sels d'antimoine. *Paris Médical*, 7 décembre 1935.)

« Tout ce qui distingue l'élite intellectuelle de la masse qui grouille dans les bas-fonds, c'est quelques observations, quelques réflexions, quelques hypothèses branlantes sur lesquelles elle se hisse et se maintient à grand'peine dans le grand vent de l'inconnu. » (MAETERLINCK, Le Sablier.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 juillet 1936

Le problème obstétrical du mongolisme infantile. — *MM.* **Pehu** et **A. Brochier** (de Lyon). — Le mongolisme est une anomalie caractérisée par une configuration spéciale du visage, par une direction, oblique en haut et en dehors, de l'axe des yeux rappelant d'assez loin le faciès asiatique et par la présence de l'épicanthus. Cet ensemble peut être constaté à la naissance même. Il s'y ajoute une petitesse générale du crâne, laquelle amène souvent un accouchement difficile. L'intelligence des mongoloïdes est et reste plus ou moins diminuée.

Pour expliquer cet ensemble somatique et psychique, divers facteurs ont été invoqués. Après examen critique des théories diverses, les auteurs acceptent l'idée d'une influence s'exerçant vers la sixième ou la huitième semaine de la grossesse et amenant une plicature ou une contriction de l'extrémité céphalique de l'embryon. La nature exacte de cette cause demeure problématique : pour la fixer, on manque du contrôle objectif nécessaire. Mais en réunissant les divers éléments du problème, on peut supposer qu'il s'agit d'une nidation défectueuse de l'œuf sur une muqueuse utérine partiellement altérée ou lésée : d'où résulte un oligoamnios.

Ainsi peut être expliqué le type morphologique si semblable à lui-même et qui caractérise la maladie et qui, dans le domaine corporel et intellectuel, traduit un achèvement incomplet de l'organisme.

Des dystrophies chordales. — *MM.* ***Crouzon*** et ***A. S. de Santa Maria***, dans une précédente étude, groupé sous le nom de dysostoses pré chordales, les dysostoses cranio-faciales et ses formes frustes, telles de l'hypoplasie du maxillaire supérieur.

Mais à côté de ces malformations, il en est d'autres qui sont quelquefois associées aux dysostoses cranio-faciales ou qui sont quelquefois isolées : ce sont des déformations morphologiques qui atteignent les extrémites, par exemple : les polydactylies, les syndactylies qui font partie des syndromes décrits par Apert, par Laurence-Biedl, par Schuller-Christian,

Ces deformations peuvent trouver leurs explications dans l'embryologie causale. Ces déformations morphologiques sont dues à des troubles localisés à deux endroits du tronc qui, chez l'embryon coïncident avec les deux points maxima des courbures et se manifestent par une atrophie plus ou moins accentuée du mésoblaste de cette région.

Les auteurs montrent que les deux points de courbure maxima résultent des angles de flexion (hypophysaire, sous-nuchal et caudal). C'est au niveau des angles de flexion sous-nuchal et caudal que se produisent des troubles donnant naissance aux malformations. Ces troubles sont localisés à la portion chordale de l'embryon alors que la dysostose cranio-faciale avait pour origine des troubles de la région pré-chordale.

L'embyrologie causale révèle donc les causes de ces dystrophies morphologiques localisées aux extrémites des membres et il est logique, par opposition aux autres dystrophies, de les designer sous le nom de dystrophies ou dysostoses chordales.

Le mode d'action des méthodes de collapsothérapie sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire. — *M.* ***Fernand Bezançon.*** — Il y a quelques années, on s'efforçait d'étudier d'une façon comparative le mode d'action des diverses méthodes de collapsothérapie.

Les voies nouvelles dans lesquelles s'est engagée la collapsothérapie, tant médicale que chirurgicale, la notion de peumothorax de détente, de pneumothorax hypotensif se substituant à celle de pneumothorax de compression, d'une part ; la substitution dans un grand nombre de cas la thoracoplastie extrapleurale partielle à la thoracoplastie large, totale permettent jusqu'à un certain point une vue d'ensemble du mode d'action des diverses méthodes de collapsothérapie basées d'une part sur une connaissance plus précise de la mécanique respiratoire, et d'autre part, sur une appreciation plus exacte du mode de guérison naturelle de l'infection tuberculeuse et de la diversité de ses diverses formes cliniques.

Indication des thoracoplasties dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — *MM.* ***Bernou*** et ***Fruchaud***

présentent une note sur les indications de la thoracoplastie dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.

La thoracoplastie partielle du sommet reste l'opération de choix ; les auteurs la pratiquent, en général, de bas en haut pour éviter la fuite des cavernes vers le bas ; ils enlèvent la première côte dans un deuxième temps pour éviter un collapsus pulmonaire trop brutal.

La thoracoplastie antéro-latérale est souvent très utile comme temps préparatoire à une thoracoplastie para-vertébrale ultérieure chez les malades fatigués, sub-évolutifs.

Les résections extra-périostées des côtes et la formolisation des lits costaux après thoracoplastie, retardent ou suppriment les ossifications de la paroi et permettent de mieux sérier les temps opératoires.

La thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Sa valeur actuelle ; ce qu'on peut en attendre grâce à une orientation nouvelle.—*MM. Maurer* et *Rolland*.

L'état de prémunition contre le typhus exanthématique chez l'homme simple et double vaccination.— *MM. Georges Blanc, M. Noury* et *M. Balthazard*, du 13 février au 13 mai 1936, ont vacciné 11.629 indigènes marocains dans la région de Ben Ahmed, où, s'étaient déclarés de petits foyers de typhus exanthématique. Récemment, ils ont fait une autre vaccination, près de Settat, portant sur 828 indigènes marocains. Ces vaccinations n'ont été suivies d'aucun incident. Jusqu'à présent les foyers de typhus ont été atteints.

Bacillémie dans l'érythème nerveux. — *MM. Debré, Saenz* et *Broca*.

Sur la phrénicectomie. — *M. Rist*.

Méthode morphologique permettant de suivre les transformations qui se produisent par chauffage dans un sérum. — *M. Kofman*. — L'enregistrement photographique de la morphologie variable des efflorescences terminales osmotiques croissant dans le sérum de cheval préalablement chauffé a permis de mettre en évidence plusieurs températures critiques caractéristiques.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 24 juin 1936

Complications pulmonaires post-opératoires. — *MM. Duval* et *Binet* se demandent si les opérés qui présentent des accidents pulmonaires post-opératoires, ne sont pas préalablement sensibilisés par leurs propres polypeptides. Il y a intérêt à étudier la sensibilisation du sujet à l'aide d'intra-dermo-réactions aux polypeptides canins ou humains. Dans un cas récent de mort par complications pulmonaires avec une polypeptidémie de 0,80, il existait des lésions tout à fait semblables à celles que les auteurs ont obtenu expérimentalement.

M. Grégoire a expérimenté avec de la toxine microbienne. Il pratique des injections dans les plexus mésentérique et cœliaque. Plusieurs fois il a produit ainsi, outre des infarctus intestinaux, des lésions pulmonaires semblables.

M. Bazy a insisté sur les cas de toxémie post-opératoire, qui donne des accidents pulmonaires semblables à ceux qui sont reportés précédemment. D'autre part M. Reilly a montré que les anesthésies rachidiennes agissant sur les plexus nerveux, peuvent déterminer des accidents pulmonaires.

M. Duval pense avec les auteurs que les phénomènes observés sont sous la dépendance du déséquilibre du système neuro-végétatif. L'excitant de ce système peut être soit les polypeptides, soit les composés albuminoïdes que sont les toxines microbiennes.

Création d'un vagin par la méthode autoplastique. — *MM. R. Monod* et *Iselin* chez une jeune fille ne présentant ni vagin ni utérus à la laparotomie, ont pratiqué une vaginoplastie par greffes. Après avoir creusé un infundibulum de profondeur suffisante puisqu'il atteignait le cul-de-sac de Douglas, des greffes de Thiersch cousues ensemble y furent appliquées sous le support d'un mandrin spécialement conformé à cet usage. Le résultat fut excellent : parois souples, admettant spéculum. L'avantage de ce procédé est qu'il ne présente aucune gravité.

M. Baumgartner insiste sur la fréquence des échecs à longue distance. Par la méthode d'emploi d'anses intestinales (opération de Baldwin) il semble que les résultats à distance sont excellents.

Trois cas d'abcès myositique du muscle temporal. — *M. Husenstein* (Tours) a observé trois cas de myosite qui furent guéris par l'excision du muscle temporal. Ces trois cas étaient dus au pneumocoque, localisation vraiment rare. Le diagnostic de cette variété de myosite serait possible car la douleur est moindre que celle qui est perçue dans les ostéites craniennes (rapport de *M. d'Allaines*).

Oblitération congénitale de l'intestin. — *MM. Nast* et *d'Halluin* ont observé une sténose congénitale de l'intestin grêle, siégeant à 20 ou 30 cm. du cæcum et figurée par une atrésie du grêle réduit à un cordon fibreux. Cette malformation est assez fréquente, mais dans le cas présenté, la longueur même du rétrécissement est exceptionnelle. Elle était au-dessus de toute possibilité chirurgicale.

M. Leveuf dans un cas semblable a trouvé qu'il s'agissait d'une hypoplasie des parois aboutissant à une obstruction par défaut de circulation du méconium.

M. Martin pense, pour répondre aux objections de *M. Okinczyc*, ces malades inopérables. En effet dans la plupart des cas qu'il a vus (6 sur 7), l'enfant est vu trop tard pour que l'opération soit possible, et les sténoses souvent étagées ne permettent pas d'anastomose.

M. d'Allaines (rapporteur), estime que dans quelques cas exceptionnels une anastomose iléo-iléale est possible. Mais le plus souvent la chirurgie est sans effet.

Diagnostic des tumeurs des os. — *M. Schwartz* termine la discussion. Des diverses communications il résulte que ni la clinique, ni la radiographie, ni la biopsie ne permettent seuls le diagnostic. Mais la réunion des trois procédés doit permettre d'arriver en général au diagnostic exact. Enfin la biopsie se montre certainement dangereuse.

Traitement chirurgical des adénopathies du cancer de la langue. — *M. Roux-Berger* rapporte un travail de *M. Tailhefer*, concernant tous les évidements du cou pour cancer faits à la Fondation Curie. 80 cas opérés tous suivant la même technique. Il y eut 69 envahissements ganglionnaires, 19 guérisons à cinq ans seulement, trois morts opératoires. Récidives ganglionnaires, langue guérie 19 cas, récidives linguales, ganglions indemnes 15 cas, récidives bilatérales 3 cas. Ces récidives s'expliquent le plus souvent par le fait qu'on a le plus souvent intéressé au cours de l'opération un ganglion lymphatique envahi. Enfin dans les cas retardés, il y eut dix récidives sur 13 cas. Chaque fois ou presque que la lésion atteint la ligne médiane ou la dépasse, il y a récidive si on ne fait pas l'évidement bilatéral. Le traitement de récidives post-opératoires par une nouvelle opération est parfaitement inefficace.

Torsion d'une hydatide pédiculée chez la femme enceinte. — *M. Tailhefer* rapporte cette observation. Le diagnostic posé fut péritonite. L'intervention en montre la cause. L'auteur fait la bibliographie de la question.

Séance du 1er juillet

Lobectomie et abcès du poumon. — *M. Robert Monod* rappelle la gravité évolutive des abcès pulmonaires, dont les complications les plus redoutables sont l'hémorragie massive, l'abcès cérébral, la gangrène extensive. Le traitement chirurgical par résection, cautérisation, se montre souvent insuffisant. Dans ce cas il y a lieu de faire une lobectomie qui se trouve être la meilleure opération. L'auteur présente une observation caractéristique des avantages de la méthode : Une malade ayant un abcès pulmonaire n'en vit la guérison ni par drainage, ni par pneumo-résection, mais bien par lobectomie faite en un temps. La lobectomie ne peut être utilisée dans le traitement des abcès aigus du poumon. Mais dans le cas de séquelles de l'abcès, expectoration purulente, bronchectasie péri-lésionnelle, elle doit intervenir après la pneumotomie. Dans le cas d'abcès multiples, et peut être aussi dans le cas d'abcès unique, bien localisé, mais profond, centro-lobaire voisin du hile, la lobectomie a été et doit être utilisée.

Kyste du ménisque externe du genou. — *MM. Desplas* et *Yovanovitch* ont enlevé un kyste multiloculaire situé sur le ménisque externe gauche immédiatement en arrière d'une rupture du ménisque. Le contenu était incolore et gélatineux. L'étiologie était intéressante : tumeur apparue après traumatisme sur le ménisque externe. Le traumatisme put en effet amener une dégénérescence kystique du fibro-cartilage méniscal.

M. Bazy insiste sur le fait que tout tissu dérivé du tissu

conjonctif peut, lorsque sa nutrition est entravée, présenter la dégénérescence gélatineuse.

Septico-pyohémie à staphylocoques. — *M. Capette* rapporte une observation de *M. Miraillié* (Nantes) concernant une septico-pyohémie à staphylocoques avec localisations suppurées multiples. L'emploi, tardif d'ailleurs, de l'anatoxine staphylococcique fut suivie d'un heureux résultat, mais la multiplicité des moyens thérapeutiques mis en œuvre interdit d'y voir un effet certain de la médication anatoxinique.

Stérilisation rationnelle de l'air des salles d'opération. — *MM. Cunéo* et *Zagdoun* pensent que le conditionnement de l'air, à une température et à un degré hygrométrique constants, dans une salle d'opérations étanche, est indispensable. Cet air ayant été filtré, stérilisé est envoyé à faible pression dans les salles opératoires, dans lesquelles d'ailleurs ne doivent jamais pénétrer d'autres personnes qu'opérateur, aides et patient.

M. Fredet y insiste également. Les chirurgiens américains et viennois en particulier utilisent dès maintenant le conditionnement de l'air dans les salles d'opérations.

Rupture de la rate. — *M. Cadenat* fait un rapport sur une observation de *M. Redon*. Un aviateur après une descente en parachute se trouvait inanimé à l'arrivée au sol, avec signes d'hémorragie interne. Il s'agissait d'une rupture splénique comme le montra l'intervention. Pour *M. Redon*, il s'agissait d'une rupture splénique due au mode d'attache du parachute. Le rapporteur pense qu'il s'est agi en réalité de traumatisme par ouverture intempestive de l'appareil, ayant créé d'autant plus aisément une rupture splénique que le malade était paludéen. A propos de ce cas, *MM. Duval* et *Desplas* insistent sur la nécessité d'équiper en postes de secours convenables les aérodromes.

Luxation des deux extrémités de la clavicule. — *M. Pierre Prat* (Nice), présente cette observation rare de luxation bilatérale, qui fut opérée, réduite et fixée par agrafes avec un excellent résultat.

Chirurgie des états diabétiques. — *MM. Bertrand, Sendrail* et *Lassalle* ont amélioré un cas de diabète grave par une gastro-entérostomie faite pour ulcus pylorique.

M. Fredet, rapporteur, recherche l'explication de ce phénomène soit dans l'amélioration de la circulation pancréatique, soit dans l'ablation du foyer septique, soit encore dans la suppression d'une irritation locale du sympathique.

Sub-luxation de l'extrémité inférieure du cubitus en avant. — *M. Dor* a observé un cas de cette affection et y a appliqué l'opération décrite par *MM. Bazy* et *Galtier* : Résection de la tête cubitale avec butée radiale pour empêcher l'apparition d'une main-bote cubitale.

M. Sauvé rappelle son procédé qui consiste à créer une pseudarthrose cubitale, et emploie la tête cubitale elle-même, remise en place, comme butée osseuse.

Appareil à contention des fractures du membre supérieur. — *M. Rouvillois* présente un appareil intéressant parce qu'il répond à des indications multiples et qu'il est d'un volume très réductible.

J. CALVET.

THÉRAPEUTIQUE SPECIALISÉE

Thérapeutique antirhumatismale

Il est depuis longtemps classique d'associer en thérapeutique antirhumatismale, l'iode et le soufre.

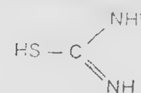
Les dernières expérimentations cliniques ont cependant mis en évidence l'intérêt que présente la forme moléculaire des composés iodés et sulfurés utilisés. L'activité antirhumatismale de ces deux métalloïdes varie dans des proportions considérables, avec la molécule chimique qui leur sert de support.

* * *

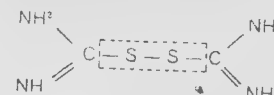
[illegible] soufre, de récentes recherches ont prouvé combien était intéressant un nouveau composé sulfuré organique : la thiocarbamide.

La thiocarbamide introduit dans l'organisme le soufre sous sa forme la plus active physiologiquement, puisque très voisine de celle sous laquelle le renferme le glutathion. Les schémas suivants montrent clairement l'analogie de structure existant entre la thiocarbamide, la cystine et le glutathion.

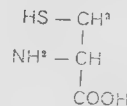
Thiocarbamide



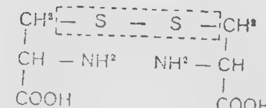
Di-Thiocarbamide



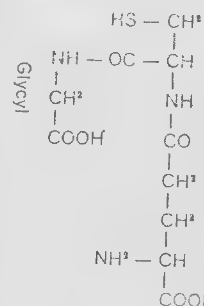
Cystéine



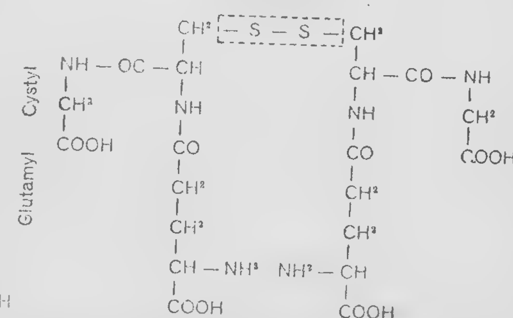
Cystine



Glutathion
Forme réduite (Thiol)



Glutathion
Forme disulfure



SCHÉMAS REPRÉSENTATIFS
de la molécule sulfurée employée dans la Thiodérazine Midy
et des molécules sulfurées physiologiques

Cette analogie se traduit par une activité thérapeutique nettement supérieure à celle des molécules sulfurées minérales (hyposulfite et tétrathionate), utilisées jusqu'à présent.

* * *

En ce qui concerne l'iode, ce métalloïde a bénéficié aussi de travaux récents, qui ont encore amélioré la forme d'introduction de ce médicament dans les tissus.

Après les iodhydrates et iodoalcoylates d'hexaméthylène tétramine, on a réussi à réaliser une série d'iodoalcoylates de diméthylpipérazine. La premier terme de cette série, le di-iodo méthylate de diméthyl-pipérazine (Iodazine M.), représente un complexe iodo-pipérazinique particulièrement actif contre toutes les formes du rhumatisme goutteux.



L'Iodazine M. renferme 63 % d'iode activé, et permet d'atteindre des doses élevées sans aucune intolérance.

L'association de ces deux nouveaux agents antirhumatismaux (Thiocarbamide + Iodazine M.), est réalisée à la fois dans la « Thiodérazine Midy » et la « Thiodacaïne Midy ».

La « Thiodérazine Midy » permet de modifier le terrain rhumatismal de façon durable, et de redresser les métabolismes déviés. Bien tolérée, la « Thiodérazine Midy » est indiquée dans tous les cas de rhumatisme chronique, arthrites et péri-arthrites, algies rhumatismales, sciatiques, lumbagos et névrites et spécialement dans le rhumatisme goutteux, en raison de la présence de Pipérazine injectable.

La « Thiodacaïne Midy » ajoute à l'association sulfo-iodée précédente, un anesthésique local nouveau rigoureusement atoxique, la Dunacaïne, qui coupe immédiatement l'arc réflexe douloureux.

La « Thiodacaïne Midy » est particulièrement appréciée du

Corps médical dans tous les cas d'algies rhumatismales, où elle procure au malade la sédation immédiate des phénomènes douloureux, sédation suivie d'une modification tissulaire locale, sous l'influence de l'association sulfo-iodée.

La « Thiodacaïne Midy » agit donc à la fois :

— au point de vue symptomatique : sur l'élément douleur,

— au point de vue étiologique : sur la cause rhumatismale de cette douleur.

De l'action de l'iodéopirine dans le traitement des différentes manifestations de la colibacillose et en particulier dans la colibacillose urinaire

Le colibacille, saprophyte habituel du tube digestif peut, sous certaines conditions : régime alimentaire défectueux, constipation et stase fécale, troubles du chimisme intestinal, associations microbiennes, augmenter de virulence et grâce à une altération intestinale, passer dans le torrent circulatoire.

Il détermine ainsi une véritable septicémie, plus ou moins violente, au cours de laquelle peuvent se produire des accidents localisés sur les organes les plus divers ; on a même signalé à différentes reprises, des méningites à colibacilles.

Mais c'est surtout sur l'appareil urinaire que le microbe se fixe le plus facilement ; cette localisation est souvent favorisée en particulier par la stase urinaire, c'est ce qu'Heitz-Boyer a désigné sous le nom de syndrome entéro-rénal, et les manifestations cliniques les plus diverses peuvent se rencontrer, urétrites et périurétrites, cystites, néphrites, pyélonéphrites, etc...

Depuis plusieurs années la colibacillose urinaire est devenue d'une extrême fréquence, revêtant parfois un caractère sérieux de gravité et les urologues ont conjugué leurs efforts pour trouver et préconiser les moyens thérapeutiques propres à annihiler rapidement l'infection.

A côté du traitement par les injections vésicales de bactériophages qui donnent des résultats bien inconstants, la plupart des spécialistes préfèrent adjoindre au traitement intestinal (traitement de la constipation et de la stase) un traitement mixte : vaccinal, soit local, soit intra-musculaire,
désinfectant

a) désinfection locale : lavages vésicaux avec les antiseptiques les plus variés.

b) désinfection par voie interne : chlorure d'ammonium, collargol, urotropine, salol, salicylate de soude, bleu de méthylène.

Depuis plusieurs années, j'emploie cette méthode mixte. En ce qui concerne la vaccination, je suis resté fidèle aux injections intramusculaires d'auto-vaccins préparés avec les cultures des urines et des matières du malade ; donc deux souches : vasicale et intestinale.

Depuis un an, j'ai remplacé les différents médicaments signalés plus haut par l'iodéopirine, à la dose de 10 à 15 centigrammes par vingt-quatre heures, c'est-à-dire deux ou trois comprimés. Dans les cas graves, j'ai doublé la dose et donné sans aucun inconvénient jusqu'à 5 à 6 comprimés.

J'ai pu, depuis un an, relever, plus de trente-cinq observations qui toutes se rapportent à des cas de collibacilloses revêtant un certain caractère de gravité, soit par l'ancienneté de l'affection, soit par la virulence des microbes et l'intensité des phénomènes généraux.

L'iodéopirine employée dans ces cas rebelles (certains malades avaient depuis longtemps renoncé à se soigner m'a donné des résultats tels, m'a permis des guérisons inespérées et souvent si rapides, que j'ai pensé qu'il pouvait y avoir dans ce produit autre chose qu'un simple adjuvant du traitement local et vaccinal de la colibacillose urinaire et depuis quelques mois, j'ai été plus avant dans mon expérimentation. On n'ignore plus maintenant que des examens microscopiques pratiqués en série chez la femme et surtout après les règles, permettent de déceler des colibacilles vivants dans la vessie à l'état de saprophytes. Il est évident qu'il y a là une réserve de microbes qui, sous certaines conditions : fatigue, refroidissement, stase fécale favorisée par une alimentation défectueuse, diminution de la quantité de boisson nécessaire à l'organisme (condition si souvent rencontrée actuellement chez les femmes qui, par coquetterie, veulent maigrir ou tout au moins conserver la ligne, peuvent un beau jour se réveiller et donner naissance à des manifestations aiguës de colibacillurie.

C'est ainsi que j'ai examiné en série les urines de plus de trente femmes traitées pour métrites chez qui rien ne pouvait attirer l'attention du côté de la vessie. Chez sept d'entre elles, l'examen microscopique m'a donné un résultat positif. Sans aucun traitement local, je leur ai fait ingérer deux ou trois comprimés d'iodéopirine, les colibacilles ont rapidement disparu et des examens pratiqués deux ou trois mois après ont montré que cette disparition était définitive.

Encouragé à persévérer dans cette voie, j'ai alors modifié ma méthode et vers la fin de 1935, j'ai supprimé du traitement habituel l'emploi des auto-vaccins. Les résultats n'ont pas déçu mon attente : sur cinq malades soignées, trois en décembre et deux en janvier, quatre pour cystite, une pour pyélonéphrite, j'ai obtenu des guérisons aussi rapides que celles que j'avais coutume d'observer auparavant.

Ces résultats vraiment remarquables viennent à l'appui de l'opinion émise par le Professeur Le Gac, de Rennes.

L'iodéopirine, outre son extrême diffusibilité et ses pouvoirs antitoxiques et bactéricides élevés, possède, à un très haut dégré les propriétés cryptotoxiques que le Professeur Vincent avait mises en lumière pour l'acide orthosalicylique. En neutralisant les poisons d'origine microbienne, l'iodéopirine (acide acétyl-iodo-salicylique donne naissance à une cryptotoxine qui, continuant à jouer le rôle d'antigène amène la formation dans l'organisme d'anticorps qui immunisent contre le germe en cause.

L'iodéopirine agit donc comme un auto-vaccin.

On conçoit dès lors toute l'importance de cette conclusion. Le traitement des colibacilloses et en particulier des colibacilloses urinaires, se trouve simplifié et à la portée de tous. Dans les grands centres, les médecins ont à leur disposition des laboratoires où les auto-vaccins peuvent être effectués rapidement et dans les meilleures conditions. Il n'en est pas de même dans les campagnes où les prélèvement et les cultures ne peuvent être faits qu'au prix de difficultés qui font souvent reculer les praticiens.

D'autre part, le traitement par les auto-vaccins est souvent pénible à supporter ; il se produit souvent et surtout au début dès les premières injections, des réactions qui, dans certains cas, peuvent être excessivement pénibles pour le malade déjà fatigué par l'infection.

L'iodéopirine, au contraire, dépourvue de toute toxicité, a une action sédative immédiate et ne donne jamais, même à forte dose, de phénomènes d'intolérance gastrique.

Docteur L. Duboeux (Paris)

L'hypotension artérielle et son traitement

L'hypotension se présente parfois en clinique sous l'aspect d'une maladie autonome, mais plus souvent elle n'est, dans divers états pathologiques, qu'un symptôme, mais un symptôme auquel on attache une grande importance diagnostique et pronostique. Aussi bien dans les hypotensions idiopathiques que dans les hypotensions aiguës ou subaiguës dues à des causes variées, que M. Douyau étudie dans un article récent (Les formes cliniques de l'hypotension artérielle et leur traitement. Rôle des analeptiques cardio-vasculaires. *Le Concours Médical*, 31 mai 1936) l'affaiblissement des tonus cardiaque et vasculaire est en cause. Toutefois le traitement des formes essentielles de l'hypotension et des défaillances cardio-vasculaires et respiratoires aiguës ne peut être réalisé avec le même médicament que si celui-ci réunit les avantages suivants :

1° Adaptation complète au but de la thérapeutique par l'association d'un tonique cardio-respiratoire et d'un excitant du sympathique, hypertenseur et anti-choc.

2° Grande marge thérapeutique et grande maniabilité (forme injectable d'effet rapide et héroïque, forme buccale d'effet progressif) permettant de proportionner l'intensité de l'action à la gravité du cas envisagé.

3° Durée d'effet très prolongée et donnant une sécurité de plusieurs heures.

4° Parfaite tolérance permettant le renouvellement des doses dans les cas graves évoluant lentement ou plus bénins mais chroniques. Cette tolérance implique :

- Une progressivité dans le développement de l'effet même lorsque celui-ci doit atteindre un maximum héroïque,

Une élimination parfaite,

L'absence d'effets secondaires tels que tremblements, impression angineuse, etc..

Une injection indolore et rapidement résorbée,

L'absence de troubles digestifs déterminés par la forme buccale.

Ces qualités sont réunies par le Pressyl, récemment introduit en thérapeutique. Médicament d'une efficacité remarquable et facile à manier, il est appelé à rendre d'importants services dans toutes les défaillances cardio-vasculaires et respiratoires (hémorragies, états de choc chez les brûlés, traumatisés, asphyxiés, collapsus des maladies infectieuses, chocs médicamenteux etc.) et dans les hypotensions de convalescence ou chroniques.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Avis favorable de l'Académie de médecine (23 juin 1936) pour :

— M. le Docteur Roussel, directeur de l'Institut de Sérothérapie, 97, rue de Vaugirard, à Paris, et Laboratoire, 10, route de Metz, à Romainville (Seine), qui demande l'autorisation de fabriquer :

1° Deux préparations destinées au pansement des plaies, soit sous la forme liquide, soit sous la forme gélifiée semi-fluide, et contenant à l'état de mélange :

a) Du sérum normal de cheval ;
b) Du sérum antipyogène polyvalent ;
c) Des produits vaccinants (antivirus), d'origine microbienne.

2° Cinq vaccins injectables.

Chacun renferme les produits vaccinants de 6 milliards de germe par centimètre cube de la préparation injectable.

A. Vaccin injectable monomicrobien n° 1 (infections staphylococciques).

B. Vaccin injectable polymicrobien n° 2 (infections pyogènes).

C. Vaccin injectable polymicrobien n° 3 (infections génito-urinaires).

D. Vaccin injectable polymicrobien n° 4 (infections des voies pulmonaires).

E. Vaccin injectable polymicrobien n° 5 (infections du rhino-pharynx).

3° Trois vaccins à administrer par la voie buccale, préparés comme les vaccins injectables ci-dessus décrits et dont ils ne diffèrent que par la proportion des germes qui s'élève à 20 milliards par centimètre cube de la préparation ingérable.

A. Vaccin ingérable monomicrobien n° 1 (infections staphylococciques).

B. Vaccin ingérable monomicrobien n° 2 (infections colibacillaires).

C. Vaccin ingérable polymicrobien n° 3 (infections pyogènes).

4° Trois filtrats-vaccins liquides pour pansements.

A. Filtrat-vaccin monovalent n° 1 (infections staphylococciques).

B. Filtrat-vaccin polyvalent n° 2 (infections pyogènes).

C. Filtrat-vaccin polyvalent n° 3 (infections du rhinopharynx).

5° Trois lysats-vaccins bactériophagiques à administrer soit par voie parentérale, soit par voie buccale, soit en applications locales.

A. Lysat-vaccin bactériophagique monovalent n° 1 (infections staphylococciques). Emploi : injection, ingestion, applications locales.

B. Lysat-vaccin bactériophagique monovalent n° 2 (infections colibacillaires).

C. Lysat-vaccin bactériophagique polyvalent n° 3 (infections pyogènes).

— M. le Docteur Debat, 60, rue de Monceau, à Paris, laboratoire à Garches (Seine-et-Oise), qui demande l'autorisation de préparer un vaccin ingérable polymicrobien, pour le traitement d'infections typhoïdiques en cours d'évolution.

— M. Bouty, pharmacien, 3, rue de Dunkerque, à Paris, qui demande l'autorisation de préparer, avec l'assistance technique de Mlle le Docteur Aprin, deux vaccins antimicrobiens destinés au traitement d'infections intestinales et devant être administrés par la voie buccale soit à l'état liquide, en ampoules, soit à l'état sec, en dragées kératinisées.

— M. Rigal, pharmacien, 26, rue Vauquelin, à Paris, qui demande l'autorisation d'importer d'Allemagne, en vue du débit, des solutions injectables d'insuline préparées à partir de pancréas de bœuf dans les laboratoires de la Société Bayer.

Echos et Glanures

Evolution et avenir de la chirurgie. — *Sous ce titre M. de Fourmestraux vient de publier* (MERCURE DE FRANCE, 17 juillet 1936) *une importante étude dont voici un extrait :*

La chirurgie est-elle parvenue au sommet de sa courbe créatrice, et doit-elle toujours suivre les sentiers grégaires tracés par les constructeurs qui vécurent les heures ardentes de l'épopée pastorienne ?

Sommes-nous comme le pense notre maître Jean-Louis Faure, parvenus à un degré de perfection technique tel que les progrès réalisés seront désormais insignifiants ? Nous ne le croyons pas.

L'étude de l'histoire n'est pas un luxe aimable de la connaissance. Un aperçu rapide de ce que fut la chirurgie d'hier peut, sans doute, nous donner quelque clarté sur ce que sera la chirurgie de demain.

Heures tragiques de la Révolution, où le seul Desault assisté de son glorieux disciple Bichat, dans les salles du vieil Hôtel-Dieu, non seulement continuait la tradition de l'enseignement de Louis, de Sabatier, de Ferrand et des maîtres de la vieille Académie Royale, qu'avaient illustrée Mareschal et la Peyronnie, mais dans un Paris atteint de folie démagogique et sanglante, instaurait au lit du malade un enseignement clinique dont le principe ne fut guère modifié pendant de longues années.

Heures de gloire et de misère de l'épopée. La victoire enchaînée à la hampe des aigles. Percy et Larrey, soldats sans peur, médecins sans reproches, dont les figures égalent et dépassent celles des maréchaux de l'Empire.

Heures calmes de la Restauration. Louis XVIII, Charles X, premières années du règne du Roi-citoyen. Un étudiant limousin qui avait été un des derniers élèves de Desault et s'appelait Guillaume Dupuytren, va donner à la clinique française une renommée qui s'étendra au delà des limites étroites de notre pays. A ses côtés, un chirurgien égaré dans la médecine, Récamier, opérateur audacieux, esprit réalisateur d'une profonde originalité. A la même époque, les travaux de Laënnec vont constituer une claire préface à l'étude de la médecine expérimentale et avoir une influence directe, mais précise, sur l'évolution chirurgicale.

Dans les années qui suivent la mort de Dupuytren, qui avait écrasé du poids de sa renommée ses contemporains et ses disciples, à l'aube du tourment romantique, il semble qu'il y ait eu vraiment en France un arrêt dans l'évolution de la chirurgie. L'enseignement brumeux de Broussais, le jacobin têtu, père de la médecine dite physiologique et qui régnait au Val-de-Grâce, a une influence bien fâcheuse sur les chirurgiens d'alors, presque tous ralliés à sa doctrine.

Dix ans plus tard, en 1846, découverte de l'anesthésie générale, qui va singulièrement élargir le cadre de la médecine opératoire, et permettre la réalisation technique des interventions les plus audacieuses.

La période qui s'étend depuis le moment où l'anesthésie

se généralise, jusqu'à la guerre de 1870, comprend des hommes de haute valeur, comme Malgaigne, Maisonneuve, Chassaignac, mais dont les échecs opératoires étaient effroyables, tandis que l'infection purulente sévissait dans les hôpitaux de Paris.

A ces jours lugubres succèdent les matins clairs illuminés par les découvertes géniales de Pasteur. A la suite de Lister, Lucas-Championnière et ses disciples, bientôt suivis de la cohorte des pèlerins passionnés d'Edimbourg, suivent la technique que le maître décrit avec une extrême précision de détails et ouvrent la voie à la chirurgie contemporaine.

Entre 1880 et 1895, époque de réalisation la plus féconde en résultats immédiatement tangibles, les chirurgiens, sous la double égide de l'anesthésie et de l'antisepsie, ont banni la douleur et guérissent leurs malades. Ils connaissent la cause de l'infection et ils la suppriment en pratique, tandis que les interventions sur le tube digestif, les organes génito-urinaires deviennent chose banale.

Les rites du culte listérien que le seul Lucas-Championnière applique de façon heureuse, mais sans grande modification, sont malgré tout compliqués, et la pratique antiseptique subit, dans les dernières années du siècle dernier un assaut victorieux. L'étuve sèche, l'autoclave, la généralisation de l'emploi du gant de caoutchouc, vont permettre la réalisation d'une technique purement aseptique qui n'a guère été modifiée depuis quarante ans, et est restée telle que l'avaient établie Terrier et ses élèves.

A la veille de la guerre, unification des procédés. Règle de conduite qui est la même chez tous ceux qui, de par le vaste monde, opèrent en employant le même matériel, les mêmes gants, la même étuve. Les uns seront plus heureux, les autres plus audacieux ; dans l'ensemble, les résultats ne seront guère différents. Il paraît cependant équitable d'admettre que la chirurgie française, façonnée à la rude et stricte école de Farabeuf, marque une supériorité réelle, de par la simplicité même de ses procédés opératoires, sur la chirurgie étrangère qui, trop souvent, reste sous l'influence de la culture germanique, et ses disciplines étroites, plus apparentes que réelles.

Née de la volonté du bordelais Demons, l'Association française de Chirurgie réunit dans ses congrès annuels la plupart des provinciaux éloignés des centres universitaires ; les solitaires, dont Témoin, en quelques pages admirables, a retracé le rôle bienfaisant, y viennent chaque année retrouver une énergie nouvelle.

En 1885, au premier congrès furent traitées la question de l'hémostase dans l'hystérectomie et celle de la technique opératoire dans les interventions sur le tube digestif.

Dans les années qui suivirent, discussions sur l'ablation de l'utérus fibromateux, qui donnent lieu à des joutes oratoires violentes entre Péan, le Beauceron aux larges épaules dont la maîtrise incomparable devait être reconnue par ses ennemis eux-mêmes, et Doyen, le rude lutteur aux yeux clairs, dont la renommée avait grandi en marge des chemins classiques.

Aux réunions qui se succèdent chaque année, sont envisagés, tour à tour, le traitement des ennexistes, la technique des interventions, sur les voies biliaires, les indications de la splenectomie, le traitement de l'ulcère duodénal. Les chirurgiens qui voient leurs espoirs les plus audacieux réalisés sous le couvert de l'antisepsie, que leur a révélée Lucas-Championnière, puis, plus tard, des méthodes aseptiques dont Terrillon et Terrier précisent les règles, enlèvent les tumeurs abdominales les plus volumineuses sans trop se soucier de leurs connexions.

Chirurgie réglée, mais quelque peu brutale, réminiscence involontaire des heures où la rapidité opératoire constituait un des facteurs de la guérison. C'est l'époque des gros moignons qui déterminent des adhérences, provoquent des douleurs et parfois même des occlusions intestinales à évolution aiguë ou chronique. A ce moment, sous l'influence des chirurgiens, disciples de Farabeuf et de leurs élèves, l'étude de l'anatomie viscérale permet de conclure qu'il n'est pas plus logique de faire l'hémostase d'un gros pédicule en une ligature stricte, qu'il n'est indiqué de lier en masse la veine, l'artère et le nerf satellite au cours d'une amputation.

A l'heure même où l'asepsie simplifie les rites compliqués de l'acte opératoire, on abandonne les dilacérations brutales du tissu cellulaire, on péritonise les surfaces cruentées, et la technique de la chirurgie pelvienne se simplifie, se précise en des règles qui n'ont subi depuis lors que des modifications de détail.

Le Professeur Hartmann, présidant une des sessions du Congrès avec l'enthousiasme d'un homme qui a vécu une période si belle et si féconde en résultats tangibles, conclut qu'il ressort de l'étude des progrès récents de la chirurgie que l'anatomie seule est à la base de tout acte opératoire et qu'en diminuant la durée des études anatomiques au profit des recherches physiologiques on ferait peut-être de grands savants, mais qu'on préparerait certainement une génération d'opérateurs détestables.

Cette affirmation comporte une réelle part de vérité, mais apparaît vraiment comme très absolue. L'étude de l'anatomie est un moyen, et non une fin.

« Disséquer, faire des expériences et ouvrir des cadavres en médecine, c'est là une triple voie hors de laquelle il ne peut y avoir d'anatomiste, de physiologiste ou de médecin », écrivait Bichat quelques mois avant sa mort, dans le premier volume de son anatomie descriptive, parue au début du siècle dernier.

Les chirurgiens anatomistes ont été les constructeurs laborieux d'une œuvre admirable ; mais n'est-ce pas justement parce que dans cette voie le maximum de rendement a été obtenu, qu'il semble logique de s'orienter vers des destinées nouvelles ?

Vocations médicales. — *D'une enquête que G. Blechmann vient de faire sur la* VOCATION MÉDICALE (L'Hôpital, juin 1936, B), *il convient d'extraire ces pages où le Docteur P. Astruc, interrogeant le passé, nous montre comment certains, parmi les plus illustres, furent amenés à étudier la médecine.*

En prenant connaissance de votre projet d'enquête, j'ai regretté que la question posée s'adressât « à tous nos confrères et aux étudiants en médecine » à la seule condition qu'ils fussent Français. L'exclusion des étrangers m'a paru sans cause valable et diverses raisons selon moi, vont à l'encontre de la disposition que vous avez prise.

Au moment où je recevais votre journal, je venais de lire les discours prononcés sur la tombe de Taubmann, assassiné par un revendicateur, et j'avais appris que notre confrère, Roumain d'origine, s'était engagé pendant la guerre, était parti soldat de 2e classe, était revenu lieutenant d'infanterie, et je pensais que parmi les étrangers d'aujourd'hui, il en est qui seront les bons Français de demain. Pourquoi exclure de votre enquête ces déracinés, qui pourraient fournir des exemples caractéristiques de la ténacité qu'il faut déployer pour devenir médecin, en pays étranger, quand on a contre soi les circonstances les plus adverses ?

Je découvrais aussi dans mes souvenirs les noms illustres de plusieurs maîtres, d'origine exotique, qui furent l'orgueil des Facultés françaises, et je ne voyais pas d'impossibilité de principe à de pareils renouvellements. Enfin, vous ne sauriez méconnaître, grâce à la large diffusion de votre périodique, l'intérêt de la comparaison à établir entre ce qu'on pense « des vocations » et des « aptitudes médicales », en d'autres pays et dans le nôtre. De tout temps, les systèmes d'éducation et les programmes se sont opposés, et l'on ne peut renoncer à des échanges d'idées d'où doivent résulter soit des réformes profondes, soit le renforcement de nos conceptions nationales. Lisez, dans les *Etudes Médicales*, le chapitre consacré à l'enseignement, où Lasègue répond vertement aux critiques élaborées par Billroth, et vous serez édifiés. Plus une enquête s'élargit, plus ses conclusions ont de force persuasive... Dans cet ordre d'idées, j'irais jusqu'à demander l'avis de la clientèle. La confrontation des opinions des deux camps ne manquerait ni de piquant ni d'intérêt.

Mais, laissons cela. Nous voilà juges. Ce ne sera pas, pour moi, le moment de me montrer intransigeant et sévère. Je voudrais, en vous répondant, ne pas oublier le temps où j'étais étudiant, et ne pas avoir à entendre le reproche de ma conscience si les aptitudes à la profession médicale, qui se présentent à mon esprit, lui suggéraient cette protestation : « ces qualités, les possédais-tu ? ces conditions, les remplissais-tu ? » Je ne vous proposerai donc pas d'épreuves auxquelles j'aurais pu être impitoyablement refusé ; je n'inventerai pas de tests psychologiques, du même ordre que ceux qu'on voudrai appliquer avec rigueur aux petits enfants, dès l'âge de trois mois. Je ne rechercherai pas non plus si le futur carabin doit être grand ou petit, obèse ou fluet, et je ne fixerai ni le chiffre de son périmètre thoracique ni l'état de ses glandes endocrines. La question reste d'ordre psychologique. Une seule condition est nécessaire : la volonté d'être, de devenir médecin. Des pessimistes peuvent considérer que la vocation, comme l'amour, est un terrible virus filtrant dont la voie de pénétration dans l'organisme reste inconnue ; des esprits moins chagrins estimeront comme un bienfait des dieux l'attirance vers la médecine. D'où qu'elle vienne, celle-ci se fait jour, grandit, se traduit par des actes, et les aptitudes à l'exercice de la profession se développent au fur et à mesure des besoins et des circonstances. Est-ce à dire que la vocation soit spontanée ? La voix qui se fait vient-elle du dedans ou du dehors ? S'impose-t-elle d'emblée, sans lutte ? Doit-elle vaincre des résistances ?

Tout homme, digne de ce nom,
A dans le cœur un serpent jaune,
Installé comme sur un trône,
Qui, s'il dit « je veux » répond « non ».

A y regarder de près, on retrouverait même dans les vocations réputées irrésistibles, un germe jeté dans l'esprit et qui s'y développe, un exemble mis sous les yeux et qui suscite un désir. Il suffirait à beaucoup d'entre nous d'un peu d'introspection pour soutenir cette thèse. Abandonnons nos propres exemples, et que s'échappe cette unique occasion de parler de nous-mêmes !

Cherchons dans l'histoire. La connaissance des vocations qui s'imposèrent à des médecins devenus illustres, nous tirera du doute. Notre curiosité cependant ne sera pas toujours satisfaite ; la discrétion des historiens est parfois extrême. Avec une regrettable sécheresse, méconnaissant l'intérêt de ce point qui pour eux n'est même pas de détail, des biographes déchiffrent l'énigme des débuts en se bornant à écrire « X, ses études secondaires terminées, s'inscrivit à la Faculté de médecine ».

Dans cette série de faits, rien n'indique le motif qui a déterminé la préférence de celui devant lequel tant de voies diverses étaient ouvertes. D'autres fois, une seule ambition s'est fait jour dans le cerveau de l'adolescent, et elle s'est affirmée dans un cri « être médecin !.. être chirurgien !... ». Pourquoi ? Comment ce désir a-t-il pris tant de force ? Nous l'ignorons. Dans des récits moins hermétiques, des circonstances extraordinaires précèdent l'éclosion de la vocation. Orfila, de Minorque, destiné à être marin, s'embarque sur un bateau marchand ; au cours d'une tempête, il est la proie d'un mal de mer si violent qu'il abjure le vœu primitif et se destine à la médecine : il devait peu de jours après, être fait prisonnier par des pirates, puis, relâché, commencer ses études à Barcelone et les continuer à Paris.

Villemin manque la diligence et par inexactitude, ne peut prendre part au concours de sous-officiers auquel il était inscrit. Adieu, l'avancement prévu ! Son colonel l'engage à étudier la médecine ; l'un de ses oncles le soutient. Mais sans le hasard qui s'opposa à sa résolution première, n'aurait-il pas abordé tôt au tard la médecine ? Ne portait-il pas en lui la prédilection secrète qui allait s'emparer de son esprit jusqu'à l'élever au rang des plus lumineux savants du XIX[e] siècle ? Savons-nous s'il n'a pas mis quelque malice à se libérer, par un faux départ, d'une carrière qui ne l'enchantait plus ? Conjectures ? Soit. Admirons, seulement avec Jaccoud, dans la destinée de Villemin, la minute solennelle où la diligence disparaît dans le lointain, l'influence prépondérante de son chef, la générosité de son oncle. Les influences avunculaires sont, il est vrai, nombreuses. Elles s'exercent notamment sur Laënnec, qui compte parmi ses oncles, un agrégé à la Faculté de Nantes. Dominique Larrey rêve d'aller étudier la chirurgie, à Toulouse, auprès de son oncle Alexis : l'oncle Jean Bouillaud, médecin, décide de l'avenir de Jean-Baptiste ; de même, à un degré plus éloigné Récamier renonce à assumer la charge notariale de son père, et se rend à Belley retrouver son cousin, le chirurgien Anthelme Récamier.

Plus fortes encore, les ascendances directes ! On ne pourrait les dénombrer, tant elles sont communes. Les services dont ils sont les témoins admiratifs, la noblesse de la profession, entraînent facilement les fils dans le sillage des pères ; la reconnaissance des malades les y pousse, l'ingratitude les en détourne, ainsi que les fatigues excessives, les soucis écrasants, les responsabilités douloureuses. Le père suggère habilement le désir que la continuité de ces efforts persiste après lui, ou reste indépendant du choix filial ; il est exceptionnel qu'il s'y oppose, et l'exemple de Percy, obligé de commencer ses études à l'insu du chirurgien-major qui l'avait engendré, est peut-être unique en son genre. Des lignées de médecins s'étendent sur plus d'un siècle ; l'obéissance à la tradition va de pair avec la transmission du goût. Bichat appartenait à la médecine par son père et par son oncle. François Chomel reprend la chaîne, un instant brisée par la surdité de son père ; Gabriel Andral n'a point d'hésitation sur la prédilection que sa double ascendance lui a léguée ; les Portal, les Bretonneau, les Broussais, les Pidoux peuvent se réclamer d'un même exemple ; plus près de nous, la famille Chauffard s'est suffisamment illustrée pour qu'il ne soit pas nécessaire d'insister sur son nom. Le père de Cruveilhier était chirurgien-major, et son grand-père paternel était médecin. Villermé, Grisolle ont eu un grand-père dont l'exemple professionnel leur fut un guide ; les ancêtres de Charles Robin étaient médecins, et l'ambiance du pays de Bichat, ainsi que le note pieusement Maurice Genty, eut sur lui une influence salutaire.

Une circonstance défavorable rompt la tradition qui, dans la

famille Chaptal, vouait les cadets à la médecine. La passion initiale de son plus célèbre représentant, Jean-Antoine, s'effondre brusquement à la suite d'une tentative de dissection d'un cadavre, il est vrai insuffisamment refroidi. Dans des conditions moins dramatiques, l'assistance à une autopsie engage Jacques-René Duval à être chirurgien ; Boyer fut, dans son enfance, émerveillé par les opérations que pratiquait le barbier-chirurgien d'Uzerches, son pays natal.

L'influence de la lecture sur la vocation est considérable. Velpeau, fils d'un maréchal-ferrant, a, comme livres favoris, le Parfait Maréchal » », le « Parfait bouvier », le « Médecin des pauvres », l'ouvrage de Ramazzini sur les maladies des artisans, et s'enthousiasme à l'idée de mieux connaître la médecine, que, dans ses veilles, il a effleurée. Des livres de science, dévorés pendant de rares heures de loisirs, enfièvrent Duméril, garçon de boutique dans une droguerie, Parizet, apprenti parfumeur, Pierre-Augustin Béclard, apprenti quincaillier. La parole a une action plus profonde. Il suffit à Corvisart, fils d'avocat, d'entendre une leçon d'Antoine Petit, pour abandonner le droit ; Trousseau, répétiteur de lycée, a la joie de faire la connaissance de Bretonneau qui termine un bref entretien par ces mots « Soyez médecin ! ». Lasègue, répétiteur de philosophie, est amené à la Salpêtrière par Claude Bernard, pour y discuter psychologie ; Falret découvre dans l'ami de son interne une intelligence d'élite et l'engage à changer de profession ; puis, Lasègue étudiant, entend Trousseau, cherche à s'approcher de lui, et comme il l'a dit :

« Le hasard d'un applaudissement, la bonne fortune d'une rencontre, un obstacle inattendu, voilà ce qui règle l'avenir des hommes illustres aussi bien que celui des gens perdus, ignorés, dans la foule... Au départ, les routes se touchent ; un rien, un caprice résout l'indécision ; cent pas plus loin, il est déjà trop tard, on ne consent plus à revenir en arrière... »

On chercherait avec intérêt comment Pinel, Cullerier, G.-L. Bayle, durent abandonner la soutane pour suivre une deuxième inspiration ; on écouterait les confidences d'Antoine Dubois, chirurgien consultant de Napoléon Ier et de Louis XVIII, qui résume ainsi son *curriculum vitæ* : « D'abord malheureux aventurier, je devins clerc de procureur, de notaire, de greffier au Parlement, abbé tonsuré, étudiant en médecine, en droit, etc... ». Claude Bernard doit à son maître Magendie son orientation définitive ; Pierre-Charles-Alexandre Louis étudie sans plaisir le droit, est envoyé par un parent auprès d'un chirurgien de Reims, écoute le conseil d'aller à Paris suivre le service de Lerminier, qui l'empêche de se présenter à l'internat ; il s'installe à Paris, puis à Odessa, subit une crise morale à la suite d'une épidémie meurtrière de croup, revient à Paris recommencer son instruction de telle manière que ce nouvel effort fait de lui un des principaux rénovateurs de la médecine.

Les Livres de la semaine

Alajouanine (Th.) et Thurel (R.). — **Les spasmes de la face et leur traitement.** Coll. médecine et chirurgie. Recherches et Applications. 88 p. Br. : 12 fr. (Masson).

Berger (Jean). — **Gestes et procédés techniques de chirurgie générale.** 138 p. 125 fig. Br. : 32 fr. (Masson).

Bertrand (P.) et Corajod (E.). — **Traitement chirurgical du cancer du côlon pelvien.** 208 p. 36 fig. Br. : 30 fr. (Masson).

Confessions et observations psycho-sexuelles. Tirées de la littérature médicale. Publ. et ann. par M. Heine. In-8 carré. 300 p. 4 ill. Br. : 30 fr. (J. Crès).

Daniélou (Charles). — **La santé publique.** In-8 cour. 256 p. Br. : 12 fr. (E. Figuière).

Duprat (Dr Frank). — **Le calendrier conceptionnel de la femme.** 192 p. Br. : 10 fr. (Bibl. pratique et Documentaire et A. Legrand).

Emile-Weil (P.), Isch-Wall (P.) et Perles (S.). — **La Ponction de la rate.** 148 p., 24 fig. Br. : 35 fr. (Masson).

Fiessinger (Dr Charles). — **L'Hygiène des gens pressés.** 3 vol. Br. : 60 fr. (Ed. à l'Etoile).

Hygiène sexuelle physique et morale de l'homme et de la femme. Coll. d'éducation sanitaire et sociale. In-16 jésus. 200 p. Br. : 10 fr. (E. Figuière).

Langeron (L.), Paget (M.) et Fruchart (G.). — **Le fonctionnement rénal chez les cardiaques.** 144 p. Br. : 30 fr. (Masson).

Lemay (Pierre). — **Maine de Biran et la Société médicale de Bergerac.** 232 p. 4 fig. Br. : 20 fr. (Vigot).

Lhoste (Albert). — **Les conventions vétérinaires internationales.** 136 p. Br. : 15 fr. (Vigot).

Lutembacher (R.). — **Les lésions organiques du cœur. Etude clinique anatomique et thérapeutique.** Coll. Les Grands Atlas. 352 p., 185 fig. Rel. : 300 fr. (Masson).

Marfan (A.-B.). — **Etudes sur les maladies de l'enfance.** 192 p. Br. : 30 fr. (Masson).

Mathey-Cornat (R.). — **Radiothérapie gynécologique. Curie et Rœntgenthérapie.** 370 p. 83 fig. Br. : 60 fr. (Masson).

Moncorge (Marcelle). — **L'asthme chez l'enfant. Etiologie. Clinique. Traitement.** 72 p. Br. : 12 fr. (Vigot).

Salmon (Michel). — **Artères des muscles de la tête et du cou.** 230 p., 80 fig. Br. : 40 fr. (Masson).

Vasse (Paul). — **Jules Romains et les médecins. Essai sur la genèse de « Knock ».** 60 p. Br. : 15 fr. (Vigot).

Warembourg (H.). — **Les hyperglycémies. Etude clinique et physiopathologique.** 584 p. Br. : 65 fr. (Masson).

Le Gérant : Dr Victor GENTY CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 29 LE NUMÉRO : 50 Centimes 18 JUILLET 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve

CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790

TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

avec le Supplément Mensuel Illustré

Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies .... 40 fr.
Etudiants .... 30 fr.
Belgique .... 45 fr.
Etranger { 1re zone .... 70 fr.
2e zone .... 90 fr.

SOMMAIRE

Travaux originaux

P. NOBÉCOURT, S.-B. BRISKAS et A. ABAZA : Rapports entre la tuberculose extra génitale et l'âge de la première menstruation.... 1186

Clinique chirurgicale

J. GUYOT : Sur une malade atteinte de rupture de grossesse tubaire... 1190

Sociétés savantes

Société Médicale des Hôpitaux...... 1199

Nouvelles.......................... 1179

Echos et Glanures.................. 1203

Bibliographie...................... 1192



NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.— *Thèses.* — 3 juillet. — M. Courtillié. La spasmophilie chez le nourrisson de moins de deux mois. Mise en évidence par la recherche du signe de Chvostek. — M. Lebourgeois. Glutathion, grossesse et accouchement. — M. Maresselle. Etude du traitement chirurgical des thrombo-phlébites pelviennes suppurées d'origine puerpérale. — M. Espino-Mariano. Sur le cathétérisme urétéral dans le traitement des pyélonéphrites aiguës. — M. Monrose. Etude du traitement de l'hydrocèle vaginale par injections. — M. Rodier. Sur une variété de fracture par éclatement du pilon tibial.

4 juillet. — M. Abiteboul. Etude des méningites herpétiques. — M. Brenner. Cas nouveau de hernie diaphragmatique traumatique. — M. Greverie. Troubles cardiaques persistants après phrénicectomie gauche. — M. Joly. La collapsothérapie hypotensive. — M. Kolpenitzki. Le logement sanatorium. Application dans le cadre des Assurances sociales. — M. Pergola Syndromes myo-parathyroïdiens simples ou associés. — M. Serre. Etude de l'état humoral chez les asthmatiques. — M. Abramovici. Etude du coup de chaleur chez le nourrisson. — Mme Chatenet. Le danger de contamination tuberculeuse dans le personnel infirmier. — M. Ferraud. Six mois de vaccination par le B. C. G. à l'hôpital d'Argenteuil. — M. Lemerle. La réaction de Vernes à la résorcine. — M. Chevé. Diagnostic bactériologique et épanchements pleuraux tuberculeux.— Mme Jammet. Le syndrome de nanisme rénal. — M. Duport. Maladie de Handshiller Christian. — M. Leberson. Métabolisme et obésité. — M. de Rubiana. Etude des formes médicales du rhumatisme tuberculeux chronique.

29 *juin* (thèses vétérinaires). — M. Péan. Brucellose des équidés.

30 juin. — M. Saba. Inspection des viandes et des abattoirs en Syrie. — M. Vignardon. Marché de la viande et les pouvoirs publics en France.

4 juillet. — M. Florentin. Etude de l'amygdale pharyngienne chez les mammifères.

6 juillet. — M. Seydel. Du fondement biologique et du mécanisme de la réaction de Bordet-Wassermann. — M. Charles Henry. La lutte antipaludique en Tunisie. — M. Feldstein. Les néphropathies d'origine nerveuse. — M. Boudaghian. Etude des variations des leucocytes sanguins chez les malades soumis à la radiothérapie. — M. Mandel. La maladie de Paget. Etude de la pathogénie. — M. Zimmer. La diathèse néoplasique dans le système nerveux. La neuro-fibromatose. — Mlle Buvat-Cottin. Considérations cliniques et thérapeutiques sur les toxicomanies. — M. Greissler. Le troisième bruit du cœur et le dédoublement physiologique du deuxième bruit. — M. Weil. Les tumeurs du testicule de l'homme. Embryologie et pathologie générale.

7 juillet. —Mlle Desmonts. Les ganglio-neuromes viscéraux. — M. Fresnais. L'ablation isolée de la première côte en chirurgie pleuro-pulmonaire. — M. Dauptain. Etude de la monoalvéolyse traumatique. — M. Duflot. La section du nerf dentaire inférieur dans le traitement du tic de la face. — M. Kraviegki. Considérations sur les groupements après évidement fibro-mastoïdien. — M. Banjard. Traitement des phlegmons péri-amygdaliens par le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine. — M. Reich. Les ostéomes du sinus frontal. — Mlle Weissberg. Etude du traitement des infections des canaux dentaires et de la région périapicale par la haute fréquence. — M. Caudron. Syphilis et médecine légale. — M. Goudot. Considérations sur le traitement et le pronostic des toxicomanies et morphinomanies. — M. Guébel. Recherche sur la tolérance de l'appareil optique à l'acétylarsan. — M. Petit. Le bruit dans la vie moderne et ses effets. — M. Rivero y Castro. La silicose est-elle une maladie autonome ? — M. Desseigne. Etude du traitement des poliarthrites rhumatismales chroniques. — M. Faliu. Kystes hydatiques calcifiés du foie. — M. Janeau. Alcoolisation des nerfs intercostaux. Traitement adjuvant de la tuberculose pulmonaire. — M. Rabinovici. Etude du traitement médical des métrites. — M. Vaugeglade de Breuillac. Etude du botulisme. — Mlle Herzlech. Emploi du lait calcique dans la diététique du nourrisson. — M. Stoffer. Etude des endocardites survenues au cours de l'érythème noueux. — M. Delon. Topographie et rôle du nucléus pulposus. — M. Cabezas Duffner. La télérœntgenthérapie totale dans le traitement des leucémies chroniques. — M. Fourestier. Etude de l'effet contro-latéral de la collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire. — M. Buding. Recherches sur la dégénérescence graisseuse du foie. — M. Kellner. Etude sur l'élimination de la sulfamido-chrysoïdine. — M. Szellosi. Etude des variations de la toxicité de la novocaïne et de la morphine en fonction des acides qui les salifient.

8 juillet. — M. Bayardelle. L'hystérographie dans le diagnostic des métrorragies. — M. Louis. Le lever précoce des opérés d'appendicite. — M. May. Etude du traitement de l'ostéomyélite aiguë des adolescents. — M. Benoist. Contribution aux indications et aux techniques chirurgicales dans le traitement des athrites déformantes de la hanche. — M. Deloche. Les lésions traumatiques du genou des joueurs de football. — M. Martel. Etude radiologique de la cavité cotyloïde normale de l'adulte. — M. Gogny. Action sur le sang des amines biologiques et autres substances azotées. — Mlle Liphschutz. Etude des effets de sels mercuriels organiques dans les ascites cirrhotiques. — M. Flapan. Etude des lésions tuberculeuses folliculaires du goitre basedowien. — M. Lobel. Syndrome hyperfolliculinique. — M. Cornaire. A propos d'un cas de malformation ombilicale. — Mmes Alépée. Bactériothérapie lactique en gynécologie. — Mme Canonne. Etude de la provocation de l'évacuation utérine par association d'agents médicamenteux. — M. Landrieu. Etude des différents moyens d'exploration de l'utérus en travail. — M. Petiton-Saint-Mard. Fausses grossesses tubaires. — M. Reichmann. La symphysiotomie à la Zarate à la Maternité Lariboisière. — M. Steiner. Le facteur grossesse dans la carie dentaire. — M. Wagschal. A propos des deux cas de présentation primitive de la face. — M. Canonne. Etude du saturnisme d'origine hydrique. — M. Katlarewski : L'endocardite méningococcique. — M. Barrientos. L'ankylostomiase en Colombie. — M. Carles. Etude de la météorologie médicale. — M. Cernes. Les fruits et le froid. — M. Dufour-Lamartine. Les contaminations par les livres neufs et d'occasion. — M. Diune. Etude du mécanisme de la cutiréaction à la tuberculine. — M. Farge. De l'abus des excitants dans le travail intellectuel. — M. Girard. Etude de l'histoire de l'hygiène en France. — M. Hart. Milieu confiné et milieu surpressé dans les abris contre les gaz. — M. Munnier. Etude des céphalées au cours du syndrome du ganglion sphéno-palatin. — Mlle Puech. La protection des enfants et la guerre aéro-chimique. — M. Szeker. Les rechutes du paludisme. — M. Vega. La conception de Franck sur l'aleucémie hémorragique.

9 juillet. — M. Delhaye. Accidents cutanés des teintures

capillaires. — M. Millot. Formes anatomo-cliniques des épithéliomas du canal cervical. — M. Degouy. Les paralysies obstétricales du type supérieur. — M. Dainville de la Tournelle. Le début de la sclérose en plaques. — M. Greif. Le syndrome de dyskinésie de l'écriture. — M. Mahmedi. Lésions nerveuses démontrées par l'examen électrique dans la maladie de Volkmann. — M. Silvestre. Etude clinique d'un cas de Parkinson aigu typhique. — M. de Bermingham. Essai de justification de l'endocrinothérapie par l'hormone du follicule ovarien. — M. Dumont. Uranostaphylorrhaphie et lambeaux palatins. — M. Lipiec. Les faux calculs de la vessie. — M. Pariente. Traitement endoscopique des dysuries cervicales. — M. Combacal. Contribution clinique à l'étude du pemphygus oculaire ; ses rapports avec certaines affections cutanées. — M. Desprès. Etude de l'herpès cornéen. — M. Hochman. Lymphonie de la conjonctivite. — M. Perronnetti. Polyopie monoculaire dans les débuts de la cataracte. — M. Castro-Sanchez : Considérations sur la conduite à tenir dans le cas de brièveté du cordon. — M. Nadjmabadi. Cancer du col de l'utérus au cours de la grossesse. — M. Andriopoulos. Etude des phlébites et des embolies après ligamentopexie de Dolerès. — Mlle Galin. Etude de la technique et des indications du massage utérin. — M. Gresse Richard. Etude de la salpingectomie double avec conservation de l'utérus et de l'ovaire dans le traitement des annexites bilatérales. — Mlle Odoul. Les auto-greffes ovariennes par le procédé du Docteur Douay. — M. Riazi. Intérêt pratique de test de Schiller dans les lésions du col de l'utérus. — M. Colonna d'Istria. Etude des services ouverts pour malades mentaux. — M. Lacombe. Le cas de Borodine, musicien du dimanche. — M. Rosenfeld. Les compensations morbides. — M. Weinbach. Etude clinique de la schizophrénie. — M. de Berg. Etude des rapports de l'épilepsie idiopathique infantile avec l'hrédo-syphilis. — M. Glucklich. Sur quelques syndromes d'infantilisme. — M. Joseph Isaac. Quelques résultats inattendus ou paradoxaux de la cutiréaction à la tuberculine. — M. Le Bars. Le traitement des polynévrites par la radiothérapie. — M. Clarac. Etude de l'embryothérapie. — M. Levaditi. La maladie de Nicolas-Favre expérimentale. — M. Liermain. La nausée symptôme duodénal. — M. Mestries. Le traitement thermal du diabète depuis l'insuline. — M. Alpert. Les concomitances morbides chez les psoriasiques. — M. Galbrun. Le pityriasis rosé de Gibert. Etiologie mycosique. — M. Jablonski. L'autochimiothérapie locale dans le traitement de l'eczéma. — M. Mirski. Herpès et chancre syphilitique. — M. Roubas. Radiodermites consécutives à l'injection de sels radifères.

Ecoles de médecine d'Angers. — Après concours, M. Henri Normant, agrégé de l'Université a été nommé professeur suppléant des chaires de physique et chimie.

Hôpitaux d'Angers. — Après concours, MM. Hy et Le Rochais ont été nommés médecins adjoints à l'Hôtel-Dieu.

Faculté de médecine de Paris. — *Institut d'hygiène.* — Liste des élèves ayant obtenu le diplôme de l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris (session 1936) :

MM. Ali Mustafa, Azma, Basset, Beer, Brugère, Caula, Cazanove, Chanteux, Corre, Crépin, Crosnier, Mmes Danzig, Darnaud-Cristofini, MM. Delavelle, Duguay, Durignieux, Mme Durrande, M. El Gammal, Mme Fabre, MM. Faget, François Dainville, Fontaine, Fulconis, Mme Gares, Gautherot, MM. Gavot, Gazet du Chatelier, Gérard, Girard, Grand, Granet, Hinard, Horavi, Mme Jorger, M. Latifi, Mme Latron, Le Baccon, Lévy, MM. Matruchot, Mazaber, Madjallal, Paes, Pellier, Petit, Persoz, Peycelon, Philippeau, Raine, Regula, Reynier, Ricart, Rossignol, Trieu, Weil, Wiehm.

— Liste des candidats reçus à l'examen de médecin sanitaire maritime (session de Paris, 22 juin 1936) :

MM. Armand-Delille, Auger (Raymond), Baumelou (Jean), Blain (Noël), Brugère (Emile), Caula (Adolphe), Cazanove (Paul), Charbonnier (Roger), Chanteux (Jacques), Corre (Pierre), Crépin (Jean), Crosnier (Roger), Delphaut (Jean), Devaux (Henri), Ducamp (Pierre), Dugay (Maurice), Faget (Armand), Fontaine (André), François-Dainville (Edouard), Fulconis (André), Gérard (Pierre), Girard (Raymond), Girod (Fernand), Guinard (Urbain), Hubert (Lucien), Joly (Max), Jousset (Emile), Landolt (Jacques), Langlade (Paul), Lantz (Louis), Legroux (Raymond), Loublie (Georges), Maillefer (Jean), Maroger (Marc), Mauclaire (Jean), Mestier du Bourg (Robert de), Monnier (Albert), Nouaille (Paul), Orengo (Henri), Pelce (Robert), Peretti (Augustin), Petit (Louis), Peycelon (Aristide), Pillet (Marie-Joseph), Raine (Henri), Sautet (Jacques), Sterne (Jean), Thoret (Félix), Wiehm (Paul).

— *Vacances 1936.* — *Bibliothèque.* — A partir du 13 juillet les séances du soir seront suspendues et reprises à partir du 1er octobre.

Du 16 juillet au 31 juillet la bibliothèque sera ouverte tous les jours, de 14 à 18 heures. Elle sera fermée à partir du 1er août.

A partir du 1er septembre, elle sera réouverte jusqu'au 14 septembre les mardis, jeudis et samedis, de 14 à 17 heures, et du 15 septembre au 30 septembre les mardis, mercredis, jeudis et vendredis, de 14 à 18 heures.

Le service normal quotidien reprendra à partir du 1er octobre

Secrétariat. — Pendant la durée des vacances, le secrétariat sera ouvert tous les jours, de midi à 15 heures.

Le service normal, de 9 à 11 heures et de midi à 15 heures, reprendra à partir du 1er octobre.

Service de santé. — Le médecin lieutenant-colonel Renoux, du 19e C. A., aux troupes du Levant.

Les médecins commandants : Niel, du 19e C. A., au 69e d'inf. ; Cochard, de la dir. du Serv. de santé de la 1re région, au 19e C. A. ; Fellman, du 94e d'inf., au 5e étranger.

Les médecins capitaines : Canis, du 25e tir. algériens, au 94e d'inf. ; Arthenac, des troupes du Maroc, au 21e tir. algériens ; Miara, du 19e C. A., au 42e d'art. ; Pecastaing, du 30 chasseurs à pied, au 46e d'inf. ; Danis, de la 1re comp. rég. du train, à la dir. du Serv. de santé à Lille.

Les médecins lieutenants : Autant du 18e chasseurs, à la 1re comp. rég. du train ; Villat, du 305e d'art., au 14e d'inf.

Sanatoriums publics. — M. le Docteur Collet, médecin directeur au sanatorium de Bellegarde à Châteauneuf-la-Forêt (Haute-Vienne), a été nommé, sur sa demande, médecin directeur du sanatorium interdépartemental de Cluzeau (Haute-Vienne).

M. le Docteur Depoire, médecin adjoint au sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais), a été affecté au sanatorium de Bellegarde à Châteauneuf-la-Forêt (Haute-Vienne).

M. le Docteur Lasserre a été nommé médecin adjoint au sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais).

Légion d'honneur.— GRANDE CHANCELLERIE. — *Au grade de chevalier.* — M. Charrin, médecin honoraire de l'hôpital de Valence.

Ecole centrale de puériculture. — Les cours commenceront le jeudi 19 novembre 1936, à 16 heures, 5, rue Las-Cases, Musée social.

Bourses familiales du Corps médical (*Fondation de M. le Docteur Roussel*). — Le jury chargé de répartir les Bourses de 10.000 francs mises à la disposition de l'Association générale des médecins de France par le Docteur Roussel, en faveur des médecins et veuves de médecins chargés de famille, s'est réuni le 25 juin et a examiné quarante-sept demandes.

Parmi les bénéficiaires de ces bourses, un confrère père de quinze enfants, âgé de 64 ans, fait encore ses visites à bicyclette ; un autre — malade — vient de perdre sa femme de tuberculose pulmonaire et sur cinq enfants, quatre sont à surveiller. Les veuves ont à leur charge de quatre à neuf enfants. L'une, âgée de 32 ans, a perdu récemment son mari, attendant un quatrième bébé et restant sans aucune ressource et des dettes à rembourser ; une autre, pour élever ses huit enfants, dont l'aîné à 19 ans, n'a que 9.300 francs de revenus.

Il y a lieu de souligner le geste généreux de M. le Docteur Roussel qui, cette année, a mis à la disposition du Jury une bourse supplémentaire.

Le Jury d'attribution était composé de Mme Jayle, vice-présidente de la Société des femmes et enfants de médecins, M. le Docteur Roussel, fondateur, M. Richard, chef du Bureau de la natalité au ministère de la Santé publique, MM. les Docteurs Chapon, Claisse, Darras, Lutaud, Bongrand, Foveau de Courmelles, de l'Association générale des médecins de France, M. le Docteur Cibrie, représentant la Confédération des Syndicats médicaux.

Prix Adolphe Courtois 1937 (1.000 francs). — Ce prix sera attribué, pour la première fois, en mars 1937, à l'auteur d'un mémoire portant sur le sujet suivant : Les épines neuro-organiques de l'hystérie.

Les candidats n'auront à justifier que de la qualité de docteur ou d'étudiant en médecine.

Les mémoires devront être rédigés en français, et être dactylographiés ou imprimés. Ils devront être, soit inédits, soit publiés postérieurement à la date du 30 juin 1936. Trois exemplaires, portant le nom et l'adresse de l'auteur, devront parvenir, au plus tard le 31 janvier 1937, au secrétaire général de l'Association (adresse ci-dessous).

Le jury sera choisi parmi les personnalités les plus marquantes de la neuro-psychiatrie française.

Sa composition sera publiée le 1er février 1937.

Il pourra ne pas attribuer de prix ou le partager en deux parts égales.

La somme de mille francs prévue étant décernée par une Association privée, n'est sujette à aucune retenue.

La plus grande liberté est laissée aux auteurs quant à la forme et au contenu de leur travail. Mais, dans le but de leur faciliter leurs recherches bibliographiques, particulièrement en ce qui concerne l'œuvre de A. Courtois le bureau de l'Association se tient à la disposition des candidats éventuels.

Prière d'adresser les mémoires ainsi que toutes demandes de renseignements au secrétaire générale de l'Association des amis d'Adolphe Courtois, le Docteur Paul Sivadon, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).

Contre la proposition de loi Pomaret. — *Les contre-propositions de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris.* — Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, seule association d'étudiants en médecine de Paris, reconnue d'utilité publique, s'est réuni à nouveau le 7 juillet 1936, pour étudier les conditions faites aux médecins dans la proposition de loi Pomaret.

Il constate que le but principal de cette loi est le placement de la jeunesse intellectuelle, mais il estime que certains de ses articles sont inopérants et très dangereux, surtout en ce qui concerne la limite d'âge à 65 ans, à imposer pour l'exercice de toute profession libérale. Il est en effet inadmissible que l'on prive les malades des soins éclairés que peuvent leur apporter des praticiens ayant dépassé 65 ans, alors que ceux-ci ont acquis une riche expérience de leur profession.

Si l'on veut, au contraire, trouver des débouchés à la jeunesse médicale française, il faut d'urgence limiter très sévèrement l'accession des médecins et étudiants en médecine étrangers à la naturalisation française.

A ce propos, le Comité de l'Association corporative, demande que soient seulement naturalisés :

1° Les étudiants en médecine étrangers

a) Qui sont titulaires du baccalauréat français, du diplôme du P. C. B., d'inscriptions en vue du doctorat en médecine d'Etat.

b) Qui ont moins de 30 ans, pour permettre à ces étudiants de faire dans l'armée active leur stage obligatoire d'élève officier de réserve du Service de santé militaire, cela dans les mêmes conditions que les étudiants français autochtones : ainsi sera réalisée l'égalité totale des droits et des devoirs.

2° Les docteurs en médecine d'Etat, à la condition expresse qu'ils puissent également faire leur service militaire dans l'armée active.

En outre, le Comité de l'Association corporative, émet le vœu que :

a) la répression de l'exercice illégal de la médecine soit soumise à des peines exemplaires ;

b) les charlatans et les médecins marrons soient poursuivis impitoyablement, car le nombre des malades crédules exploités par eux est incalculable ;

Pour conclure, le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine proclame avant tout que l'Etat a passé un contrat à vie avec le docteur en médecine, le jour où il lui a délivré son diplôme, et qu'il n'a nullement le droit de rompre unilatéralement ce contrat.

Par contre le fonctionnaire ne peut être assimilé aux membres d'une profession libérale, car lorsque celui-ci rentre dans la carrière, l'Etat ne passe avec lui qu'un contrat limité dans le temps.

TRAVAUX ORIGINAUX

Rapports entre la tuberculose extra génitale et l'âge de la première menstruation

Par

P. NOBÉCOURT
Professeur

S.-B. BRISKAS
Assistant étranger

et A. ABAZA
Interne de la Clinique médicale des enfants de Paris

Si on laisse de côté la tuberculose génitale, l'influence de la tuberculose, en tant que maladie d'organe ou de maladie générale, sur les fonctions génitales est mal connue.

Nous avons étudié l'évolution de la puberté chez les enfants tuberculeux soignés à la *Clinique Médicale des Enfants*, ainsi que dans les services des Docteurs Armand-Delille et Chevalley, que nous remercions de leur obligeance.

Nous ne nous occuperons pas des *garçons*, parce que chez eux les premiers signes de la puberté apparaissent seulement dans la quinzième année et qu'à partir de 15 ans beaucoup d'entre eux ne sont plus reçus dans les hôpitaux d'enfants. Nous nous occuperons des *filles*, chez qui la puberté évolue en général de 12 à 15 ans ; chez elles, d'autre part, la première menstruation, vers 13 ans, précise l'éclosion de la puberté et donne un point de repère précis.

Rapports entre la tuberculose extragénitale et l'âge de la première menstruation

Les auteurs, qui ont envisagé l'influence de la tuberculose pulmonaire sur l'âge de la première menstruation, arrivent souvent à des conclusions opposées.

1° Le retard de la première menstruation est considéré comme fréquent par Hollos (1), Baisony (2), Kelledey (3) Pankow (4). D'après Stanich (5), 3 %, d'après Despeignes (6), 7 % des tuberculeuses sont réglées après 16 ans. Michel Darras (7) note fréquemment un retard de l'apparition des règles, retard qui est d'autant plus grand que la tuberculose est plus grave : sur 16 filles âgées de plus de 13 ans, atteintes de tuberculoses bénignes, 13 (81,7 %) sont réglées ; sur 76 filles âgées de plus de 13 ans atteintes de tuberculoses graves, 26 seulement (34,2 %) sont réglées.

(1) Hollos.— Origine tuberculeuse des troubles menstruels. *Gazette des hôpitaux*, octobre 1912.
(2) Baisony. — Pubertät, Graviditüt. Climax und Tuberculose. *Zentralbl. f. Tuberkulose*, vol. 23, 1925, p. 269.
(3) Kelledey. — Uber die Tuberkulose der Weibliehen genitalien. *Zbl. f. des ges. Tuberkulose*, vol. 24, 1925, p. 578.
(4) Pankow. — Génital Tuberkulose des Weibes. In *Handbuch der Tuberkulose: Branes, Sclérodes und Blumenfeld*, vol. 4, p. 613, Leipzig, 1922.
(5) Stanich. — Troubles menstruels chez les tuberculeuses pulmonaires (Thèse Nancy, 1922).
(6) H. Despeignes. — Menstruation et tuberculose (Thèse Lyon, 1925).
(7) Michel Darras. — Remarques sur la tuberculose pulmonaire des enfants et adolescents comparés d'un sexe à l'autre (Thèse Paris, 1934).

2° La précocité de la première menstruation est notée par d'assez nombreux auteurs.

Handford (1), Turban (2) signalent la précocité des règles chez les tuberculeuses.

Scherer (3), en Allemagne, considère que l'âge moyen de la première menstruation est la dix-septième année ; or, chez les tuberculeuses, il constate une tendance à la précocité d'autant plus manifeste que l'affection est plus sévère. Suivant le stade de la tuberculose (classification de Turban-Gerhardt), l'âge moyen des premières règles est 16 ans pour le premier stade, 15 ans pour le deuxième, 14 ans 7 mois pour le troisième. Sont réglées, avant 14 ans, suivant que le pronostic est favorable, douteux ou mauvais, respectivement : 2,9 %, 31,4 %, 63,9 % des tuberculeuses.

D'après David J. Macht (4), en Allemagne, sont réglées à 14 ans, 50 % des filles non tuberculeuses, 66 % des tuberculeuses ; la moitié des tuberculeuses est déjà réglée à 13 ans.

Pour G. Waasbergen (5), en Hollande, l'âge moyen de la première menstruation est 15 ans. Chez les tuberculeuses, suivant que l'affection est au premier, au deuxième ou au troisième stades, il est respectivement de 14 ans 9 mois, 14 ans 4 mois, 14 ans 2 mois. Suivant que le pronostic est favorable, douteux ou mauvais, respectivement 4 %, 33 %, 63 % des tuberculeuses sont réglées avant 15 ans.

A l'encontre des auteurs précédents, Hollos en Hongrie, Stanich et Despeignes en France, qui admettent le retard de la première menstruation chez les tuberculeuses, estiment, le premier, que 4 % sont réglées pendant la quinzième année, les deux autres, que 3 % sont réglées avant 12 ans.

La relation entre la précocité de la première menstruation et la tuberculose est interprétée de deux façons. Pour Schérer, celle-là est la conséquence de celle-ci ; les toxines secrétées par le bacille de Koch congestionnent les ovaires et en provoquent l'activité prématurée. Pour Selter (6), Schur (7), au contraire, la menstruation précoce, par son action sur l'appareil respiratoire, est responsable de l'éclosion de la tuberculose et de sa gravité.

Il est impossible de tirer des conclusions d'opinions aussi contradictoires. De nouvelles recherches sont donc justifiées.

Notre statistique porte sur 105 tuberculeuses de 10 à 17 ans. Nous ignorons, pour 2, l'âge des premières règles. Sur les 103 autres, 51 ont ou ont déjà eu leurs premières règles à l'époque de notre observation.

L'âge de la première menstruation est donné dans le tableau suivant ; nous y inscrivons également le nombre des premières règles dans l'année pour 100 filles réglées.

11e année	2,	soit 3,9 %
12e année	7,	soit 13,7 %
13e année	16,	soit 31,3 %
14e année	20,	soit 39,2 %
15e année	5,	soit 9,8 %
16e année (1er semestre)	1,	soit 1,9 %
	51,	soit 99,8 %

(1) Handfort, cité par Scherer.
(2) Turban, cité par Scherer.
(3) Scherer. — Menarche und Tuberkulose. *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*, vol. 49, 1922, p. 7.
(4) David J. Macht. — Tuberculosis and menstruation. *Amer. J. of the Medical Sciences*, décembre 1910.
(5) G. H. Waasbergen. — Signification pronostique de la date de la première menstruation chez les filles tuberculeuses. *Nederlandsch Maandsch. v. Geneesk*, vol. 12, n° 2, 1923, cité In *Zenalbl. f. d. ges. Tuberk. forschung*, vol 23, 1925.
(6) Selter. — Tuberkulose sterblichkeit Volksernährung und Tuberkulose, bekümpfung in ihrer Beziehungen zu einander. *Klinische Worhenscrift*, vol. 18. avril 1924, p. 779.
(7) Schur. — Zur Frage : Menstruation und Tuberkulos immunität. *Wiener. Klin. Woch.*, vol. 37, 1924, p. 1161.

Etablissons maintenant les POURCENTAGES, A UN AGE DONNÉ, DES TUBERCULEUSES DÉJA RÉGLÉES ET DES TUBERCULEUSES QUI NE LE SONT PAS ENCORE.

Pour calculer ces pourcentages, deux facteurs sont à considérer. D'une part, pour établir le pourcentage à un âge donné des tuberculeuses que ne sont pas encore réglées, il convient de faire la somme des tuberculeuses de cet âge et des tuberculeuses plus âgées qui n'étaient pas encore réglées à l'âge considéré. D'autre part, pour établir le pourcentage à un âge donné de celles qui sont réglées, il faut faire la somme des tuberculeuses de cet âge et des tuberculeuses plus jeunes déjà réglées. Dans le calcul des pourcentages, nous comptons, parmi les tuberculeuses réglées, les filles qui, ayant eu leur première menstruation, présentent une aménorrhée secondaire.

Le tableau suivant est établi d'après cette méthode. Pour chaque semestre d'âge, on lit, dans la première colonne, le nombre total des filles réglées et non-réglées, dans les autres colonnes le nombre total et le pourcentage, calculé comme il vient d'être dit, des non-réglées et des réglées.

Age des tuberculeuses	N. total	Non réglées		Réglées	
10 ans à 10 ans 5 mois	103	101	98,1 %	2	1,9 %
10 ans 6 mois à 10 ans 11 mois	99	97	97,9 %	2	2,1 %
11 ans à 11 ans et 5 mois	96	90	93,8 %	6	6,2 %
11 ans 6 mois à 11 ans 11 mois	92	83	90,1 %	9	9,9 %
12 ans à 12 ans et 5 mois	87	70	81,5 %	17	18,5 %
12 ans 6 mois à 12 ans 11 mois	81	56	69,2 %	25	30,8 %
13 ans à 13 ans et 5 mois	77	38	49,3 %	39	50,7 %
13 ans 6 mois à 13 ans 11 mois	71	26	36,6 %	45	63,4 %
14 ans à 14 ans 5 mois	67	18	36,6 %	49	73,1 %
14 ans 6 mois à 14 ans 11 mois	60	10	17,7 %	50	83,3 %
15 ans à 15 ans 5 mois	53	2	3,8 %	51	96,2 %

Les données précédentes sont résumées dans le tableau suivant :

dans la 11e année, sur 100 tuberculeuses, 1,9 sont réglées
dans la 12e année, sur 100 tuberculeuses, 7,9 sont réglées
dans la 13e année, sur 100 tuberculeuses, 25 sont réglées
dans la 14e année, sur 100 tuberculeuses, 56,7 sont réglées
dans la 15e année, sur 100 tuberculeuses, 77,2 sont réglées
dans la 16e année, sur 100 tuberculeuses, 96,2 sont réglées

* * *

Pour interpréter les constatations faites chez les tuberculeuses, il faut les comparer aux données relatives à L'AGE DE LA PREMIÈRE MENSTRUATION CHEZ LES ENFANTS NORMAUX.

L'un de nous, dans sa leçon du 4 mai 1935, consacrée à l'étude de *La puberté chez les filles* (1), admet qu'elle évolue de 12 ans à 15 ans, que son éclosion, marquée par la première menstruation, se produit à 13 ans ou pendant la quatorzième année.

A Paris, les premières règles surviennent, suivant Mlle Francillon (2) de 12 à 16 ans, avec un maximum de fréquence pendant la quatorzième année ; suivant H. Vignes (3), entre 11 et 15 ans avec un maximum de fréquence pendant la treizième année.

Voici notre statistique. Elle porte sur 811 filles de 10 à 18 ans : 408 hospitalisées depuis 1921 à la *Clinique médicale des enfants* ; 403 examinées par l'un de nous dans son cabinet. Pour le premier groupe, nous n'avons pu déterminer l'âge des premières règles qu'avec une approximation de six mois, pour le deuxième groupe, nous avons pu préciser l'âge et le mois. Nous donnons dans ce tableau les constatations par semestre :

Ages	Consultation privée		Hôpital		Total	
	non réglées	réglées	non réglées	réglées	non réglées	réglées
9 ans 6 mois à 9 ans 11 mois	0	0	0	2	0	2
10 ans à 10 ans 5 mois	23	5	16	3	39	8
10 ans 6 mois à 10 ans 11 mois	20	9	23	3	43	12
11 ans à 11 ans 5 mois	31	17	10	4	41	21
11 ans 6 mois à 11 ans 11 mois	27	10	12	8	39	18
12 ans à 12 ans 5 mois	25	20	19	10	44	30
12 ans 6 mois à 12 ans 11 mois	21	24	20	27	41	51
13 ans à 13 ans 5 mois	19	41	36	79	55	120
13 ans 6 mois à 13 ans 11 mois	12	29	21	36	33	65
14 ans à 14 ans 5 mois	3	31	22	24	25	54
14 ans 6 mois à 14 ans 11 mois	3	12	12	14	15	26
15 ans à 15 ans 5 mois	7	7	4	3	11	10
15 ans 6 mois à 15 ans 11 mois	1	1	0	0	1	1
16 ans à 16 ans 11 mois	0	4	0	0	0	4
à partir de 17 ans	2	0	0	0	2	0
de 10 ans à 17 ans 11 mois	194	210	195	213	389	422

Les données précédentes sont résumées dans le tableau suivant, où nous donnons, par année d'âge, le *nombre des réglées pour* 100 *filles de* 10 à 18 *ans réglées* :

	Cabinet	Hôpital	Total
11e année	6,6	3,7	5,4
12e année	12,8	5,6	9,2
13e année	20,9	17,4	19,1
14e année	33,3	54,2	43,8
15e année	20,4	17,5	18,9
16e année	3,8	1,4	2,6
17e année	1,9	0	0,9
	99,7	99,8	99,9

Le calcul établit que l'*âge moyen de la première menstruation* est :

pour les filles de la clientèle : 12 ans 11 mois
pour les filles hospitalisées : 12 ans 7 mois
pour la totalité : 12 ans 10 mois

D'autre part, nous avons établi, en faisant nos calculs d'après la même méthode que pour les tuberculeuses, les *pourcentages des réglées* et les *pourcentages des non-réglées pour chaque période de* 6 *mois*. Dans le tableau suivant, on lit, pour chaque âge, dans la première colonne, le nombre des filles réglées et non-réglées, dans les colonnes suivantes. le nombre total et le pourcentage, calculés d'après la méthode citée plus haut, des filles réglées et non-réglées.

Ages	Nombre total	Non réglées nombre	%	Réglées nombre	%
9 ans à 9 ans 11 mois	811	809	99,71	2	0,25
10 ans à 10 ans 5 mois	811	801	98,71	10	1,25
10 ans 6 mois à 10 ans 11 mois	722	750	97,2	22	2,70
11 ans à 11 ans 5 mois	729	686	94	13	5,9
11 ans 6 mois à 11 ans 11 mois	688	627	91,1	61	8,9
12 ans à 12 ans 5 mois	619	558	85	91	8,8
12 ans 6 mois à 12 ans 11 mois	605	463	76,3	142	14
13 ans à 13 ans 5 mois	564	302	53,3	262	46,6
13 ans à 13 ans 11 mois	509	182	35,7	327	64,2
14 ans à 14 ans 5 mois	476	95	19,7	381	80,2
14 ans 6 mois à 14 ans 11 mois	451	44	9,7	407	90,2
15 ans à 15 ans 5 mois	435	18	4,1	417	93,8
15 ans 6 mois à 15 ans 11 mois	424	6	1,41	418	98,5
16 ans à 16 ans 11 mois	423	1	0,23	422	99,76
à partir de 17 ans	423	1	0,23	422	99,76

Le tableau suivant se résume pour le total des filles (clientèle et cabinet).

dans la 11e année, sur 100 filles : 2,0 sont réglées
dans la 12e année, sur 100 filles : 7,3 sont réglées
dans la 13e année, sur 100 filles : 18,4 sont réglées
dans la 14e année, sur 100 filles : 54,7 sont réglées
dans la 15e année, sur 100 filles : 88,6 sont réglées
dans la 16e année, sur 100 filles : 96,9 sont réglées
dans la 17e année, sur 100 filles : 99,5 sont réglées

* * *

(1) P. NOBÉCOURT. — La puberté chez les filles. *Journal des Praticiens*, sept. 1935, p. 593 et *Clinique médicale des enfants. Troubles de la croissance, de la puberté, de la nutrition et des glandes endocrines*. Masson et Cie. éd., Paris, 1936, leçon VI.
(2) M. FRANCILLON. — Essai sur la puberté chez la femme (Thèse Paris, 1906).
(3) H. VIGNES. — Physiologie gynécologique, 1 vol. Masson, Paris, 1929.

Il convient de comparer L'AGE DE LA MENSTRUATION CHEZ LES NON-TUBERCULEUSES ET CHEZ LES TUBERCULEUSES.

1° *Age de la première menstruation.*

Dans le tableau suivant, nous donnons les écarts des pourcentages entre tuberculeuses et non-tuberculeuses suivant que la menstruation des premières est comparée à la menstruation, des secondes soit dans la clientèle, soit à l'hôpital soit globalement (1) :

	Cabinet	Hôpital	Total
11e année	— 2,7	+ 0,2	— 1,5
12e année	+ 0,9	+ 8,1	+ 4,5
13e année	+ 11,4	+ 13,9	+ 12,2
14e année	+ 5,9	— 15	— 4,6
15e année	— 10,5	— 7,7	— 9,1
16e année	— 1,9	+ 0,5	— 0,7

Ce tableau établit que l'âge des premières menstruations présente certaines différences chez les tuberculeuses et les non-tuberculeuses.

11e année : il n'y a pas de différence ;
12e année : les premières menstruations sont un peu plus nombreuses chez les tuberculeuses ;
13e année : les premières menstruations sont notablement plus nombreuses chez les tuberculeuses ;
14e et 15e année : les premières menstruations sont moins nombreuses chez les tuberculeuses.
16e année : il n'y a pas de différence.

Si l'on totalise le nombre des premières menstruations dans les 13 et 14e années on trouve :

chez les tuberculeuses (hôpital) : 70,5 %
chez les non-tuberculeuses (hôpital) : 71,6 %

c'est-à-dire des valeurs semblables.

Mais les totaux sont différents dans :

11e et 12e année : 17,6 % chez les tuberculeuses
9,3 % chez les non-tuberculeuses de l'hôpital
15e et 16e année : 11,7 % chez les tuberculeuses
18,9 % chez les non-tuberculeuses de l'hôpital.

2° *Nombre de filles réglées dans chaque année d'âge.*

Dans le tableau suivant nous donnons les écarts entre les pourcentages des tuberculeuses (prises comme base) et des non-tuberculeuses ayant eu leurs premières règles :

11e année	— 0,1	+ 0,5
12e année	+ 0,6	
13e année	+ 6,6	+ 8,6
14e année	+ 2,0	
15e année	— 10,7	— 11,5
16e année	— 0,7	

Ce tableau établit que :

dans les 11 et 12e années, il n'y a pas de différence notable ;

dans les 13 et 14e années, les pourcentages des tuberculeuses réglées sont supérieurs à ceux des non-tuberculeuses ;

— dans les 15 et 16e années, les pourcentages des tuberculeuses réglées sont inférieurs à ceux des non-tuberculeuses.

En conclusion, deux notions se dégagent de ces statistiques.

Première notion : les tuberculeuses qui ont leurs premières règles dans les 12e et 13e années sont plus nombreuses que les non-tuberculeuses.

Cette proportion est valable quand on compare les tuberculeuses de l'hôpital avec les non-tuberculeuses de l'hôpital. Elle n'est pas exacte pour la 12e année, quand on compare les tuberculeuses de l'hôpital avec les non-tuberculeuses du cabinet

(1) Les (+) et les (—) indiquent que les tuberculeuses ayant la première menstruation dans l'année sont plus nombreuses ou moins nombreuses que les tuberculeuses non-réglées.

Premières menstruations chez les non-tuberculeuses : 12,8 %
Premières menstruations chez les tuberculeuses : 13,7 %

Cette considération peut, pour une part, expliquer *les divergences d'opinions des auteurs*, qui admettent, les uns, la précocité, les autres, le retard de la première menstruation chez les tuberculeuses.

Seconde notion : Dans les 13e et 14e années, le nombre des tuberculeuses réglées est supérieur à celui des non-tuberculeuses réglées ; chez les tuberculeuses il y a donc précocité de la première menstruation.

Dans les 15e et 16e années, le nombre des tuberculeuses réglées est inférieur à celui des non-tuberculeuses réglées, ce qui signifie que les tuberculeuses non-réglées avant 14 ans le sont rarement après 14 ans.

Cette explication ressort également de l'étude des *filles non-réglées.*

D'après notre statistique, 389 filles non-tuberculeuses de 10 à 18 ans (cabinet + hôpital), d'une part, 52 tuberculeuses de 10 à 17 ans (hôpital), d'autre part, ne sont pas réglées.

Voici la répartition par année d'âge pour 100 filles de chaque catégorie.

Filles non encore réglées

	Non tuberculeuses		Tuberculeuses	
11e année	21,0	41,5	17,3	30,7
12e année	20,5		13,4	
13e année	21,8	44,4	17,3	36,5
14e année	22,6		19,2	
15e année	10,5	13,9	28,8	32,6
16e et 17e année	3,4		3,8	
	99,8		99,8	

Ce tableau établit que :

Les tuberculeuses non encore réglées sont moins nombreuses que les non-tuberculeuses non encore réglées *avant* 14 *ans* ; sont notablement plus nombreuses *après* 14 *ans*.

EN SOMME, l'étude comparée de l'âge de la première menstruation chez les filles normales réglées et non-réglées, d'une part, des pourcentages des non-tuberculeuses et des tuberculeuses réglées et non-réglées, d'autre part, permet de relever entre elles des différences notables.

1° Dans les deux groupes, à 13 ans la moitié environ des filles est déjà réglée ; 50,7 % pour les tuberculeuses, 46,8 % pour les non-tuberculeuses.

2° L'âge moyen des premières règles est différent dans les deux groupes : 12 ans 7 mois pour les tuberculeuses, 12 ans 10 mois pour les non-tuberculeuses (1).

Il reste à examiner si l'âge des premières règles, d'une part, est influencé par les formes cliniques de la tuberculose, d'autre part, est modifié par l'âge du début clinique de la tuberculose.

Ce sera l'objet d'un deuxième mémoire.

(1) L'âge moyen des premières règles chez nos enfants est plus jeune que ne l'admettent les auteurs allemands et hollandais, le taux 4 % de tuberculeuses réglées avant 12 ans est, d'après Hollos, un argument en faveur de la précocité des menstruations chez les tuberculeuses. Dans notre statistique sur 3.816 filles normales, âgées de 9 ans à 11 ans 11 mois, 138, soit 3,6 % sont déjà réglées, l'opinion de Hollos n'est donc pas valable en France.

« Les relations entre peuples restent aujourd'hui ce qu'elles furent depuis l'origine du monde, aussitôt que des intérêts différents sont en présence ou simplement lorsqu'un pays éprouve le besoin de s'agrandir. Le droit et la justice n'ont jamais joué aucun rôle dans les relations entre peuples de force inégale. Vainqueur ou vaincu, gibier ou chasseur, telle a toujours été la loi. Ce sont là des vérités essentielles qu'il est fort dangereux de vouloir cacher ». (Gustave LE BON. — Psychologie du socialisme, p. 330.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ

Sur une malade atteinte de rupture de grossesse tubaire

Par le Professeur **J. GUYOT** (Bordeaux)

Le 31 mai, à 14 heures, arrivait à la Clinique chirurgicale, salle 32, une femme de 35 ans envoyée du Cap-Ferret pour rupture de grossesse extra-utérine. Cette femme arriva dans un état très grave, avec des signes d'anémie prononcée, pâleur marmoréenne des téguments, refroidissement des extrémités. dyspnée intense, pouls rapide incomptable. Elle fut immédiatement opérée par mes internes : anesthésie légère à l'éther, incision médiane sous-ombilicale. Le péritoine ouvert, écoulement abondant de sang liquide et de caillots : l'exploration rapide montre une grossesse isthmique gauche rompue. Ablation de la trompe et fermeture de l'abdomen. Le tout a duré à peine un quart d'heure et au moment où l'on va faire une transfusion la malade a une syncope et meurt sur la table d'opération.

Les renseignements que nous avons pu avoir sont les suivants : femme bien portante n'ayant jamais fait de fausse-couche, ayant quatre enfants vivants et dont les dernières règles remontaient au 29 avril. La veille de son entrée à l'hôpital, le 30 mai, à 9 heures du soir, elle fut prise brusquement d'une douleur en coup de poignard dans le ventre, eut pendant la nuit *plusieurs syncopes*. Le médecin appelé le matin, devant les symptômes présentés par la malade, mis au courant d'un léger retard des règles et de ce fait que depuis quelques jours cette femme se plaignait du bas-ventre, avait quelques petites pertes noirâtres, fit immédiatement le diagnostic de rupture de grossesse tubaire. La malade, transportée en auto-ambulance, arriva à l'hôpital après un trajet de 80 km. environ et fut opérée seulement à la 17e heure : ce sont là deux circonstances aggravantes dont j'aurai à vous parler au cours de cette leçon.

J'ai tenu à vous signaler ce fait, survenu dans le service, et crois utile à votre instruction d'en faire le sujet de la clinique d'aujourd'hui, dans laquelle je voudrais surtout mettre en évidence les *trois aspects cliniques* de la grossesse tubaire que dans votre pratique médicale vous serez appelés à rencontrer.

Notions étiologiques

Les grossesses extra-utérines étaient autrefois désignées par Levret sous le nom de « mauvaises grossesses ». On les désigne encore sous le nom de grossesses ectopiques. D'après la statistique de Styskalova portant sur 1.034 grossesses extra-utérines (1), on rencontrerait 2,2 de ces mauvaises grossesses pour 100 grossesses normales. Les multipares seraient plus souvent atteintes puisque dans cette statistique on ne note que 233 primipares. L'âge moyen est de 30 à 35 ans.

(1) Styskalova (de Brno) *Gaz. méd. de France*, 15 mars 1936.

On a invoqué : 1° des *causes mécaniques* tenant à des malformations des trompes : rétrécissements, coudures et diverticules congénitaux. Dans certains cas la grossesse extra-utérine complique l'évolution d'un fibrome de l'utérus.

2° Des *causes inflammatoires* au premier rang desquelles il faut mettre la blennorragie (Shauta) qui agit par chute des cils vibratiles, en occasionnant des salpingites et des pelvi-péritonites qui produisent très souvent des coudures de la trompe par adhérences inflammatoires ;

3° Des *causes congénitales* dues à l'existence dans la trompe d'îlots hétérotopiques de muqueuse utérine constituant l'*endométriome* de la trompe qui peut au passage arrêter l'ovule, c lui-ci y rencontrant des conditions favorables de nidation.

Variétés cliniques

Je n'ai pas l'intention de vous décrire toutes les variétés cliniques des grossesses extra-utérines. Je vous signalerai cependant : 1° les *grossesses ovariennes* dont Bylina (1), de Poznan, vient récemment de rapporter deux observations et 2° les *grossesses abdominales* qui peuvent être primitives ou secondaires à une grossesse tubaire : faits qui intéressent surtout les accoucheurs car, dans ces cas, la grossesse peut aboutir à terme. Mon collègue Charrier (2) a opéré dans mon service de Boursier en 1928 une grossesse abdominale au dixième mois ; 3° les *grossesses tubaires* qui représentent 90% des cas et que vous devez surtout connaître.

Parmi ces grossesses tubaires, il y a un certain nombre de variétés exceptionnelles que je me bornerai à vous énumérer car il est important que vous n'ignoriez pas leur existence. Ce sont : 1° la grossesse tubaire évoluant simultanément avec une grossesse utérine (3) ; 2° les grossesses tubaires bilatérales (4) ; 3° les grossesses développées dans une trompe accessoire ; 4° les grossesses survenant dans le moignon d'une trompe enlevée ; 5° les grossesses intraligamentaires, bien étudiées dans la thèse de mon assistant Jean Villar (Bordeaux 1927) ; 6° les grossesses se développant dans une corne utérine dont j'ai rapporté une intéressante observation avec Mailhe (*Journal de médecine*, 1926) ; 7° les grossesses itératives dans lesquelles il s'agit de femmes qui, ayant été opérées, une première fois de grossesse extra-utérine d'un côté, font, comme une malade dont j'ai rapporté l'histoire à la Société de Gynécologie en 1929, trois ans après, une grossesse tubaire du côté opposé.

La grossesse tubaire comporte trois variétés cliniques, inégalement fréquentes qui, d'après la statistique de Wiegand (de Magdebourg) sont par ordre de fréquence : 1° la grossesse isthmique (117 cas) ; 2° la grossesse ampullaire (59 cas) et 3° la variété interstitielle (4 cas).

Notions anatomiques

Dans toute grossesse tubaire vous devez savoir que la nidation de l'œuf dans la trompe s'accompagne de phénomènes simultanés : 1° dans la trompe ; 2° dans la cavité utérine.

La trompe présente une augmentation de volume, d'aspect globuleux, dont le siège dépend de la variété, mais

(1) Bylina (de Poznan). — *Revue de Gyn. de Paris*, 1935.
(2) Charrier, Péry et Magendie. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1928.
(3) Fournier. — *Soc. de Gyn. de Strasbourg*, 1933.
(4) Mme Léon Borea (de Jassy, Roumanie). — *Soc. de Gyn. de Paris*, 1935.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Les abcès du foie, par P. Huard, et J. Meyer-May. Un volume de 590 pages avec 98 figures, 65 francs. Masson et Cie, éditeur., 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre est à la fois une revue générale de ce qui a paru sur la question, en France et à l'Etranger depuis quarante ans, et l'exposé de conceptions personnelles basées sur plus de 150 observations dans les pays où cette affection est fréquente.

Les kystes hydatiques de la rate, par L. Sabadini. Un volume de 200 pages, avec 82 figures, 32 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le but de ce livre écrit par un chirurgien exerçant dans une des régions où cette affection est plus souvent observée qu'ailleurs, est de faire le point sur un sujet moins simple qu'il ne paraît à une expérience sommaire.

L'auteur classe les opinions pathogéniques, il schématise les formes anatomo-pathologiques, montre les signes capitaux de l'affection, bases d'un diagnostic précis, il étudie enfin les différentes méthodes thérapeutiques, discutant la valeur de chacune d'elles, précisant les indications.

A la fin de ce travail, il a placé un chapitre de technique opératoire. Les différentes interventions que le chirurgien peut être appelé à effectuer sur la rate s'y trouvent classées, décrites et discutées.

Diabète et chirurgie, par H. Chabanier et C. Lobo-Onell, avec la collaboration de Mlle E. Lelu. Préface de M. Robineau. Un volume de 168 pages (Collection médecine et chirurgie pratiques), 22 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les auteurs font d'abord une place à l'étude du mécanisme des accidents post-opératoires des diabétiques. Cela non seulement à cause des suggestions d'ordre doctrinal qui s'en dégagent concernant la pathogénie de ces accidents, voire même du coma diabétique en général, mais aussi et surtout du fait des orientations importantes d'ordre pratique qui en découlent naturellement.

Ils envisagent ensuite la question des affections chirurgicales, sinon propres aux diabétiques, du moins plus spécialement fréquentes et graves chez eux, et ils s'attachent de manière particulière à deux d'entre elles : l'anthrax et la gangrène.

Confessions et observations psycho-sexuelles. Tirées de la littérature médicale, publiées intégralement avec avant-propos, commentaires, notes et tables par Maurice Heine. Un volume in-8° carré de 300 pages et 4 illustrations documentaires hors-texte : 30 francs. Editions Jean Gres, 16, rue Soufflot, Paris, (Ve).

Cet ouvrage, d'une conception neuve, pourrait se qualifier d'anthologie au sens d'un choix de *fleurs du mal*, spontanément écloses dans le champ illimité, non de l'imagination poétique, mais de l'inquiétude sexuelle. Faits et documents sexologiques sont ici intégralement recueillis, avec un constant souci d'impartialité et méthodiquement classés, en vue d'une nouvelle exploration de ce domaine qu'un philosophe du XVIIIe siècle put assigner aux « gigantesques égarements » du cœur humain. La densité de certaines confessions — celle, par exemple, du fameux nécrophile, le sergent Bertrand, dont le dossier se trouve enfin présenté dans son ensemble — et la richesse de leurs possibilités littéraires surprendront peut-être quelques lecteurs : elles les convaincront du moins, en même temps qu'aucun texte ne s'éloigne davantage d'une pornographie vouée fatalement à la convention et à la stérilité.

Divers

La Conquête de la Montagne, par R.-L.-G. Irving. Traduit de l'anglais par Claire-Eliane Engel. Un vol. in-8 de la Bibliothèque géographique, avec 7 croquis et 32 planches hors texte, 32 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

A une époque où les lecteurs s'intéressent plus que jamais aux questions qui touchent à la montagne — grâce à l'immense développement des sports d'hiver et du ski de printemps — et où la connaissance des grands massifs devient chaque jour plus précise et plus détaillée, le livre de M. Irving ne peut laisser personne indifférent. Sans faire, à proprement parler, une histoire de l'alpinisme, l'auteur recherche et suit les grandes lignes d'après lesquelles il s'est développé, nous montre quel a été son passé immédiat et quel est son avenir. Une connaissance exceptionnelle des montagnes et une grande sûreté de documentation lui permettent de tracer un tableau très riche qui ne néglige aucun des aspects du sujet. La découverte des massifs européens, puis exotiques — l'Himalaya en particulier et la lutte pour l'Everest — l'évolution des méthodes alpines, l'alpinisme aux diverses saisons de l'année, l'alpinisme solitaire, tous ces sujets, et bien d'autres encore, sont passés en revue par M. Irving.

« Ce livre, dit M. Irving dans son avant-propos, tente de raconter l'histoire du grand héritage d'aventures et de plaisirs qui appartient en commun à tous les alpinistes de la génération présente.

« Les premiers chapitres montrent comment les hommes en sont venus à découvrir, dans les rochers et les glaces qui les avaient longtemps ter-

rifiés, un charme puissant, et comment, lorsqu'ils ont cherché à s'en emparer, ils ont trouvé un trésor qui a enrichi toute leur philosophie de la vie. La deuxième partie de mon livre, la plus longue, décrit les joies et les dangers inhérents à la possession et à l'usage d'une telle fortune. Dans la conclusion, j'ai tenté de grouper quelques leçons de l'expérience qui, en nous enseignant à défendre notre héritage contre l'usure de l'âge ou l'abus, nous prouvent que l'alpinisme sera, pour les générations présentes et futures, une source d'aventures aussi abondante qu'il l'a été dans le passé et que les montagnes gardent pour nous, quand nous vieillissons toutes les promesses de la jeunesse, tout en se chargeant des souvenirs, des amitiés et des visions qui ont enchanté nos années écoulées. »

« Presque tout ce qu'on a écrit sur l'alpinisme se rapporte de façon ou d'autre à mon sujet. La difficulté a consisté dans le choix à faire dans cette embarrassante abondance de matériaux. Dans les exemples d'escalades qui m'ont servi à illustrer mon récit, j'ai donné la préférence à ceux qui risquent d'être le moins familiers au lecteur, lorsqu'ils servaient aussi bien mon dessein que des textes mieux connus.

« Lorsqu'un incident a été l'objet d'une controverse d'histoire alpine, comme par exemple les premières ascensions du Mont-Blanc ou de la Jungfrau, j'ai donné la version qui me semblait la plus exacte, après avoir contrôlé les témoignages d'après la science ou l'expérience que je pouvais posséder. »

Le livre de M. Irving est illustré de 32 planches hors texte, reproduisant de magnifiques vues de montagne ; chacune de ces admirables photographies est, pour le lecteur, un véritable appel des cimes.

Les Poissons et le Monde vivant des Eaux. Etudes icthyologiques et philosophiques, par le Docteur Louis Roule. Tome neuvième. La culture des eaux et l'économie aquicole. Un beau vol. in-8 raisin, illustré de 43 dessins dans le texte et de 16 planches en trichromie, d'après les aquarelles d'Angel. Broché, 42 francs. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (Ve).

Le poisson à l'état de vie bénéficie aujourd'hui d'un très vif intérêt et d'un intense engouement. Son élevage, en ce qui concerne diverses espèces ornementales et alimentaires, sa pêche à l'égard des autres, occupent en tous pays les pisciculteurs, les pêcheurs professionnels, les sportifs de la pêche à la ligne et au lancer. Aussi le présent ouvrage, destiné à mettre au point et à résoudre les problèmes posés par cette exploitation utilitaire du monde vivant des eaux, est-il appelé à rendre d'éminents services. Il est en effet, comme son titre l'indique, un traité raisonné de la culture des eaux et de l'économie aquicole. Il doit servir de guide et de conseiller.

Accompagné de dessins explicatifs dans le texte et de planches coloriées figurant les principales espèces de la pisciculture et de la pêche, il est divisé en trois parties. La première, qui expose les notions fondamentales de la biologie des êtres aquatiques utiles à l'homme, prépare ainsi à la compréhension des deux suivantes. La deuxième se consacre aux diverses catégories de la pisciculture, depuis l'élevage des carpes et des truites, jusqu'à celui des poissons d'ornement. La troisième se réserve aux questions multiples concernant les pêches, leur état présent, leurs crises accidentelles, leurs possibilités d'amélioration.

Ce volume est le neuvième, et avant-dernier, de la série que publie l'auteur sur les Poissons et le Monde vivants des eaux. Ceux qui le précèdent étant destinés à étudier ce monde en lui-même, celui-ci, qui envisage spécialement le bétail aquatique d'élevage et le gibier de pêche, l'étudie dans son utilisation par rapport à nous.

Sainte-Beuve. Introduction par André Thérive. Un vol. in-12 cartonné, LXXIII-542 pages, table analytique, bibliographie, 15 francs, Desclée de Brouwer et Cie, éditeurs, 76 *bis* et 78, rue des Saints-Pères Paris (VIIe).

L'anthologie que M. André Thérive a constituée de cette œuvre capitale servira de guide à travers les innombrables volumes du grand critique. Elle compose en quelque sorte un portrait que la *table analytique* permet d'étudier en ses divers éléments. La bibliographie, très détaillée, et les systèmes de références des deux tables formeront un indispensable instrument de travail à tous les lecteurs présents et futurs de Sainte-Beuve.

La chance et les jeux de hasard. Loterie, boule, roulettes, baccara, 30 et 40, dés, bridge, pocker, belote, écarté, piquet, manille, par Marcel Boll. Un vol. 382 p., 155 gr., 108 tableaux, couv. en coul., 18 francs. Librairie Larousse, 13, rue Montparnasse, Paris.

On sait avec quel art M. Marcel Boll sait mettre à la portée de tous les questions les plus complexes. Voici aujourd'hui, sur un sujet passionnant et mal connu, le hasard et le calcul des probabilités, le premier ouvrage qui soit à la fois scientifique, complet, accessible et même amusant.

Revue des Etudes Napoléoniennes. Mensuelle. Abon. : France, un an : 100 francs. Le numéro 12 fr. 50. G. Ficker, éditeur, 6, rue de Savoie, Paris.

Sommaire du numéro de mai 1936. — Emile Franceschini. La Corse sous Napoléon. Le gouvernement du général Moraud. Retour d'Egypte par Ajaccio (Franc-Bartholi-Sabad). — Mémoires du Colonel Vergnaud (*suite*) : Chauffeurs et chouans. Le Prytanée de Saint-Cyr (A.-M. Gossez). — Henri d'Estre-Bournond. La chouannerie. Les Cent Jours. La conquête d'Alger 1773-1846 (Edouard Driault). — Napoléon à bord du *Bellérophon*. Souvenirs du capitaine de vaisseau F.-L. Maitland et de l'aspirant de marine George Home, trad. Henry Borjane (E. D.). — Octave Aubry. Sainte-Hélène (Jacques de Vasson). — Bertrand, le Grand Maréchal de Sainte-Hélène (E. D.).

qui se caractérise par une distension avec amincissement des parois. A l'intérieur de la trompe on peut trouver, comme sur les pièces que vous avez sous les yeux, l'embryon ou même le fœtus sortant par l'orifice de rupture et relié au placenta par un cordon intact, mais ce sont là des cas tout à fait exceptionnels : les belles préparations que nous avons dans le Musée du service correspondent à quelques rares cas sélectionnés au cours d'une longue pratique chirurgicale. En réalité, dans la majorité des observations, ainsi que l'ont bien montré dans leurs importants travaux Cestan et William Binaud, la preuve de la grossesse ectopique est faite par les *villosités choriales* que le laboratoire découvre toujours dans les caillots sanguins.

La grossesse tubaire établie, quelle va être son évolution ?

On a rapporté des observations tout à fait exceptionnelles dans lesquelles la grossesse tubaire a pu évoluer sans accident jusqu'au 9e mois, tels les faits rapportés l'an dernier à la Société des chirurgiens de Paris par Lavoix (de Saint-Lô) et Clément (de Briey).

Je voudrais que vous oubliiez cette éventualité afin que dans votre esprit s'établisse cette notion capitale : c'est que la grossesse tubaire se termine toujours par un *accident* ; que cet *accident* survient très tôt et le plus souvent dans les trois premiers mois.

Il peut revêtir trois formes inégalement graves : 1° la mort de l'œuf par apoplexie extra-ovulaire de Pillet et Cestan, créant *l'hémato-salpinx.*

2° La RUPTURE TUBAIRE aboutissant à l'inondation de sang dans le péritoine, notée 314 fois sur 1.034 cas de grossesse tubaire dans la statistique déjà citée de Styskalova.

3° L'AVORTEMENT TUBAIRE qui serait plus fréquent puisqu'il compte pour 481 cas dans la même statistique.

Je tiens, dans cette clinique, à étudier surtout devant vous les cas de *pratique courante* qui se résument en trois situations différentes :

1er cas : *Grossesse tubaire avant l'accident* ;

2e cas : *Rupture de grossesse tubaire* ;

3e cas : *Avortement tubaire* et syndrome d'hématocèle rétro-utérine.

1er CAS : GROSSESSE TUBAIRE AVANT L'ACCIDENT

Vous devez, messieurs, considérer ce diagnostic comme un de ceux qui méritent de retenir toute votre attention par sa fréquence et par l'intérêt capital qu'il y a à reconnaître une grossesse tubaire à temps.

Les *signes cliniques* sont de tous les plus importants. Je dois à la vérité de vous dire qu'il m'est souvent arrivé de faire ce diagnostic rien que sur l'histoire des signes et l'évolution de la maladie. Chez toutes ces femmes qui sont jeunes, vous noterez un *retard des règles* ; celles-ci ont été moins abondantes, elles n'ont duré qu'un jour ou deux, alors que normalement elles durent 7 et 8 jours. L'examen vous montre quelques signes de grossesse du côté des seins qui sont positifs, du col de la matrice qui est mou et du corps de l'utérus qui est gros. Mais si vous interrogez la malade, vous apprendrez qu'elle souffre du ventre, qu'elle a *quelques douleurs* souvent localisées au même côté du bas-ventre enfin que depuis quelques jours, en même temps que ces signes de grossesse, elle présente un *petit écoulement* de sang continu de couleur noirâtre. Vous devez alors très soigneusement examiner cette femme au point de vue gynécologique en allant cependant *prudemment*, en évitant une pression excessive qui pourrait provoquer l'accident redoutable de la rupture. Par le toucher vaginal complété par le toucher rectal vous trouverez toujours, dans ces cas, du côté où siègent les douleurs, une petite masse juxta-utérine, tendue et très douloureuse, avec le plus souvent un cul-de-sac de Douglas libre et non-douloureux.

Vous devez alors rechercher les *signes biologiques* et recourir à l'épreuve de la lapine auxquels nous avons recours systématiquement dans le service et qui donnent un prolan diagnostic positif toutes les fois que l'œuf est vivant.

Le diagnostic de la grossesse tubaire avant l'accident est un diagnostic très délicat il demande souvent pour être résolu une étude attentive des signes cliniques et des examens biologiques nombreux qui ont été faits en pareil cas.

En pratique, chez une jeune femme qui a des signes de grossesse, qui souffre du bas-ventre, qui présente une tumeur juxta-utérine et des pertes de sang, ont doit d'abord penser : 1° à un *avortement* ; 2° à l'existence d'une *grossesse utérine normale compliquée de salpingite*, et 3° à la *grossesse extra-utérine.*

Le problème est souvent très difficile c'est dans ces cas qu'il faut recourir au *diagnostic biologique de la grossesse extra-utérine* bien étudié par Vignes (*Presse Médicale*, 1933). La *numération globulaire* donne dans la grossesse tubaire de l'hyperleucocytose qui pourrait induire en erreur. Dans ces cas la formule leucocytose + fièvre est en faveur d'une poussée de salpingite ; tandis que la formule leucocytose + apyrexie doit faire penser à la grossesse tubaire.

La *sédimentation* des globules rouges est rapide dans la grossesse extra-utérine, mais plus rapide encore en cas de salpingite. La *viscosité du sang*, bien étudiée récemment par Toubérovsky (de Léningrad), est un examen qui dans ces cas peut être utile cet auteur le considère comme un critérium : « la viscosité du sang étant augmentée dans les lésions inflammatoires et diminuée dans la grossesse extra-utérine. »

A côté de ces examens nous devons signaler *deux épreuves cliniques* susceptibles de rendre service dans les cas difficiles : c'est d'abord l'*épreuve de Lecène* sur laquelle Gernez et Moulonguet ont attiré l'attention à la Société de chirurgie en 1930. Elle consiste à pratiquer avec une petite curette un curetage utérin avec examen très minutieux des débris retirés. Dans ces cas on peut se trouver en présence de trois conditions différentes : 1° la muqueuse utérine est normale, il n'y a pas de caduque, il s'agit très probablement de salpingite ; 2° les débris retirés par le curetage ne donnent que des examens de caduque, sans la moindre villosité choriale malgré de nombreux examens, ce résultat est en faveur d'une grossesse extra-utérine ; 3° on trouve de la caduque et des villosités choriales, il ne peut s'agir que d'un avortement.

La DEUXIÈME ÉPREUVE CLINIQUE que nous employons personnellement depuis de nombreuses années et qui nous a rendu de signalés services consiste en cas d'accident à faire transporter la malade dans un *Centre chirurgical* (clinique ou hôpital), pour la mettre en observation et pratiquer l'*épreuve de la glace* : c'est-à-dire mettre la malade au lit avec application d'un sac de glace sur le bas-ventre ; la température rectale étant prise très soigneusement matin et soir. Dans les cas de grossesse tubaire la température est normale, l'application de glace ne soulage pas la malade et n'a aucune action efficace sur la tuméfaction latéro-utérine.

Dans les cas de salpingite, on note au contraire un peu d'hyperthermie : l'application de glace agit au bout de deux ou trois jours d'une manière très heureuse sur les douleurs et sur la tuméfaction, amenant, en général, une

telle amélioration qu'il ne peut y avoir doute sur la nature inflammatoire de la petite tumeur juxta-utérine.

Traitement : Le diagnostic de grossesse tubaire comporte la laparotomie médiane sous-ombilicale. Pinard a justement dit que « *toute grossesse extra-utérine diagnostiquée doit être immédiatement opérée.* »

Keller (1) de Strasbourg, envisage quatre possibilités qui entrent en ligne de compte dans le traitement chirurgical de la grossesse tubaire :

1° Enlever la grossesse seule, tout en laissant intacte la trompe ayant contenu l'œuf ;

2° Enlever uniquement la trompe ayant contenu l'œuf et ne pas toucher à l'intégralité du reste des organes génitaux ;

3° Enlever systématiquement la trompe de l'autre côté ;

4° Faire l'ablation de l'utérus et des deux trompes en même temps.

En pratique, le chirurgien se trouve en présence de deux cas cliniques qui comportent deux opérations différentes : 1° si la trompe du côté opposé est saine, la conduite sage consiste à faire l'ablation de la trompe malade en ayant soin de ne pas laisser un moignon de trompe dans lequel pourrait se faire ultérieurement une nouvelle grossesse ectopique.

2° Il pratiquera, au contraire, une hystérectomie subtotale si les annexes du côté opposé sont malades ; s'il existe des lésions de pelvipéritonite et dans le cas où la grossesse tubaire survient chez une femme ayant un utérus bourré de fibromes.

2e cas : Syndrome de rupture tubaire

Le début brutal par une douleur subite du bas-ventre s'accompagnant d'un état syncopal, avec pâleur du visage et pâleur marmoréenne progressive de tout le corps, avec refroidissement des extrémités constitue un syndrome clinique qui s'installe rapidement dans ces formes cataclysmiques alors que la quantité de sang épanchée dans le ventre n'est pas encore considérable. Il est certain que ces signes précoces : pâleur, syncope, vomissements, dyspnée, refroidissement des extrémités et péritonisme relèvent surtout, comme l'ont indiqué Jeanneney et Rosset-Bressand (2), d'une sorte de shock nerveux et non d'une diminution brutale de la réplétion vasculaire. Ces malades doivent être suivies d'heure en heure car le tableau s'aggrave mathématiquement, le pouls qui était bien frappé au début s'accélère, devient filant, incomptable, en même temps que les signes d'anémie aiguë s'accentuent : pâleur, soif intense, état lipothymique.

Certaines de ces malades peuvent accuser des phénomènes douloureux dans la partie haute du ventre (région épigastrique) ou même dans la région scapulaire ; il s'agit là du *signe de Laffont* (*d'Alger*) (3) qui peut donner lieu à des erreurs de diagnostic avec la perforation d'un ulcère gastrique.

Le diagnostic de la colique hépatique et de la colique néphrétique est, en général, facile par les caractères spéciaux de la douleur, ses localisations et ses irradiations.

Le syndrome de *torsion des kystes de l'ovaire* s'accompagne rarement d'un début aussi dramatique ; le diagnostic en est facile par le toucher bimanuel qui montre l'existence d'une tumeur latéro-utérine beaucoup plus volumineuse, en général arrondie, à limites précises, nettement fluctuante, fixe et douloureuse, rejetant l'utérus du côté opposé.

L'*appendicite perforante suraiguë* se traduira surtout par des signes de péritonite généralisée avec vomissements, hoquet, ballonnement du ventre chez une malade ayant eu déjà des crises d'appendicite et ne présentant pas l'histoire caractéristique du retard des règles et des pertes de sang. Enfin, ce qui différenciera surtout ce deux états graves, c'est la pâleur progressive et *l'état syncopal* qui est l'apanage des hémorragies intra-péritonéales par rupture de grossesse tubaire.

L'examen microscopique du sang doit être fait en pareil cas : lorsque la malade est vue quelques heures après le début on note une diminution importante du nombre des globules rouges, mais tout à fait au début des accidents l'examen de la formule hémoleucocytaire peut donner un signe important sur lequel Verhoogen (Bruxelles) (1) a attiré l'attention : ce signe est précoce, il doit être recherché une demi-heure après la rupture et il consiste en une *hyperleucocytose considérable*, allant de 22.000 à 40.000 globules blancs avec polynucléose. Ce signe a une grande importance lorsqu'on l'observe chez une femme qui n'a pas d'élévation de température.

Traitement : La conduite à tenir en face de la rupture d'une grossesse extra-utérine est la *laparotomie immédiate*. Dans ces cas, il faut surtout ne pas perdre de temps ; tous les moyens médicaux : injection d'ergotine, d'anthéma, de sérum artificiel et même transfusion sanguine doivent céder le pas au *geste sauveur* qui consiste à aller pratiquer l'hémostase du vaisseau qui saigne. Quand, dans une maison se produit la rupture d'un tuyau d'eau, l'on se précipite pour le fermer et l'on ne va pas dans les étages supérieurs perdre son temps à remplir les réservoirs. Nulle comparaison n'est plus exacte lorsqu'il s'agit d'une hémorragie intra-péritonéale par rupture de grossesse tubaire. Il faut ouvrir le ventre sans perdre de temps, chercher la trompe qui saigne, mettre une pince en place et dans les cas d'opération tardive, réduire l'acte opératoire au minimum. C'est dans ces cas que les *transfusions sanguines* doivent être pratiquées immédiatement. Elles constituent un élément important de guérison, à condition qu'on y ait recours alors que l'hémorragie est arrêtée.

La malade qui fait l'objet de cette clinique n'a été opérée qu'à la 17e heure et après un long transport en voiture d'ambulance. Ce sont là des conditions désastreuses. Toutes les fois que vous ferez le diagnostic de rupture de grossesse tubaire, sachez que c'est le *chirurgien qui doit aller à la malade* et non la malade au chirurgien. Il vaut mieux dans ces cas opérer *in situ* en ne perdant pas de temps, on a de sérieuses chances de sauver la femme comme cela m'est arrivé plusieurs fois.

3e cas : Avortement tubaire, syndrome de l'hématocèle rétro-utérine

L'avortement tubaire étant produit par le glissement de l'œuf dans la grossesse ampullaire, se fait, en général, en plusieurs temps ; la malade accuse souvent des crises douloureuses répétées du bas-ventre, avec vomissements, ballonnement du ventre et état syncopal. Les accidents sont moins dramatiques que dans la rupture tubaire.

Lorsque le chirurgien voit la malade, il constate souvent par le palper abdominal une sorte de plastron formant une tumeur mal limitée, quelquefois plus accentuée d'un côté

(1) Keller (de Strasbourg). — *Soc. de Gyn. de Paris*, oct. 1933.
(2) Jeanneney et Rosset-Bressand. — *Rev. franç. de Gyn.*, 1930.
(3) Laffont (d'Alger). — *Presse médicale*, 1924.

(1) Verhoogen (Bruxelles). — *Arch. Franco-Belges de chir.*, 1928.

que de l'autre. Le toucher vaginal montre que le col est fortement porté en avant et en haut derrière la symphyse pubienne. Le cul-de-sac postérieur est bloqué et bombe quelquefois, le toucher bimanuel montrant l'existence d'une masse rétro-utérine qui se continue avec le plastron abdominal : tuméfaction quelquefois dure, plus souvent fluctuante. La malade a, en général, un léger degré de fièvre 37°8, 38°.

Les erreurs de diagnostic sont fréquentes : beaucoup de ces malades entrent dans nos services avec le diagnostic de *pelvipéritonite* ou de *ppyosalpinx*. On les met au repos, à la glace, on les opère et l'on constate qu'il s'agit d'une hématocèle rétro-utérine.

Le moyen d'éviter ces erreurs n'est pas dans les examens de laboratoire qui ne permettent pas actuellement de résoudre la question et qui, dans bien des cas, au contraire, la compliquent, mais dans l'*histoire de la maladie* et dans l'emploi plus fréquent de la *ponction du cul-de-sac postérieur*. Je crois qu'il y a intérêt à y recourir plus souvent car dans les cas difficiles la ponction, en retirant du sang, affirme le diagnostic d'hématocèle.

Traitement : Toutes les fois que ce diagnostic est fait, il faut immédiatement recourir à la *laparotomie* : le péritoine ouvert, on enlève les caillots et, suivant l'état des lésions, on pratique soit la salpingectomie, soit l'hystérectomie quand il y a d'autres lésions associées.

En présence d'une hématocèle ancienne, avec syndrome d'infection surajoutée, température élevée 39°, c'est à la *colpotomie* qu'il faut recourir.

Résultats

La statistique de Styskalova donne sur 1.034 cas de grossesse tubaire une mortalité globale de 4,01 %.

Mon élève Lacroix a relevé dans sa thèse (Bordeaux 1935) la statistique personnelle de mon service portant sur 55 cas de grossesse extra-utérine parmi lesquelles il faut compter 22 *grossesses tubaires avant l'accident*, donnant 5 salpingectomies, 5 guérisons, 17 hystérectomies, 17 guérisons.

Il a pu réunir 33 observations de grossesse extra-utérine rompue avec 21 salpingectomies, 19 guérisons, deux décès ; 12 hystérectomies, 11 guérisons, un décès.

« Il paraît que le serment d'Hippocrate a été rejeté par le Conseil de la Faculté de Lyon. J'attends confirmation, la décision me surprenant quelque peu. A notre époque où la médecine tend de plus en plus à perdre son caractère de dignité et de grandeur, où les lois fiscales la ravalent au rang d'un simple commerce, il nous semble que la Faculté de Lyon se serait honorée en rappelant par des paroles graves prononcées à l'entrée de la carrière, que tout de même notre profession n'a rien abdiqué de sa noblesse morale et qu'elle ne s'exerce pas comme un métier d'épicerie ; Paris, Bordeaux, Marseille, Alger Toulouse, après Montpellier, ont rétabli cet antique usage. La Faculté de Lyon a-t-elle cru se distinguer en faisant autrement que les autres ?

Le serment d'Hippocrate ne sert à rien », aurait-elle conclu. Si la décision est réelle, je serais curieux de connaître les arguments sur lesquels elle appuie sa fin de non recevoir.

. . . .

Je ne puis croire au rejet définitif du serment antique par les maîtres de cette Faculté de Lyon qui s'honorent autant par la droiture de leur conscience que par leur ténacité dans le travail. A eux le serment d'Hippocrate ne sert de rien, c'est entendu. Ils marchent droit et la tête haute sans avoir besoin de soutien. Mais les autres, ceux qu'ils reçoivent, comment peuvent-ils préjuger, sans supplément d'information, qu'ils appartiennent à une race morale aussi solide et aussi droite que la leur ? »

(Le Serment d'Hippocrate à Lyon. — *Journal des Praticiens*, 13 juin 1936.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 juin 1936

Kystes aériens multiples et volumineux du poumon chez un vieillard. — MM. *P. Lechelle*, *A. Thévenard* et *H. Mignot* décrivent une pièce qu'ils présentent à la Société. Celle-ci provient d'un homme de 70 ans dont l'histoire clinique fut celle d'un athéromateux avec gangrène des membres inférieurs et crises douloureuses thoraciques ; l'examen radiologique pratiqué pour vérifier l'état du cœur montre l'existence d'une clarté anormale des deux bases pulmonaires, qui fut considérée à tort comme le résultat d'un pneumothorax bilatéral. Une vérification anatomique permit de constater que les deux tiers du poumon droit et la moitié du poumon gauche étaient transformés en kystes aériens volumineux.

Cette observation est remarquable par la difficulté du diagnostic clinique et radiologique de pareilles malformations, et par la rareté de leur constatation à un âge aussi avancé.

Hypoglycémie et intoxications (données expérimentales). — MM. *Léon Binet* et *J. Marek*.

Anémie grave avec neutropénie et syndrome hémorragique après chrysothérapie. — MM. *Weissenbach*, *Martineau*, *Brocard* et *Malinsky*.

Néphrose lipoïdique après chrysothérapie.— MM. *Weissenbach* et *Malinsky*.

Un cas d'intolérance rénale familiale. — MM. *Tzanck*, *Sidi* et *Negreanu*.

Ictères médiats de la chimiothérapie. — MM. *A. Tzanck*, *F. Layani* et *S. Bachman*, parmi les ictères de la chimiothérapie, distinguent du type le plus courant et qui s'identifie avec un ictère catarrhal, un type particulier qu'ils désignent sous le nom d'ictère médiat.

Ce dernier se distingue de l'ictère catarrhal par l'absence de prodromes digestifs, par sa gravité possible, par sa date d'apparition plus précoce, mais surtout par le cortège d'autres complications sanguines (purpura), cutanées (rash, urticaire), rénales, articulaires, nerveuses même, qui au lieu de faire de lui une complication mono-symptomatique comme l'ictère catarrhal, ne lui donnent plus que la valeur d'un élément dans un syndrome comprenant l'ictère du syndrome secondaire décrit par Hutinel au cours des maladies infectieuses les plus diverses, et signalé déjà par cet auteur lui-même au cours des « intoxications ».

Séance du 26 juin 1936

Maladie de Hodgkin avec forte éosinophilie et évolution rapide. — MM. *Ch. Aubertin* et *A. Pergola* rapportent l'observation d'un homme atteint de lymphogranulomatose avec forte éosinophilie ; l'éosinophilie était à la période d'état supérieure à 40 % et atteignit jusqu'à près de 60 % (plus de 14 900 en chiffres absolus). Il n'y avait pas de myélocytes éosinophiles et la formule d'Arneth n'était pas déviée vers la gauche. Le tissu ganglionnaire était le siège d'une éosinophilie considérable développée sur place, probablement aux dépens des lymphocytes. L'évolution fut particulièrement rapide et la radiothérapie influença peu cette évolution.

Certains auteurs avaient déjà signalé la gravité des lymphogranulomatoses avec forte éosinophilie ; il faut noter que, dans ce cas, les éosinophiles diminuèrent progressivement au point de disparaître les jours qui précédèrent la mort.

M. Debré demande s'il a été pratiqué dans ce cas un examen de la moelle osseuse. Dans un cas d'asthme avec énorme éosinophilie sanguine chez l'enfant, il a pu constater que la moelle sternale contenait des éosinophiles en très grande quantité.

M. Hallé rappelle que l'éosinophilie peut être considérable dans certaines dermatoses et dans les parasitoses, sans qu'on puisse y attacher de valeur pronostic.

M. Chevallier a remarqué aussi qu'une forte éosinophilie était de fâcheux pronostic dans la maladie de Hodgkin. Il n'est pas sûr que l'on puisse rattacher l'éosinophilie sanguine à l'éosinophilie ganglionnaire car elles sont très souvent dissociées.

Erythème rhumatismal (érythème marginé en plaques discoïdes de Besnier; érythème annulaire de Lehndorff et Leiner. — *M. H. Grenet* rappelle que si les éruptions de la maladie rhumatismale sont rares, il existe pourtant des érythèmes qui paraissent lui être assez particuliers et sur lesquels il a attiré l'attention depuis l'année 1928. Il s'agit d'un type observé autrefois par Rayer et surtout par Besnier qui l'a décrit sous le nom d'érythème marginé en plaques discoïdes. Dans les divers cas qu'il a observés, l'auteur a constaté l'apparition de placards non-prurigineux arrondis ou polycycliques, à centre rosé, cuivré ou jaune pâle, cernés d'une bordure nette, d'un rouge ou d'un rose vif. Quelquefois la tache s'efface ou même n'apparaît pas, et il ne persiste qu'une éruption annulaire, d'un rose plus ou moins accusé. Cet érythème est fugace; il récidive souvent, soit au cours de la même attaque rhumatismale, soit au cours d'attaques successives. Ils n'appartient qu'à des formes sévères ; l'auteur a insisté sur ce fait qu'à lui seul, malgré le bon état général, il doit faire réserver le pronostic et craindre le développement d'une endocardite. Il peut aussi dans des cas atypiques, aider au diagnostic, comme il l'a montré à propos d'une forme septico-pyohémique sans symptômes articulaires.

Lehndorff et Leiner (de Vienne) ont étudié en 1922, sous le nom d'érythème annulaire rhumatismal, une éruption qui paraît identique à celle qu'avait décrite Besnier et que l'auteur avait signalée quelques années après les auteurs viennois, sans avoir connaissance de leur travail. Dans les publications qui se succèdent à partir de 1930, dues à Lehndord, à Leichtentritt, à Wellgren, à Carol et Van Kricken, il est constamment mentionne que cet érythème est peu connu et qu'en France il n'en est pas question. Il est juste pourtant de rappeler le nom de Besnier et aussi les articles assez nombreux où l'auteur a signalé l'intérêt de cette éruption.

Si Lehndorff et Leiner décrivent surtout l'érythème annulaire, formé par des cercles roses ou des figures polycycliques, ils indiquent aussi qu'il peut s'agir au début d'un exanthème maculo-papuleux qui se transforme ensuite en anneaux. L'auteur a pu, plusieurs fois, saisir cette transformation : érythème marginé en plaques discoïdes et érythème annulaire ne sont que deux aspects d'une même éruption.

Cet érythème ne se voit que chez les rhumatisants atteints d'endocardite. Il est discret surtout chez les enfants ; mais on l'aurait observé chez l'adulte. Il est à retenir d'ailleurs que les descriptions anciennes de Rayer et de Besnier concernaient des adultes.

Sa fréquence est diversement appréciée, 10 à 12 % selon Lehndorff et Leiner et Wallgren. Il paraît beaucoup plus rare en France.

Il importe donc de retenir la possibilité d'un érythème d'un type assez spécial chez les rhumatisants et l'intérêt qu'il présente pour le pronostic.

M. Debré appuie ce que vient de dire M. Grenet.

L'érythème annulaire ou marginé aberrant permet d'affirmer l'existence d'une maladie de Bouillaud et sa gravité. On l'observe avec une certaine fréquence, du moins chez les enfants.

Maladie rhumatismale ab-articulaire d'allure typhoïde et avec iritis bilatéral. — *MM. Maurice Debray* et *A. Chevalier* rapportent un cas de maladie rhumatismale ab-articulaire qui s'est manifesté par une céphalée intense, une fièvre élevée d'allure typhoïde, des douleurs oculaires et une perte à peu près complète mais transitoire de la vision.

Le début par une angine rouge, l'action remarquablement rapide et complète du salicylate sur tous les symptômes permettent d'affirmer la nature rhumatismale.

Ce syndrome clinique se place auprès des autres formes ab-articulaires de la maladie rhumatismale déjà décrites par H. Grenet et ses collaborateurs.

M. Grenet insiste sur la rareté de l'iritis rhumatismal.

M. Laubry ne croit pas que le salicylate de soude soit assez puissant pour enrayer le développement ultérieur d'une cardiopathie.

A propos des fausses exophtalmies. — *M. Justin-Bezançon* présente deux malades qui paraissent atteintes d'exophtalmie et montre les erreurs de diagnostic que l'on peut commettre. Dans les cas douteux, il sera bon de s'assurer qu'il existe réellement une exophtalmie à l'aide de l'exophtalmomètre.

Maladie de Rothmund à forme familiale. — *MM. Charles Flandin, G. Paumeau-Delille* et *Olivier* présentent une malade âgée de 45 ans ayant une maladie de Rothmund à forme familiale.

L'affection a débuté par une canitie suivie de cataracte, puis de sclerodermie des membres inférieurs ; l'artériographie mit en évidence un aspect anormalement grêle des artères des membres inférieurs.

S'il existe d'importants troubles sympathiques, le fonctionnement endocrinien semble peu troublé.

Syphilose aiguë broncho-pneumonique. — *MM. J. Cathala, P. Auzépy* et *P. Grenet* présentent un malade atteint brusquement de pneumopathie aiguë type pneumonique. Défervescence incomplète. Etat infectieux permanent avec atteinte sérieuse de l'état général. Paralysie diaphragmatique découverte fortuitement à l'écran. B. W. +++. Expectoration d'un seul crachat fétide. Action rapide du traitement spécifique sur la pneumopathie, sur l'état général et sur la paralysie du diaphragme.

Genou douloureux. Forage de l'extrémité supérieure du tibia. Guérison. — *MM. H. Dufour* et *Bréchot* rapportent l'observation d'un homme de 23 ans présentant une gonalgie très intense avec prédominance de la douleur au niveau de l'épiphyse tibiale supérieure et obligeant le malade à interrompre son travail.

Les traitements institués : pointes de feu, emplâtre de Vigo, infiltrations à la novocaïne, douches chaudes, diathermie restent sans effet.

M. Dufour, deux ans après le début de l'affection, conseille le traitement préconisé par Duvernay dans l'arthrite chronique de la hanche : forage avec ou sans cheville.

M. Bréchot pratique la trépanation de la région épiphysaire en trois points différents, sans traverser l'os de part en part. A la suite de l'intervention, les douleurs ont disparu, le malade est actuellement guéri et a repris son travail. Il semble que l'on puisse envisager l'extension du forage à d'autres articulations.

M. Hallé a observé autrefois un malade souffrant depuis trois ans, toujours à la même heure, d'une douleur intense entraînant l'immobilisation et répondant à un point d'ostéite condensante.

Le forage entraîna dès le lendemain la disparition des douleurs et la guérison fut obtenue en dix jours.

Maladie de Nicolas-Favre et érythème noueux. — *MM. P. Carnot, René Cachera* et *Mallarmé* ont observé chez un homme de 36 ans, au cours de l'évolution d'une maladie de Nicolas-Favre inguinale typique, l'éclosion d'un érythème noueux des membres inférieurs. Certains éléments étaient surmontés d'une vésicule hémorragique. La réaction de Frei était très positive lors de l'apparition des nouures. Elle présentait d'importantes variations topographiques dans son intensité. Forte mais normale au bras, la réaction de Frei provoquait, en effet, au voisinage de l'érythème noueux un placard étendu avec phlyctène hémorragique, rappelant l'aspect de l'éruption spontanée. Cette particularité disparut avec la guérison de l'érythème. Les cuti et les intra-dermo réactions à la tuberculine étaient également intenses, variables selon la zone cutanée explorée, et capables de reproduire l'aspect d'une nouure au voisinage de l'éruption spontanée. Les réactions témoin au sérum de cheval étaient au contraire banales. L'hémoculture sur milieu de Löwenstein est demeurée négative.

Cette observation permet de souligner à nouveau les rapports possibles entre la maladie de Nicolas-Favre et l'érythème noueux. Celui-ci paraît survenir lors de la phase aiguë de l'adénopathie inguinale, à la période maxima de l'allergie cutanée à l'antigène de Frei, et peut-être lorsque la peau de l'aîne est englobée par l'infection, autour d'une fistule notamment.

Dans le cas particulier, l'apparition de l'érythème noueux au lendemain de la ponction du bubon pourrait même faire envisager le rôle déclenchant de celle-ci.

Sans affirmer la nature même de l'éruption noueuse, il semble que l'on doive tenir compte dans cette observation du remarquable parallélisme qui s'y trouve révélé entre les réponses cutanées à l'antigène de Frei et les réactions tuberculiniques.

M. Debré, sans mettre en doute l'existence d'un érythème noueux dans ce cas, malgré son apparence absolument atypique, aurait désiré que la recherche du germe pathogène fut poussée plus loin. Quand la culture échoue, l'inoculation au cobaye se révèle à peu près constamment positive.

Dans les érythèmes noueux survenant au cours ou au décours d'affections diverses, il faudrait multiplier les recherches pour la constatation éventuelle des bacilles de Koch.

M. Chevallier n'a jamais vu, dans la maladie de Nicolas-Favre, qu'un érythème noueux apparaisse sous son aspect typique. On peut donc se demander si l'érythème n'est pas causé par la maladie de Nicolas-Favre et non par une tuberculose concomitante.

M. Tzanck a observé un érythème noueux d'aspect absolument typique au cours d'une maladie de Nicolas-Favre apparaissant chez un bacillaire ancien.

Epreuve à la sécrétine et cancer du pancréas. — *MM. Bolgert* et *Auzépy* rapportent un cas de cancer du pancréas vérifié par l'examen histologique. Le diagnostic clinique fut soupçonné par l'examen radiologique. L'épreuve à la sécrétine montrant un abaissement des coefficients lipasique et trypsique permit de rapporter au pancréas la tumeur observée. Cependant, dans les cancers de la glande, il est plus habituel d'observer la dissociation diastasique, que l'abaissement parallèle des coefficients, celui-ci étant, semble-t-il, plutôt le fait des pancréatites.

Des recherches nouvelles seraient nécessaires pour préciser ce dernier point.

Néphrose lipoïdique après intoxication alimentaire. — *M. Brodin* a observé un cas de néphrose lipoïdique pure et typique survenu après une intoxication alimentaire chez une jeune femme. La guérison fut obtenue en cinq mois par le traitement habituel : régime et extrait thyroïdien à l'exception du taux du cholestérol sanguin qui demeure anormalement élevé.

M. Tzanck fait remarquer que ce cas rentre dans les intolérances rénales à type de néphrose lipoïdique.

Septicémie à « streptocoque viridans » curable chez une malade atteinte de cardiopathie rhumatismale. — *M. May* rapporte le cas d'une femme atteinte de cardiopathie rhumatismale ancienne chez laquelle il observa, au cours d'une poussée aiguë rappelant une attaque rhumatismale, la présence de streptocoque viridans dans le sang. Contre toute attente, la maladie évolua rapidement vers la guérison qui reste stable depuis quatre ans.

Il s'agit ici d'une poussée de bactérihémie passagère et curable, ce qui montre que le streptocoque ne se fixe pas obligatoirement sur le cœur. Ces faits éclairent les rémissions parfois très longues observées dans la maladie d'Osler à évolution fatale.

M. Debré a souvent pu mettre en évidence chez l'enfant, dans la maladie de Bouillaud la plus authentique, la présence dans le sang d'un streptocoque ayant tous les caractères du streptococcus viridans que l'on trouve dans la maladie d'Osler. Si certains de ces malades succombent, c'est à l'insuffisance cardiaque, sans présenter jamais aucun signe d'endocardite maligne à évolution lente.

Il s'ensuit que le streptocoque viridans doit jouer un rôle très important dans la maladie de Bouillaud.

M. Laubry n'a jamais trouvé de streptocoque dans le sang d'adultes atteints de maladie de Bouillaud. La dualité des deux endocardites, rhumatismale d'une part et maligne à évolution lente d'autre part, mérite d'être conservée, tout au moins au point de vue clinique.

M. Grenet doute de l'analogie entre les deux maladies.

M. Debré a voulu dire seulement que dans certains cas, on trouve la même forme dans la maladie d'Osler dont l'évolution est fatale et dans la maladie de Bouillaud la plus bénigne.

Michelle Zagdoun-Valentin.

« Malgré toute leur science (à laquelle je suis le premier à rendre hommage), peut-être même à cause même de toute leur science, mes collègues des Facultés des sciences ne peuvent pas remplacer nos enseignements des Facultés de médecine. Ce sont des points de vue trop différents, des mentalités trop diverses. Ceci est si vrai que les savants purs ne comprennent pas les applications médicales de leur science ; ils considèrent la médecine comme un art empirique à manifestations mobiles suivant la mode du jour, sans base scientifique et ils professent souvent un souverain dédain pour cette médecine qui a la prétention d'être une science appliquée.

Le jour donc où ils seraient les seuls détenteurs de la science, la science médicale aurait vécu, la médecine scientifique serait morte : il n'y aurait plus de médecine ». (Grasset. — La crise médico-sociale. *La Revue Hebdomadaire*, novembre 1910, pp. 40 et 41.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

Montaigne

En réponse à une campagne de dénigrement. — *On a parlé de « Profiteurs de la Maladie » et avec le concours d'un soi-disant médecin des hôpitaux qui aurait bien dû avoir le courage de signer, on a débité bon nombre de bourdes toujours faciles à faire accepter du public mal informé. M. le Professeur agrégé Jeanneney a répondu à cette campagne au cours du banquet de l'Association des externes des hôpitaux :*

Sous prétexte d'une campagne contre l'amoralité professionnelle, un grand illustré paru ce matin portait en manchette ces mots : « Les Pofiteurs de la maladie ». Et c'est de vous, de nous, Messieurs, qu'il s'agissait. Sans doute, à cette période incertaine des esprits chagrins ou inquiets cherchent-ils en tâtonnant des raisons à la crise. Certes, cette crise existe, bien des gens en souffrent et nous le déplorons tous, mais dans l'histoire universelle des siècles marquera-t-elle un événement vraiment sensationnel ? Ces esprits dont nous parlions à l'instant semblent oublier que chaque siècle de l'Histoire a malheureusement connu des heures semblables, et ceux qui nous prédisent pour demain les pires catastrophes me rappellent ces prophètes de l'an 1000 qui annonçaient pour l'aube prochaine la fin du monde. Mais, à ces soi-disant tournants de l'Histoire rien de tragique n'a surgi : rien que l'évolution vers la civilisation de demain, vers un futur toujours meilleur que le présent et lui-même déjà bien meilleur que le passé. Ce sont ces prophètes qui nous traitent aujourd'hui de « profiteurs de la maladie ».

Profiteurs ? Vous l'êtes sans doute, apprentis médecins qui passez les plus belles heures de votre jeunesse à disséquer des cadavres, qui payez à la tuberculose contractée au chevet du pauvre un si lourd tribut. Profiteurs, nous le sommes, quand nous passons nos matinées à l'hôpital, à sauver — pour rien — la vie de ceux que l'infortune a abattus. Profiteurs quand nous rapportons la maladie mortelle à nos enfants ou à nos femmes ; quand, artisans vivant du travail de nos mains, une piqûre anatomique nous prive d'un bras, une giclée de pus nous fait aveugle, sans aucun recours contre l'hôpital ou le malade, cause involontaire, mais causes réelles de l'accident.

Profiteurs que Pasteur, à qui l'humanité doit des millions de vies, profiteurs les Duhamel, les Carrel, les Mauriac, les Portmann, les Leriche, dont la pensée éclairée domine le monde !

Profiteurs? Non Messieurs, mais *privilégiés*. Vous êtes des privilégiés : vous avez reçu le don de l'intelligence et eu la chance de pouvoir l'utiliser. Et cette intelligence vous est une source d'enrichissement moral constant dans votre métier et même hors de ses limites.

Dans votre métier où vous avez la double joie de travailler en faisant du bien. Car il est peu de carrières aussi pleines, aussi complètes où puisse s'exercer à la fois la pénétration de l'esprit, la dextérité manuelle et l'élévation morale. A cette carrière, vous êtes préparés par cette magistrale école qu'est l'*externat* ; certes, au milieu de tant d'autres institutions surannées qu'il faudrait avoir le courage d'abattre, il faut conserver à tout prix cette pépinière de l'Elite médicale qu'est l'externat des hôpitaux. Dans la partie scientifique de votre métier, point de bornes à votre enthousiasme : des mers inconnues, infinies sont encore à explorer ; où chacun de vous peut avoir l'espérance de découvrir, de voir...

« ... monter en un ciel ignoré
Du fond de l'océan des étoiles nouvelles. »

Dans l'ordre pratique, il n'existe point non plus de limites à votre joie : vous pouvez dépenser sans compter ces richesses spirituelles en vous penchant vers vos frères malheureux, en les soutenant dans les difficiles chemins de la souffrance et de l'angoisse, car l'*amour du prochain* reste, à côté de l'*amour de la recherche*, un des honneurs de votre mission.

Hors de votre métier, n'aurez-vous pas encore chaque jour et dans tous les domaines, si vous le méritez, l'autorité et le prestige de votre intelligence ?

A coup sûr, vous êtes des *privilégiés* parce que vous êtes une

élite, c'est-à-dire quelque chose que le destin a choisi pour *servir*, et *servir mieux* que les autres.

L'exemple des pays voisins, de disciplines politiques différentes : Russie soviétique, Italie fasciste, Allemagne raciste, montre d'une façon éclatante que le réveil d'une nation et son ascension sont intimement liés à un renouveau de son énergie et à l'ascension des élites au rang de classes dirigeantes, — je n'ai pas dit de classes profitantes.

Car tout le problème est là : il n'est ni politique, ni social, il est moral. Nous avons, après le succès d'une guerre sans précédent, vu s'affaiblir nos volontés dans le renoncement et la médiocrité et nos bergers, au lieu de conduire avec des idées neuves cette chose merveilleuse qu'est une vraie démocratie, se sont trop souvent conduits en démagogues : l'amour de l'argent, l'éloge du bourgeois, l'apologie du Français moyen, voilà tout l'idéal que nous proposaient des clercs traîtres à leur mission.

Et bien non ! vous n'êtes pas de ceux-là. Je le sais. Il n'est que de vous voir à l'œuvre, jeunes externes de nos services, appliqués à la tâche quotidienne, scrupuleux jusqu'à l'inquiétude ; il n'est que de voir les uns orienter leurs efforts vers les carrières brillantes et périlleuses des concours — ou les autres préférer, comme Montalembert, l'honneur tout court aux honneurs, et, dans le modeste sillon de médecins de campagne semer sur leur route la guérison, l'espérance et la bonté.

Place à vous, Messieurs. Relevez le défi. Que votre vie soit une profession de foi.

Continuez, avec Pascal, à faire les petites choses avec autant d'application que les grandes, et les grandes avec autant de facilité que si elles étaient petites. Continuez à être une élite loyale, appliquée, enthousiaste, rayonnante, sous l'ardent drapeau de votre idéal.

Haut les cœurs, mes chers amis, les yeux tournés vers un avenir constructif. Visez les sommets : que votre horizon s'élève jusqu'aux étoiles : vous en portez la lumière dans vos clairs regards.

Les idées sociales du Docteur Carrel. — *Sous ce titre, M. Léon Daudet écrit dans l'*Action Française (27 juin 1936).

Grand savant de laboratoire, inventeur de méthodes nouvelles, pour l'étude des tissus vivants, habile cuisinier du « jus d'embryon », le Docteur Alexis Carrel a publié récemment un remarquable ouvrage, *L'Homme, cet inconnu*, qui a obtenu un immense succès et mérité. J'ai analysé ce livre, demi-théorique, demi-technique, dans mon feuilleton littéraire de *Candide*, et noté les pages contre la démocratie, qui ont un accent et un relief tout particuliers. L'autre matin, le *Jour* publiait un grand entretien du même savant avec notre confrère Christian Mégret, sur « la méconnaissance de l'homme », selon lui le grand mal du temps présent. Je cite textuellement l'essentiel des propos du Docteur Carrel, qui prennent parti pour l'individu (je dirais plus volontiers « la personne ») contre l'Etat :

— Notre civilisation s'est acharnée à poursuivre des résultats matériels, sans se soucier du sort de ceux qui s'efforcent de les obtenir. C'est simplement criminel...

Il faut revenir à l'observation positive des hommes, et, par ces données, découvrir comment la société peut se modeler sur l'individu, et non le contraire.

Ce sont là des idées simples, mais qui n'ont pas été assez pensées. Je crois que les choses vraies ont une très grande puissance et qu'elles finiront par s'imposer, fatalement, et à la suite des malaises actuels.

. . . .

— Comment prévoir ? L'économique, le social ne sont pas des sciences précises comme la physique. Ce qui est sûr, c'est que tout doit être changé. Un ordre nouveau le sera totalement. Mais rien n'empêche de prendre les choses par un bout. Nos systèmes d'éducation, par exemple, ne correspondent à plus rien de réel. La grande industrie, basée sur l'amour de l'argent, et non sur celui de l'homme, non plus. Le problème de l'argent, qui n'est que technique, ne devrait pas résister longtemps. Le réel, c'est l'artisan, ce n'est pas la coopérative...

. . . .

Sur une observation de M. Christian Mégret, le Docteur Carrel ajoute :

— Les Puissants, en effet, ne concourent guère au profit de l'individu, mais voyez comme ces Etats totalitaires dont vous parliez (Russie, Allemagne, Italie), les ont abaissés. Ces Etats qui, d'ailleurs, ne valent que transitoirement, car s'ils tendent à plus de justice et d'ordre sociaux, ils ne partent pas de l'homme vrai, ils nient la primauté de l'individu, ils sont contre les décentralisations nécessaires, ils sont pour la machine à outrance, et hors de la mesure de l'homme...

Je vous le répète, je ne fais pas de système, mais je crois aux idées, au pouvoir des choses vraies. Le grand mal, c'est la méconnaissance de l'homme, c'est le retard des sciences de l'être vivant sur celles de la matière.

Revenons à l'homme et la civilisation sera faite pour lui, non l'inverse...

Les élites, étant composées de personnes, s'accommoderont mal, en effet, avec le temps, de législations annihilant ou diminuant la personnalité et ne tablant que sur le troupeau. Notamment en France, où nous avons connu des poussées anarchistes où un Elisée Reclus absolvait, au nom de la liberté intégrale, un anarchiste comme Vaillant, Ravachol et Emile Henry. Il n'empêche que l'Allemagne, pays de Stirner, — théoricien de l'anarchie absolue — c'est précipitée dans l'hitlérisme, et que l'Italie latine s'est donnée à Mussolini. On dit : « Cela ne durera pas ». Mais cela a déjà duré, et l'on ne voit pas la fin de ces deux dictatures, organisées militairement de façon formidable et dont les entreprises sont couronnées de succès (expédition d'Ethiopie ; réoccupation militaire de la Rhénanie, le 7 mars).

Le « retard des sciences de l'être vivant sur celles de la matière » est un fait, et qui tient à de nombreuses causes. Le quantitatif, qui préside aux sciences de la matière, est plus simple et plus coulant que le qualitatif, qui préside aux sciences de l'être vivant. Une de celles-ci, la neurochimie, est encore dans les limbes et ouvre des perspectives où la médecine officielle n'ose s'aventurer. Mais la connaissance n'en est pas à cinquante ans près. Gâce aux glandes endocrines et aux études sur le sympathique et le pneumogastrique, nous aurons bientôt des traités de neurochimie touchant le royaume encore secret de l'hypophyse, chef d'orchestre des glandes endocrines.

Cependant, j'ai fait au Docteur Carrel une observation à laquelle je tiens. Dans *L'Homme, cet inconnu*, il a traité de la vie ORGANIQUE et, accessoirement, de la vie INTELLECTUELLE de l'homme. Il n'a pas tenu compte de la vie SPIRITUELLE, objet

de la méditation ardente et séculaire du Moyen-Age, et qui est demeurée l'occupation unique des monastères et de tous les membres du Tiers-Ordre. C'est là une omission que je regrette profondément et qui empêchera son beau bouquin d'accomplir dans les esprits sa course entière. Fils de l'Université de Paris, je n'ai compris que tardivement l'existence et les jeux de la vie spirituelle et les problèmes essentiels qui s'y rattachent. Le laboratoire n'est pas tout. J'ai connu un prince du laboratoire, comme Charles Nicolle, auquel, au déclin de sa vie, il laissait une rude déception, ainsi que barrière devant l'immense refuge de la Foi. Charles Nicolle était incontestablement, le premier savant de l'Europe actuelle, et nous lui devons ces deux axiomes :

1° Le génie humain ouvre plus souvent de fausses routes que de vraies ;

2° La raison humaine ne saurait comprendre ni interpréter la nature. La nature a ses raisons, que la raison ne connaît pas.

L'homme individuel et l'homme collectif. — *Passage détaché du discours de réception de M. G. Duhamel à l'Académie française :*

Je veux croire qu'un jour futur les naturalistes distingueront, dans l'espèce humaine, deux êtres aussi profondément différents par les caractères, les réactions et les ouvrages, que peuvent l'être deux animaux n'appartenant pas au même embranchement. Le premier de ces êtres est l'homme individuel, et l'autre est l'homme collectif. Du premier, l'homme seul, l'homme individuel, nous savons qu'il est capable de toutes les fautes et de tous les excès, et pourtant nous trouvons en lui nos meilleures et même, il faut le dire, nos seules raisons d'espoir. Il est imparfait, mais perfectible. Il l'a prouvé mille fois. Il le prouve chaque jour sous nos yeux, autour de nous, osons même dire en nous. Il se distingue des animaux, non seulement, par la raison, par cet instrument extraordinaire qui nous semble, dans la nature, une exception parce que nous ne savons peut-être pas en trouver les analogues, non seulement, dis-je, par la raison, mais encore et surtout par des vertus insignes. Ces vertus, que certaines de nos bêtes domestiques apprennent parfois à copier, sont l'esprit de sacrifice, la clémence, l'abnégation, le renoncement. Cet homme individuel a donné, donne et donnera toujours les maîtres, les sages, les saints. Il faut être tombé dans une disgrâce très profonde pour penser que les sages et les saints n'existent pas. Le pessimisme même nous détourne d'ailleurs de cette suprême amertume. En effet, si la nature ne produisait que des êtres impurs, elle serait en ce sens parfaite, et nous savons qu'elle ne l'est point. Les sages et les saints sont les radieuses imperfections de cette nature incohérente. Nous croyons à l'existence des saints, nous ne pouvons pas ne pas croire aux saints, et si notre vie n'est pas honteusement misérable, c'est à raison de cette salutaire croyance.

Le spectacle de l'homme collectif n'est pas souvent propre à nous inspirer confiance. La vie des groupes humains ne ressemble jamais à la vie des individus admirables. Les groupes humains se comportent encore à la façon des brutes quaternaires. Cette effrayante zoologie ne parle que de trahisons, de menaces, de perfidies, de massacres, d'écrasements et de représailles. C'est parfois grand, c'est parfois beau dans l'horreur. Cela ne donne pas la vraie mesure de l'homme. Les sublimes vertus que je viens de citer, les vertus de l'homme individuel sont méprisées et même et surtout inconnues de l'homme collectif. Les groupes humains, organisés ou non, ne pratiquent jamais la clémence, l'oubli des injures, l'abnégation et le renoncement. Ces grandes bêtes n'ont qu'une volonté : vivre. Elles participent de la destinée de l'espèce, et la destinée de l'espèce, pour l'individu, demeure une tragique et déconcertante énigme.

Un médecin écrivain et philosophe. — *Sous ce titre, à* l'Écho de Paris (22 juin 1936), *un article de M. Louis Gillet, membre de l'Académie Française, consacré au Docteur Charles Fiessinger. En voici un extrait :*

Je parierais pourtant que ce matin-là, il venait de causer, comme il (Paul Bourget) faisait à peu près tous les jours, avec son ami M. le Docteur Charles Fiessinger, l'éminent directeur du *Journal des praticiens*. Il est visible que c'est lui qui « tuyautait » le grand romancier et lui apportait tous les matins, dans le grand cabinet de la rue Barbet-de-Jouy, les dernières nouvelles du monde hippocratique. Il était, si je puis dire, sa gazette médicale. C'est à peu près vers ce moment que je rencontrai moi-même, chez un ami commun, sa figure alsacienne de chat angora, cravaté de blanc par sa barbiche triangulaire et ce doigt pointu, qui dégonflait, comme une bulle de savon, les chimères de l'interlocuteur, lui faisait la leçon avec une malice et une bonhomie de vieil oncle. On sentait, dans ces yeux bridés, une perspicacité qui n'était dupe de rien, prodigieusement amusée par le plaisir de démolir les châteaux de cartes et les paravents de papier de nos vanités et de nos illusions : plaisir qui n'était tempéré que par une joie plus grande encore, celle du dévouement et de la charité.

J'aime beaucoup les livres du Docteur Fiessinger (où diable trouve-t-il le temps de les écrire ?), son *Hygiène des gens pressés*, ses *Souvenirs d'un médecin de campagne*. J'y retrouve sa conversation, son personnage socratique. Qu'est-ce qu'un livre ? Une expérience, ou plutôt un témoignage sur une expérience. Convenons que, sur ce pied-là, un médecin qui fait de la clientèle est imbattable. Qui est-ce qui en sait plus long que lui ? Peut-être certains confesseurs, certains notaires ou avoués (et encore !). Il va partout et il voit tout. Avec lui, point de subterfuges, point de respect humain qui tienne. Le monde est nu devant son regard. Il palpe et il ausculte des corps et des âmes démasqués, qui cessent pour une fois de mentir, qui avouent, suent, bégaient ou tremblent leurs secrets. En comparaison du médecin, qui entre dans l'alcôve et qui assiste aux agonies, le romancier n'est qu'un curieux, un enfant qui écoute aux portes, ne sait le dernier mot de rien et qui en est réduit à interpréter quelques signes, quelques chuchotements surpris, quelques gestes échappés. Quels romans, quelles histoires terribles, le médecin pourrait écrire (il y en a d'effroyables dans les *Souvenirs* du Docteur Fiessinger, des contes en dix lignes, qui seraient une mine pour Maupassant), s'il n'était découragé d'avance par la réalité, et s'il n'avait mieux à faire que de s'amuser de nos misères : les soulager et les guérir.

Le nouveau livre de M. le Docteur Fiessinger, *Réflexions sur l'instinct de conservation*, ressemble aux précédents et en diffère un peu par le sens et la portée. On y trouve, il va sans dire, la même façon de causer, alerte, sans prétention, la même gaieté souriante, amère, tranquillement cynique (à quoi bon se dissimuler que nous ne sommes pas toujours très nobles ni très beaux ?), et ce qu'on pourrait appeler une espèce de sagesse et d'optimisme désespéré. C'est encore ce fonds d'anecdotes désabusées, qui donnent des chiquenaudes à la bonne opinion que nous avons de nous-mêmes. Seulement, cette fois, ce petit livre laisse apparaître en clair une philosophie qui n'était ailleurs qu'entre les lignes. Le mot de système serait trop dire : c'est pourtant un manuel, un bréviaire familier de psychologie, un essai qui résume toute la théorie de l'homme et de la vie, depuis la famille et le ménage, jusqu'à la politique et à la religion....

Comment l'enfant commence à marcher. — *Tel est le titre d'un article de M. P. Magne de la Croix dans* La Nature (1er juillet 1936). *En voici un extrait :*

...Tout ce que nous venons de voir montre que la marche bipédale de l'homme a été précédée par une série d'allures quadrupédales. Les enfants ont d'ailleurs les membres proportionnés de façon à pouvoir employer le quadrupidisme normalement, c'est-à-dire les jambes tendues ; mais, quand l'homme acquiert le bipédisme, la disproportion entre ses membres postérieurs et antérieurs devient telle que si l'homme se met de nouveau à quatre pattes, il est obligé d'employer la marche dite sur les genoux. Il est bon de noter cependant que beaucoup de nègres et de mulâtres ayant les membres antérieurs plus longs peuvent marcher à quatre pattes, les jambes tendues, comme le prouve, en le faisant la danseuse bien connue Joséphine Baker.

Si l'enfant marche à quatre pattes, c'est parce que le comporte son évolution, empêcher ce développement progressif et l'obliger à marcher trop tôt sur deux pieds, c'est risquer de pro-

voquer de regrettables conséquences pathologiques dont certaines déviations de la colonne vertébrale et des membres, comme je l'ai indiqué dans mon travail à ce sujet (1) et le rachitisme, comme l'a signalé mon distingué ami, le Professeur G. Petit, en communiquant mon travail à la Société de pathologie comparée.

Les mutilations sexuelles. — Henri ALLAIX donne, dans une très intéressante plaquette qui vient de paraître (2), une vue d'ensemble des mutilations sexuelles, rituelles ou ethniques, et de leurs équivalences cérémonielles, retrouvées, à quelques modalités près, chez des peuples disséminés sur toute la surface de la terre et géographiquement isolés.

Il énumère et décrit sommairement les mutilations pratiquées en Afrique Noire, dans le Monde musulman, chez les Juifs, chez les indigènes de l'Océanie, en Amérique, dans l'Inde et rattache même à ces mutilations certains usages et coutumes cérémonielles observées, lors du mariage, sur les bords de la Méditerranée, ainsi que certaines pratiques d'apparence hygiénique en usage en Chine, dans l'Inde et au Brésil. Puis il faut observer, que malgré certains glissements, pertes de signification erreurs d'interprétation, qui ont pu, au cours des siècles, s'incorporer à ces pratiques, celles-ci ont presque toujours lieu à des époques que notre confrère dénomme « pubertaires » : naissance, sept ans, quatorze ans, et qui lui paraissent être des époques critiques pour le développement même de l'individu.

En effet, selon l'auteur, la pratique, à ses époques pubertaires, des mutilations ou semi-mutilations augmenterait l'action morphogénétique et pulsionnelle se fixant à ces pubertés, et ce, par une action plus ou moins métamérique ou cyclomérique sur les glandes endocrines.

Il remarque, également, que les mutilations sexuelles paraissent imprimer, en quelque sorte, leur signature tant dans la morphologie que dans le psychisme des races qui les pratiquent, en augmentant dans ces races des caractères qu'il qualifie de « parasexuels » : d'une part convexité du visage, errance nomadisme, prédominance de l'esprit analytique dans les races à mutilation masculine ; d'autre part, concavité du visage, sédentarisme intelligence plus subjective, dans celles où se retrouvent les mutilations féminines, comme si ces pratiques avaient pu, au cours des siècles, modifier le biotype, certains caractères arrivant même à faire figure de caractères raciaux.

D'après Allaix, ces pratiques pourraient avoir pour origine l'observation, en des temps très reculés, de l'action morphogénétique et pulsionnelle liée au traumatisme du premier contact sexuel chez la fille nubile ou prénubile.

Enfin, sans prétendre apporter de preuve formelle (expérimentale ou déductive), de cette action bio-typologique, l'auteur demande pourtant de retenir notamment :

1° que les mutilations sexuelles ont comme lieu d'origine l'Equateur et vont en décroissant d'une façon progressive jusqu'aux régions tempérées ;

2° que, sous ces latitudes, les races se soumettant à ces pratiques présentent des caractères sexuels plus accusés, ce qui, par conséquent, pourrait faire admettre une action protectrice des mutilations contre les facteurs déprimants ethniques ou leurs conséquences ;

3° que, dans les groupes où, seule, la mutilation masculine est pratiquée, ceux-ci présentent une augmentation des caractères qualifiés « masculins » ;

4° que, dans les groupements où, au contraire, la mutilation féminine est seule pratiquée, on constate, parallèlement, une augmentation des caractères féminins ;

5° enfin, que l'action des mutilations sexuelles paraît différente lorsque celles-ci sont pratiquées à la première puberté et lorsqu'elles le sont à la seconde, à la troisième ou dans les époques intercalaires de ces crises pubertaires.

ALLAIX remarque, en outre, que les mutilations ne sont ni bénignes ni indifférentes quant à l'individu et à sa lignée et estime qu'il serait prudent, sous nos climats, d'en limiter l'emploi, fait inconsidérément pour des motifs plus ou moins fallacieux d'hygiène. D'après lui, propager l'une de ces mutilations et uniformiser ainsi dans un groupement l'une des deux tendances déclenchées par ces pratiques peut être considéré, sous nos latitudes, au moins comme imprudent. CORMARIN.

(1) P. MAGNE DE LA CROIX. — Conséquences pathologiques de l'actuelle éducation infantile. *Revue de pathologie comparée*, 33e année, n° 443, Paris 1933.

(2) *Les mutilations sexuelles, sublincision, circoncision, hyménotomie, clitoridectomie*. Lefrançois, éd., Paris 1935.

« J'ai entendu Leredde traiter Gaucher d'assassin, ce qui ne signifie rien, c'est une épithète banale entre grands et petits médecins. Je réunis les noms de ces deux maîtres ici parce que, ennemis ou confrères sur la terre, termes qui sont des synonymes, ils ont dû se donner l'accolade dans l'au delà ou se retrouvent tous les hommes de bonne volonté, où ils doivent fumer ensemble le calumet de la paix éternelle. » (Damas RÉCAMIER. — Une consultation médicale. L'appendicite chronique, Maloine, éditeur).





Le Gérant : Dr Victor GENTY
CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 30 LE NUMÉRO : 50 Centimes 25 JUILLET 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Travaux originaux

O. CROUZON : Erasme devant la médecine et les médecins........ 1217

Sociétés savantes

Académie de Médecine............. 1232

Variétés

La rééducation. Formes. Opportunité. Aspect social, par de PARREL.. 1235

Nouvelles..................... 1211

Il y a cent ans.............. 1214

Echos et Glanures.............. 1238

Bibliographie..................... 1224

NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris. — *Concours pour le clinicat.* — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, à 9 heures du matin, pour les clinicats suivants :

Places mises au concours. — Jeudi 22 octobre :

Clinicat obstétrical : titulaires, avec indemnité, 1 ; sans indemnité, 3 ; adjoint, 1 ; — Clinicat gynécologique : titulaire avec indemnité, 1.

Samedi 24 octobre :

Clinicat oto-rhino-laryngologique : titulaires, sans indemnité, 2 ; — Clinicat chirurgical et orthopédique de l'adulte : titulaire, sans indemnité, 1.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire, inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de 14 à 16 heures, jusqu'au vendredi 16 octobre inclus. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Faculté de médecine de Paris. — Année scolaire 1936-1937 :

1er et 2 octobre 1936 : Consignations pour les examens session octobre-novembre.

13 octobre 1936 : Ouverture de la session d'examens d'octobre-novembre.

Du 8 au 24 octobre 1936 : Inscriptions des 1er et 2e trimestres.

Le mardi 3 novembre : Reprise des cours, travaux pratiques et stages hospitaliers.

Du 4 au 16 janvier 1937 : Consignations pour les examens de la session ordinaire 1936-1937.

Du 5 au 21 avril 1937 : Inscritions du 3e trimestre.

Du 5 au 21 juillet 1937 : Inscriptions du 4e trimestre.

Faculté d'Alger. — La chaire de microbiologie et cryptogamie de la Faculté mixte de médecine et de phramacie de l'Université d'Alger est transformée en chaire de bactériologie (titulaire : M. Pinoy).

Legion d'honneur. — Sont promus ou nommés :

GUERRE. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin général Malaspina, directeur du Service de santé de la 3e région.

M. le médecin général Fontgous, des troupes coloniales.

M. le médecin colonel Bailly, président de la Commission de réforme de la Seine.

Au grade d'officier. — MM. Donius, Delater, Cathala, Pellissier, Barboni, Laffont, Guillois, Cros, Sarrat, Rolland, Monloup, Wateau, Martinaud, Bertaux, Faur, Nenon, Vermelin, Freydier, Langlois, Liébert (des troupes métropolitaines) ; Castueil, Bordes, Beauvallet, Rivière et Bourgeon (des troupes coloniales).

Au grade de chevalier. — MM. Berge, Geay, Galaup, Bouhet, Boyrie, Sayer, Bouana, Ayme (des troupes métropltaines) ; Rabaud et Pezyiemski (des troupes coloniales).

MARINE. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Santelli, chirurgien de l'hôpital Sainte-Marie, à Shanghaï.

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade d'officier.* — M. le Docteur Albert Laquerrière, médecin électro-radiologiste des hôpitaux de Paris, professeur de radiologie à l'Université de Montréal (Canada).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — *Commandeurs* : M. Couvelaire, professeur à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de médecine.

M. Grandchamp, docteur en médecine, médecin-chef des postes, télégraphes et téléphones, à Paris.

Officiers. — M. Sénéchal, chirurgien à la maison départementale de Nanterre (Seine) ; Weiller, docteur en médecine, à Paris.

Chevaliers. — MM. Bramard, docteur en médecine, médecin chirurgien des Enfants assistés de la Seine, à Luzy (Nièvre) ; Calazel, médecin-chef du dispensaire départemental polyvalent d'hygiène sociale et de l'hôpital de Foix ; Chéry, docteur en médecine, à Nancy ; Davrinche, médecin directeur du sanatorium de Franconville (Seine-et-Oise) ; Greiner, docteur en médecine, maire de Ribeauvillé (Haut-Rhin) ; Lacassagne, médecin du service sanitaire de Lyon ; Laverone, docteur en médecine, à Paris ; Oberling, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Hôpital de la Glacière (35, rue de la Glacière, Paris.) — *Cours de pratique chirurgicale oto-rhino-laryngologique* du Professeur Georges Portmann donné à Paris du jeudi 22 octobre au mercredi 28 octobre 1936 avec la collaboration de MM. J. Auzimour, Despons et Paul Leduc.

PROGRAMME. — Jeudi 22 octobre, 9 h. 30 : Les vertiges. Leur traitement chirurgical. — 15 heures : Les otites aiguës. — 16 heures : Sinusites fronto-maxillaires. Traitement chirurgical.

Vendredi 23 octobre, 9 h. 30 : Mastoïde. Anatomie, pathologie. — 15 heures : La mastoïdectomie.

Samedi 24 octobre, 9 h. 30 : Ethmoïde. Anatomie, pathologie, chirurgie. — 15 heures : Insuffisance respiratoire nasale et traitement chirurgical.

Lundi 26 octobre, 9 h. 30 : Tumeurs malignes du massif facial. — 15 heures : Amygdales. Anatomie, pathologie, chirurgie.

Mardi 27 octobre, 9 h. 30 : Les otites chroniques. — 15 heures . Traitement chirurgical des otites chroniques.

Mercredi 28 octobre, 9 h. 30 . Tumeurs malignes du larynx. — 15 heures : Chirurgie du larynx.

Ce cours essentiellement pratique comprend des séances opératoires de démonstration. Chaque assistant sera individuellement initié aux détails de la technique chirurgicale et de l'anesthésie.

Ces séances opératoires seront précédées d'un exposé théorique, après examen de malades, accompagné de projections et de films cinématographiques.

Doit d'inscription : 250 francs. Les inscriptions seront reçues chez le Professeur G. Portmann, 25 *bis*, cours de Verdun, à Bordeaux.

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine. — La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine met en garde les médecins contre les sollicitations dont ils peuvent être l'objet de la part de certaines publications : sous prétexte de faire de la propagande à l'étranger, elles publient des notices sur la car-

rière et les travaux scientifiques de certains médecins ; ces publications constituent au premier chef une réclame déguisée contraire aux principes d'une saine déontologie et condamnée par les groupements médicaux au même titre que la collaboration aux journaux dits de vulgarisation.

L'attention du Conseil d'administration de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine a été attirée sur une note parue dans le *Bulletin municipal officiel* de la ville de Paris du 1er juillet 1936 (note n° III, 24 avril 1936).

M. Vassart, conseiller général, y attire l'attention de M. le Préfet de la Seine sur le fait que « certains médecins appelés « par les assistés ne se dérangeraient qu'après insistance de la « part des intéressés ou le feraient si tardivement que la famille « du malade se verrait dans l'obligation de recourir à un autre « praticien, inscrit sur la liste d'assistance médicale gratuite ».

Nous ne pensons pas que cette allégation soit réellement fondée ; au reste ce serait affaire entre le médecin intéressé et la Commission préfectorale de contrôle de l'Assistance médicale gratuite. Ce que nous savons, c'est que certains assistés invoquent parfois une urgence que rien ne justifie ou croient pouvoir exiger des soins plus ou moins répétés qu'en conscience le médecin ne saurait leur accorder.

Le Conseil d'administration de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine invite, dans ces cas, le confrère intéressé à refuser ses soins à l'assisté et à adresser en même temps un avis motivé au Bureau d'assistance.

Congrès européen de Chirurgie structive. — Il se tiendra à Bruxelles les 3 et 4 octobre prochains. Président : Docteur Coelst (Bruxelles) ; vice-présidents : Docteur Pomfret Kilner (Londres) et Professeur Sanvenero-Rosselli (Milan).

Le discours d'inauguration sera prononcé par le Professeur J.-L. Faure (Paris) dans la salle de Marbre du Palais des Académies de Bruxelles.

Le Comité organisateur a tenu avant tout à donner à cette réunion un caractère essentiellement scientifique. Toutes les applications de la chirurgie structive, à quelque région du corps qu'elles appartiennent, aussi bien dans des cavités naturelles qu'à la surface, seront étudiées. Les communications porteront surtout sur la chirurgie réparatrice, la chirurgie esthétique passant au second plan. Ainsi sera conçu le programme de la chirurgie structive dans son sens le plus large et sera assurée une collaboration tant attendue entre chirurgiens généraux et spécialistes d'une part, et chirurgiens spécialisés en chirurgie structive, d'autre part.

Le programme complet sera bientôt publié.

Pour tous renseignements s'adresser au Docteur Coelst, président du Comité exécutif, 118, avenue Louise, à Bruxelles.

Congrès international de l'insuffisance hépatique. — Ce Congrès tiendra ses assises à Vichy, les 16, 17 et 18 septembre 1937, sous la présidence de M. le Professeur Maurice Loeper.

Il comprendra deux sections : 1° Une section de médecine et biologie ; 2° Une section de thérapeutique médicale, chirurgicale hydrologique.

Les rapports suivants, de diverses nationalités, présenteront des rapports dans ces deux sections :

Médecine et biologie. — M. K. Glaessner (Vienne) : Le diagnostic fonctionnel de l'insuffisance hépatique. — M. R. Debré, Gilbrin, Semelaigne (Paris) : Les gros foies de l'enfance. — M. Binet (Paris) : La fonction soufrée du foie. Les œdèmes des hépatiques. — MM. Lemaire et Varay (Paris) : Etude pathogénique, et J. Olmer (Marseille) : Etude clinique. — M. Urbach (Vienne) : La peau et le foie. — M. Parhon (Bucarest) : Le foie et les glandes endocrines. — M. Hamilton-Fairley (Londers) : Les étapes de l'insuffisance hépatique au cours du paludisme.

Thérapeutique. — M. Brulé (Paris) : Les médications hépatiques dans les intolérances. — MM. M. Villaret, L. Justin-Besançon, R. Cachera et R. Fauvert (Paris) : Les insuffisances circulatoires et les médications qu'elles comportent. — MM. Piéry et Milhaud (Lyon) : La thérapeutique hydrominérale de l'insuffisance hépatique. — M. De Grailly (Bordeaux) : L'insuffisance cellulaire et ses indications thérapeutiques. — M. Gallart-Mones (Barcelone) : Le régime alimentaire dans la réparation du foie malade. — M. Pribram (Berlin) : L'insuffisance hépatique pré et post-opératoire et son traitement préventif et curatif. — MM. P. Duval, Gatellier, J.-C. Roux, Goiffon (Paris) : Le pronostic de la « Crise opératoire » par l'examen des fonctions hépatiques.

Secrétaire général : Docteur J. Aimard, 24, boulevard des Capucines, Paris.

Nous rappelons que ce Congrès sera précédé par le Deuxième Congrès international de gastro-entérologie, qui se tiendra à Paris, les 13, 14 et 15 septembre 1937, sous la présidence de M. le Professeur Pierre Duval, et au cours duquel deux questions seront étudiées.

1° Le diagnostic précoce du cancer gastrique, sous la présidence des Professeurs P. Duval et Gosset, de Paris et du Professeur Konjetzny, de Berlin.

2° L'occlusion aiguë et chronique du grêle. Les rapporteurs ont été choisis en Angleterre, en Belgique, en Espagne, aux Etats-Unis, en Italie et en Pologne, pour traiter cette dernière question.

Secrétaire général : Docteur Alban Girault, 29 *bis*, rue Pierre Demours, Paris.

IXe Congrès français de stomatologie. — Ce Congrès aura lieu à la Faculté de médecine et à la Sorbonne du lundi 5 au samedi 10 octobre 1936, sous la présidence du Docteur Pont (de Lyon).

Premier rapport : Etude comparative des traitements des infections périapicales chroniques. Etat actuel de la question. Traitement médical et par les agents physiques (Docteur Soleil). Traitement chirurgical (Docteur Duclos).

Deuxième rapport : Contre-indications absolues et relatives du traitement orthodontique (Docteur Quintero).

Question mise en discussion : Complication immédiates et médiates des extracions. Leur traitement (Docteur Landais).

Des conférences seront faites par les Professeurs Debré, Gougerot, Lemaître, Leriche et le Docteur P.-E. Weill.

Une excursion à Chantilly est prévue.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire général, Docteur Dechaume, 182, rue de Rivoli.

Cours de perfectionnement (Clinique de la tuberculose. Prof. P. Courmont, Lyon). — 1° Un *cours de perfectionnement sur la tuberculose*, sous la direction du Professeur Paul Courmont, avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, est organisé, à Lyon, du lundi 9 novembre au 6 décembre 1936 (quatre semaines).

Il comprendra, chaque jour, des conférences, des cliniques au lit du malade, des exercices pratiques de clinique (radiographie, pneumothorax, etc.), de laboratoire (bactériologie, sérologie).

Le cours sera donné, à la clinique de la tuberculose, par le Professeur P. Courmont et ses assistants, et dans différents services spécialisés, avec la collaboration de professeurs de la Faculté de médecine, de médecins des hôpitaux, de chefs de laboratoires.

Une note ultérieure indiquera l'horaire et le programme détaillé.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté de médecine (avenue Rockefeller, n° 8) ou à l'Institut batériologique, 61, rue Pasteur, Lyon (VIIe).

Les droits à verser sont de 250 francs.

Le Comité national de défense contre la tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaires ou de candidats à ces postes un certain nombre de bourses.

S'adresser, pour les bourses et tous renseignements d'inscriptions, au Professeur P. Courmont.

2° Des cours complémentaires et un stage de trois mois pourront être organisés pour les médecins désirant suivre plus longtemps l'enseignement de la clinique.

Hôpitaux coloniaux. — Les concours institués par le décret du 22 août 1928 pour l'obtention du titre de médecin des hôpitaux coloniaux, chirurgien des hôpitaux coloniaux, et de pharmacien chimiste du Service de santé colonial s'ouvriront le 28 septembre 1936 à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris.

Sont autorisés à se présenter à ce concours :

Les médecins et pharmaciens capitaines et les médecins et pharmaciens commandants présents en France ou en Algérie-Tunisie, et ayant accompli au moins quatre années de séjour aux colonies, en Chine, au Maroc ou au Levant.

Les médecins et pharmaciens des troupes coloniales qui désireraient prendre part à ces concours devront faire parvenir leur demande, par la voie hiérarchique, au ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), avant le 15 août 1936, au plus tard, en indiquant la section (médecine, chirurgie, pharmacie).

Dispensaire d'hygiène sociale de la Haute-Saône. — Un concours sur titre pour la nomination d'un médecin-chef spécialisé,des dispensaires d'hygiène sociale de la haute-Saône aura lieu à la Préfecture de Vesoul, le 1er octobre 1936.

Les candidats à cet emploi devront être Français, pourvus, du diplôme d'Etat de Docteur en médecine et âgés de moins de 45 ans à la date du 1er octobre 1936.

Leur demande rédigée sur timbre, devra être adressée à la Préfecture de la Haute-Saône (cabinet du Préfet) avant le 15 septembre 1936.

Ordre du jour voté par le Conseil d'administration de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine dans sa séance du 9 juillet 1936 au sujet de la proposition de loi Pomaret. — Le Conseil d'administration de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, réuni le 9 juillet 1936, ayant pris connaissance de l'article 3 de la proposition de loi Pomaret portant interdiction aux travailleurs des professions libérales, y compris les médecins, d'exercer leur profession à partir de l'âge de 65 ans, sans aucune compensation de la part de l'Etat.

Considérant que l'obtention du diplôme de docteur en médecine, exigé à juste titre pour l'exercice de la profession médicale, a nécessité des sacrifices matériels considérables et des études secondaires et supérieures d'une durée moyenne de quinze années ; que ce diplôme a été conféré par l'Etat pour une jouissance illimitée dans le temps et que l'atteinte portée à cette clause fondamentale constitue une violation unilatérale de l'engagement du fait établi entre l'Etat et le détenteur du diplôme ; que cette interdiction du droit au travail revêt un caractère particulièrement inique en ce qu'il frappe une génération de médecins qui, pour le service du pays, a subi le dommage de plus de quatre années de guerre ;

Considérant que l'accroissement continu de l'expérience du médecin est une condition essentielle de la valeur des services qu'il rend à la santé publique, aux malades qui continuent à se confier à lui, et à l'enseignement qu'il donne à la jeunesse médicale ;

Considérant que si l'âge doit être estimé comme un obstacle prohibitif aux travaux intellectuels privés, il est inconcevable qu'aucune limite ne soit imposée aux hommes publics qui, en exerçant le pouvoir législatif et le pouvoir exécutif, tiennent en main les organes vitaux de la nation ;

Considérant que la première mesure de nature à assurer le placement immédiat et régulier de la jeunesse française devrait être la restriction des naturalisations de médecins étrangers qu'aucun intérêt général ne justifie ;

Proteste contre les mesures d'exécution proposées comme étant contraires à la raison, à la justice et à l'intérêt public ;

Demande à la Confédération des Syndicats médicaux français de faire obstacle de tout son pouvoir à ces dispositions de la proposition de loi Pomaret ;

Décide de se mettre en rapport avec les groupements parisiens des professions libérales intéressées en vue d'une action commune énergique.

Médaille du Docteur Pasteau. — M. le Docteur Pasteau doit présider le Congrès français d'urologie d'octobre 1936. Le Conseil d'administration de l'Association française d'urologie a pensé que nulle occasion n'était plus favorable pour lui témoigner la reconnaissance de l'Association dont il a assumé le secrétariat pendant trente ans.

Au cours du Congrès, à une date qui sera ultérieurement fixée, sa médaille exécutée par le maître graveur Dammann, Grand Prix de Rome, sera remise au Docteur Pasteau.

Toute souscription de 100 francs donnera droit à une reproduction de la médaille. Prière d'envoyer les souscriptions par chèque, chèque postal (Paris 599), ou mandat, au trésorier, M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

A la mémoire du Docteur Jaquemaire-Clemenceau. — Une plaque sera inaugurée, rue Jacquemaire-Clemenceau, Paris (XVe), le 28 juillet, à 11 heures et demie.

IL Y A CENT ANS

30 JUILLET 1836. — La publicité pour produits médicamenteux était rare à l'époque, mais s'abritait déjà derrière les grands noms, si on en juge par cet entrefilet de la *Gazette des Hôpitaux* :

Expériences de M. Magendie sur le chocolat médicamenteux de M. Boutigny. — *M. Boutigny, pharmacien à Evreux, a composé un chocolat médicamenteux extrêmement efficace dans la convalescence des maladies. Ce chocolat, dont la digestion est très facile, contient des principes fortifians propres à rétablir les fonctions de l'estomac affaibli ; il convient aux personnes faibles, anémiques, aux femmes nerveuses et chlorotiques. Ce chocolat, improprement appelé antiphlogistique par M. Boutigny (car il n'est surtout applicable que dans les cas de dyspepsie, d'atonie des organes, et chez les personnes dont la nutrition est languissante), a des propriétés avantageuses reconnues par des médecins distingués de la capitale. MM. Alibert, Jobert, Miquel, Rayer, etc., l'ont employé avec succès dans leur pratique.*

M. Magendie l'essaie en ce moment avec avantages, dit-on, chez plusieurs malades de l'Hôtel-Dieu, et chez un plus grand nombre encore en ville ; ce chocolat serait supporté par des estomacs qui rejettent tous les autres. Il constitue un bon aliment, et offre une ressource au médecin dans les convalescences longues et difficiles.

(GAZETTE DES HÔPITAUX, 30 *juillet* 1836.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Erasme devant la médecine et les médecins

Par le Docteur **O. CROUZON**

Le Congrès des Aliénistes et neurologistes vient de tenir ses assises à Bâle, Zurich, Berne, Neuchatel. Le discours d'ouverture, prononcé par M. Crouzon, président du Congrès, fut, pour le médecin de la Salpêtrière, l'occasion de brosser une vaste fresque, où apparurent tour à tour les figures des écrivains, philosophes, médecins et anatomistes qui ont illustré la ville de Bâle.

Les curieux d'histoire des lettres et des sciences trouveront dans cette première partie du discours de M. Crouzon des pages définitives sur la vie intellectuelle en Suisse à travers les siècles.

Le manque de place nous laisse le regret de renvoyer le lecteur au texte qui paraîtra in extenso dans les volumes de compte rendus du Congrès et nous oblige à ne reproduire que la dernière partie où M. Crouzon envisage Erasme au point de vue médical.

J'ai promis d'étudier plus particulièrement Erasme devant les médecins et devant la Médecine.

Nous pouvons juger du physique d'Erasme d'après les six portraits qu'en fit Hans Holbein, les deux portraits dus à Durer, et d'après celui fait par Quentin-Matsys. Lavater, dans ses études de physionomie, trouve le visage d'Erasme un des plus expressifs, un des plus éloquents qu'il connaisse : il y trouve de la finesse, un air réfléchi, une intelligente prudence, sans hardiesse, sans tempérament. Il avait le teint clair, les cheveux blonds, les yeux bleu gris, la figure agréable, la voix élevée. On peut retrouver dans ses portraits une certaine ressemblance avec Voltaire. Et sa ressemblance avec Voltaire ne s'arrête pas là, elle s'étend à l'influence morale et aux tendances réformatrices : son corps est mince, sa bouche est sarcastique, il a l'aspect d'un valétudinaire.

C'était en effet un débile physique et un hypocondriaque. Sa santé fut toujours délicate : il avait souffert à Paris du régime du collège de Montaigu. Depuis cette époque, il avait horreur du poisson ; il le montre dans ses Colloques : il se fit dispenser en 1509, par le Pape, de faire maigre. Il avait la terreur de la maladie et de la mort. Il avait la terreur de la peste, dont on le crut atteint lors d'une adénite suppurée à Louvain.

Il avait horreur des courants d'air, de la fumée, de l'odeur et de la chaleur des poêles : il lui fallait le chauffage au bois. Il dormait mal. Il avait la fièvre quarte. Il souffrit d'abord de la gravelle et, comme le rapportent Trousseau, Dieulafoy et Chauffard, il écrivait à Mélanchton : « J'ai la néphrétique et tu as la goutte : nous avons épousé les deux sœurs. » Puis il souffrit à la fois de la pierre et de la goutte, et il calmait ses douleurs avec le vin de Bourgogne (auquel il mêlait quelquefois des œufs battus ou une décoction de réglisse), ce qui pourrait nous paraître paradoxal, si nous ne savions comme nous l'a rappelé notre ami le Docteur Genty, qu'à cette époque on désignait ainsi le vin du Comté de Bourgogne, c'est-à-dire de la Franche-Comté, le vin d'Arbois, de Salins, de Besançon, qui n'ont pas les mêmes propriétés que le vin du Duché de Bourgogne au delà du la Saône, qui était le vin de Beaune. Les vins du Jura, qui sont légers, peu riches en alcool et chargés de bitartrate de potasse, pouvaient avoir, pour Erasme, des propriétés diurétiques, mais il les appréciait aussi en gastronome, étant un fin gourmet et un convive recherché. Il avait songé un moment à s'installer à Besançon.

Il semble qu'il ait eu des manifestations goutteuses localisées à la jambe gauche : dans les dernières années de sa vie, il marchait avec des béquilles. Froben l'appelait « le boiteux ».

Lors d'une exhumation pour transférer son corps à un autre endroit de la cathédrale, à l'occasion d'une installation de calorifère, on trouva, sur le squelette d'Erasme des gonflements du cubitus et du tibia, des lésions osseuses qui sont peut-être celles de son rhumatisme chronique goutteux, mais qui ont été attribuées, par le Professeur Wertheman, de Bâle, à la syphilis (cette opinion a été partagée par le Professeur Bing, de Bâle, et par le Docteur Garrigues).

Ulrich Van Hutten, ancien admirateur d'Erasme, passe et repasse devant sa porte, à Bâle. Erasme se tient assis derrière ses fenêtres closes. Il se refuse à le recevoir, ne voulant pas frayer avec le réformateur, mais aussi par crainte de la syphilis qu'Ulrich de Hutten avait contractée à 20 ans au siège de Naples, et dont il souffrait toujours malgré le traitement par le gaïac. Ulrich de Hutten recommande ce traitement dans un de ses opuscules, préfacé par Boerhave, et où il raconte sa guérison remarquable : c'est le « Livre du Chevalier allemand Ulrich de Hutten sur la maladie française et les propriétés du bois de gaïac ». (Le gaïac, importé d'Haïti ou Saint-Domingue, servait à faire une macération et une décoction). Ulrich de Hutten alla, néanmoins, mourir à 35 ans dans l'île d'Uffenau, à l'extrémité du lac de Zurich.

Erasme s'appelle lui-même « amantior domi », nous dirions aujourd'hui « casanier ». A la fin de sa vie, il était devenu railleur, amer, d'humeur quinteuse comme beaucoup de célibataires. Comme chez beaucoup d'entre eux, son intérieur était gouverné par une servante, Marguerite, dont il a transmis le souvenir à la postérité en la qualifiant de « Xantippe, de furax, rapax, bibax, mendax, loquax ». Dans ses COLLOQUES, il dit cependant qu'une bonne domestique doit posséder trois qualités : être honnête (parce qu'elle n'entame pas l'avoir de son maître), être laide (ainsi les soupirants ne l'assaillent pas), bourrue et acariâtre (elle prend plus facilement à cœur les intérêts de son maître, en écartant les importuns).

***

Erasme a émis des opinions diverses sur la Médecine. D'abord, on relève de lui des propos comme « la Médecine n'est, comme la rhétorique, que l'art de jeter de la poudre aux yeux », ou bien « la Médecine est l'art de plaire au malade ». « Je me suis abandonné aux médecins et aux apothicaires, c'est-à-dire à des bourreaux et des harpies » ou telle satire sur les médecins au chevet d'un moribond : « Je n'appelle le médecin que lorsque je suis presque dégoûté de la vie et que le mal semble devoir m'emporter ».

Il reçut cependant les soins de Cop, à Paris, de Boerio et Linacer, à Londres. Paracelse, qui avait guéri à Bâle Froben avec son labdanum, lui offrit ses services, mais Erasme préféra attendre.

En d'autres circonstances, il conseille l'étude de la Médecine aux jeunes gens, afin de pouvoir veiller à « leur santé, le premier de tous les biens. La médecine est un viatique assuré sur la terre ; en tous lieux, la médecine est le gagne-pain le plus assuré ». Il émet des principes d'hygiène sur la sobriété, sur le sommeil, sur l'allaitement maternel, en ce deuxième point, il est un précurseur ; avant Rousseau, avant Pinard, il demande le lait de la mère pour l'enfant : « Un vase neuf gardera longtemps la première odeur dont il fut imprégné ».

Il blâme les femmes qui se fardent : « Le fard altère la beauté au lieu de la relever, et que dira votre mari quand, cherchant un baiser, il ne trouve qu'une plaque enduite d'une manière de bitume » ?

Il donne des préceptes sur l'eugénique, sur les précautions prénuptiales. Il envisage même la stérilisation par la castration. Il n'est pas partisan de la circoncision, qui émousse la sensation de volupté et cause de la douleur.

Il raille les superstitions, mais, étant en 1514 tombé de cheval, et étant incapable de faire un pas, il promet à Saint-Paul de terminer son travail sur l'Epître aux Romains : incontinent, il peut remonter sur sa bête et continuer sa route.

Plus inattendue est l'opinion qu'il professe dans son dialogue entre le poissonnier et le boucher sur la transmission, par un chevreau épileptique, de sa maladie à ceux qui mangent de sa chair.

Telles sont quelques opinions que l'on peut recueillir dans ses œuvres composées à diverses époques et surtout dans les Colloques.

D'après Nisard, Froben, l'imprimeur, composait au fur et à mesure qu'Erasme écrivait — la phrase à peine jetée sur le papier par Erasme, ne lui appartenait plus — un ouvrier de Froben venait la prendre et la portait toute humide à la presse. Aussi y avait-il quelquefois des contradictions entre ses écrits. La vie d'Erasme, nous l'avons déjà vu, était pleine de variations. C'est ce qui nous expliquera que bien des réflexions sur la médecine et les médecins soient en opposition avec un « Eloge de la Médecine » qui est peu connu et que j'ai retrouvé à la Bibliothèque de l'Académie de Médecine, grâce à l'obligeance du Docteur Genty.

***

L'Eloge de la Médecine est dédié au Docteur Henricus Afinius (de Lier, ville de Brabant), « comme marque d'affection ». Il a été publié à Louvain le 13 mars 1518 (Erasme avait alors 51 ans), mais il avait été écrit longtemps auparavant. L'exemplaire de l'Académie de Médecine appartient au Fonds Daremberg et a été publié à Nuremberg en 1525. Cet Eloge est fait sous forme d'un discours à des étudiants.

Il commence par affirmer la dignité, l'importance, l'utilité, la nécessité de la Médecine. La Médecine se recommande d'elle-même : Apollon et Esculape, les inventeurs de la Médecine, n'ont-ils pas été placés au rang des Divinités ? Asclépiades était considéré comme un dieu par les Illyriens.

Erasme reconnaît les difficultés de la Médecine. Pline dénombrait déjà trois cents maladies, sans compter leurs variétés. Erasme énumère un certain nombre de cures remarquables dans l'histoire, montre l'utilité de l'obstétrique, de l'hygiène alimentaire et de la diète pour retarder la vieillesse ou pour améliorer les dispositions intellectuelles. Si le prêtre s'occupe de l'âme et peut tenter de nous détourner de nos péchés, le médecin nous rend physiquement capables de nous en guérir.

Erasme en profite pour critiquer les rois ; il montre l'utilité des médecins attitrés des cours royales : ils peuvent, dit-il, remédier à la méchanceté des monarques : ceux-ci disposent, en effet, arbitrairement, de la vie et de la mort. Aussi est-ce devenu une habitude générale dans tous les pays de la terre d'avoir auprès de chaque prince un médecin, capable de prévenir la confusion causée par l'esprit anormal d'un souverain. La gloire de la Médecine est rehaussée du fait que les lois impériales et pontificales soumettent au jugement des médecins nombre de questions relatives à la naissance, à la puberté, aux empoisonnements, au mariage.

Erasme souligne l'importance de la Médecine chez les anciens, depuis Moïse. Le Christ lui-même, n'a-t-il pas fait acte de médecin au cours de sa vie terrestre ? L'ange Raphaël n'a-t-il pas guéri la cécité de Tobie ? Il n'y a aucune partie de la vie qui puisse être réglée sans le secours de la Médecine. Erasme montre l'importance de la Médecine et de l'hygiène sociales et le rôle capital des médecins dans les examens prénuptiaux, le choix des nourrices et les préventions des maladies.

Le Médecin n'est-il pas le plus sincère ami qu'on puisse avoir ?

« De tout temps, dit Erasme, l'amitié a été regardée comme sainte et vénérable. — Un homme est considéré comme un bon ami quand il reste fidèle dans l'adversité aussi bien que dans les moments heureux, tandis que la plupart des hommes sont près de vous quand tout marche bien et s'éloignent lorsque vous êtes dans le malheur ; — de même que les hirondelles viennent au printemps et s'enfuient à l'approche de l'hiver. Les médecins, comme les oiseaux appelés « seleucides » qui, dit-on, n'apparaissent jamais aux habitants du Mont Cassius, à moins qu'ils n'aient besoin de leur aide contre les sauterelles détruisant leur moisson, ne se présentent jamais dans de normales et heureuses circonstances, mais seulement aux heures du danger ; quand un homme est délaissé par sa femme et ses enfants, en cas de folie, de maladie inavouable ou de contagion, le médecin prend constamment soin de lui, le protège, lutte contre la maladie pour la vie de l'homme qui est en danger, quelquefois même au péril de sa propre vie. Combien est plus qu'ingrat celui qui, méconnaissant la douce assistance d'un tel ami, méprise le médecin quand le danger est passé, au lieu de le respecter et de le vénérer comme il respecterait un parent ; ou encore invite son médecin à dîner, se promène avec lui, l'assure de ses meilleurs sentiments, lui offre ses services, mais lui tourne le dos dès qu'il n'en a plus besoin. »

Erasme exalte peut-être un peu trop les avantages de la Médecine, quand, opposant les médecins aux orateurs, aux avocats, aux poètes, il dit que la Médecine peut faire vivre et protéger ses adeptes en toutes circonstances, il ajoute « le médecin ne se soucie pas de ses honoraires, mais on mérite d'être puni pour grosse ingratitude si on ne le paie pas ».

Il réfute les détracteurs de la Médecine, parmi lesquels il s'est trouvé lui-même en quelques ouvrages. S'il y a de mauvais médecins, il y a aussi des adultères parmi les prêtres, des meurtriers et des voleurs parmi les moines, mais que cela a-t-il à faire avec la religion qui est sublime ?

« De même la monarchie ne doit pas être condamnée en tant qu'institution parce que, sous le titre de monarques, quelques-uns agissent comme des voleurs et des ennemis de l'Etat. »

Il termine en disant :

« Donc, je vous félicite de tout mon cœur, hommes distingués qui avez le privilège d'exceller dans cette magnifique profession, et vous, jeunes gens, je vous exhorte à vous y appliquer de toutes vos forces et à vouer toute votre énergie à l'étude d'une science qui vous procurera honneurs, gloire, dignité, santé et par laquelle vous, à votre tour, vous serez plus qu'un bienfaiteur pour vos amis, pour votre ami, pour votre pays, et même aussi pour la race humaine J'ai dit. »

***

Nous en avons terminé avec Erasme devant la Médecine et les médecins. Abordons maintenant Erasme devant la psychiatrie.

Dans quelle mesure son Eloge de la Folie (Encomium Moriæ) intéresse-t-il les psychiâtres ? Le titre de cet ouvrage leur promet plus qu'il ne tient.

En prenant possession, à la Salpêtrière, de mon service d'isolement psychiâtrique, il y a une quinzaine d'années, j'ai trouvé une salle baptisée du nom d'Erasme, et dans cette salle se trouvait une gravure d'après le tableau d'Holbein. J'avais lu déjà l'Eloge de la Folie, mais j'ai cru que j'en avais mal compris les côtés psychiatriques. Je l'ai relu plusieurs fois depuis : il ne faut pas s'attendre à y retrouver une série de types de maladies mentales.

Erasme, se dissimulant sous le costume et les propos de la Folie, fait une peinture terrible de son siècle, montrant tout d'abord plaisamment l'atmosphère de folie qui fait le charme de l'existence, faisant en quelque sorte l'éloge de diverses folies ou fantaisies et passant ensuite en revue tous les personnages de son temps, qu'il ridiculise en montrant leurs travers d'esprit : d'aucuns appellent cet ouvrage l'Eloge de la Sottise (Laus stultitiæ).

L'éloge de la Folie est dédié à son ami Thomas Morus (votre nom de famille, dit Erasme à Morus, me rappelle celui de Moria que les Grecs donnent à la Folie). Erasme déclare qu'il a écrit la Folie en retournant en Angleterre après son séjour en Italie ; il semble qu'il l'ait écrit chez Thomas Morus en 1580 : il fut édité à Paris en 1511 chez Gilles Gourmont.

Sans rappeler ici la vie et la mort tragique de Thomas Morus il n'est pas inutile de rapprocher de l'Eloge de la Folie, l'Utopie de Thomas Morus qui fut écrite, semble-t-il en 1515 et qui parut en 1516 : l'Utopie offre une formule d'organisation intérieure et de politique extérieure pour une nation. Thomas Morus, à l'inverse des internationaliste

actuels, maintient le principe de nationalité, mais, au demeurant, préconise nombre de principes révolutionnaires : suppression de la propriété et des valeurs monétaires, communauté de biens, etc... Cette Utopie relate, dans une première partie, le martyrologue du peuple anglais sous le roi Henri VII et constitue donc, comme la Folie, une critique violente de la société d'alors.

Mais, revenons à l'Eloge de la Folie, Nous allons trouver dans les précurseurs d'Erasme une explication du choix de ce titre qui peut sembler étrange à première vue.

L'habitude d'appeler fous (Tor) non pas tant les aliénés, ni même les sots, que ceux qui se trompent ou agissent mal, remonte chez les Allemands du XIIe siècle jusqu'au XVIIIe siècle.

Sébastian Brant (et il n'est pas le seul) s'inspire du passage de la Bible qui dit : « La folie est au cœur du garçon, mais la verge de la discipline l'en chassera » (Salomon, proverbes 22-13). Bien avant Brant, le plus célèbre trouvère de l'Allemagne, Walther de la Vogelweide (? 1170-1230 ?) s'en prend aux fous.

Dans son lied sur l'ingratitude du monde, il s'écrie :

> « J'ai beaucoup servi le monde.
> et le ferais encore volontiers...
> mais quand je lui demande ce que je souhaite
> le plus ardemment,
> il préfère le donner à un fou. »

Ailleurs, il personnifie le Monde et dit :

> « Tu iras à ta perte si tu écoutes les jeunes fous. »

Dans ses « Sentences » il appelle fou celui qui commet un péché capital et accomplit un acte honteux pour acquérir des richesses est fou également celui qui préfère les biens terrestres à la faveur divine, etc... etc...

A la folie, il oppose la modération, la mesure, l'équilibre des facultés. C'est déjà Erasme.

On trouve aussi chez Walther de la Vogelweide les mêmes critiques souvent fort acerbes contre la rapacité des moines, du clergé, voire du pape, que chez Brant et chez Erasme.

Un poète ambulant de la première moitié du XIIIe siècle, Freidank, originaire de l'Allemagne du Sud-ouest, composa un recueil de sentences, maximes, proverbes, épigrammes et énigmes d'un caractère généralement satirique, dont s'inspirèrent jusqu'au XVIe siècle un grand nombre de moralistes, sans excepter les prédicateurs.

La « Bescheidenheit » (bon sens) de Freidank, a joui, pendant plus de trois siècles, d'une popularité sans égale. Les fous y jouent un grand rôle :

> « Qui mérite la haine des fous
> En plaît d'autant mieux aux sages »
>
> « Qui veut réduire fous au silence
> N'a qu'à parler à leur guise »
>
> « Nous nous plaisons à nous-mêmes
> C'est que la terre est pleine de fous »
>
> « Qui s'imagine être sage,
> Est d'un fou le plus proche voisin »
>
> « Un fou se regarde en vain dans son miroir
> Il ne se reconnaît jamais ».

Sépastian Brant, qui vint ensuite, est né à Strasbourg en 1457. Il étudia à Bâle, y conquit, à 32 ans, le bonnet de docteur, et publia une édition de Freidank, puis écrivit en 1494 sa célèbre « Nef des Fous » des Narresnschuff qui, traduite en bas-allemand, en latin, en français, en anglais, et en néerlandais, a certainement inspiré à Erasme son « Eloge de la Folie ».

D'après Sébastian Brant, il y a, de par le monde, tant de fous que, pour les recueillir let les transporter, aucun véhicule ne saurait suffire. Il songe donc à équiper un vaisseau qui est bientôt envahi. Les fous qui ont conscience de leur état, n'y sont pas admis. On n'y accepte que ceux qui se targuent de sagesse et d'intelligence. Brant, en sa qualité de « rat de bibliothèque », se met à la tête de 113 fous, qu'il héberge dans sa Nef. Ces fous sont des avares, des ambitieux, des pédagogues maladroits, etc... Ils font voile vers la Narragonie (Pays des fous). L'ouvrage était illustré de gravures faisant corps avec le texte. Sans grande valeur poétique. le livre, écrit en dialecte strasbourgeois, connut une immense popularité, due surtout aux intentions moralisatrices et patriotiques de son auteur. Un prédicateur célèbre de la cathédrale de Strasbourg, Geiller von Kaiserberg, n'hésita pas à prendre la Nef des Fous comme thèse de ses sermons. Grâce à son entremise, Brant devint secrétaire de sa ville natale, où il mourut en 1521.

Mais, dès 1508, il avait trouvé un imitateur et un disciple en la pesonne du moine franciscain Thomas Murner, un compatriote, qui écrivit une « Conjuration des Fous », satire véhémente et souvent grossières des vices et des travers de tous les temps. Son œuvre capitale est dirigée contre Luther. Dans le *Grand Fou luthérien*, il personnifie l'esprit de la Réforme qui recèle tous les fous qui, sous les ordres de Luther, luttent contre l'Eglise catholique. La citadelle orthodoxe a Murner pour défenseur. Murner épouse la fille de Luther et la chasse incontinent. Luther meurt de chagrin et, avec lui, le grand fou, l'âme de la Réforme.

A Paris parut « la Nef des Folz du monde » de Rivière, sans doute inspirée de Brant.

Notons aussi que O. Bosch a composé un dessin, la « Nef des Fous » qui est au musée du Louvre et qui a obtenu un certain succès à la récente exposition de l'art flamand à Paris. Il est très probable que Bosch s'est inspiré de Sébastian Brant.

On sera moins surpris de la place que les fous (c'est-à-dire en somme les criminels, les sots, les gens vicieux adonnés aux passions etc.) occupent dans la littérature du XVIe siècle, si l'on se rappelle que dans les mascarades et jeux du canarval les fous étaient les personnages principaux, incarnant les ridicules, les travers, les vices, voire les crimes, dont l'époque offrait le spectacle le plus varié. C'est de ces jeux que s'inspirent Brant et Murner. Erasme en a certainement été le témoin. Le ton satirique de son Eloge de la Folie est celui de tous les moralistes de la Réforme et de la Renaissance. Mais il est le seul qui ait eu plus que du talent.

Dans la première partie, la Folie fait son propre éloge (1) :

> « C'est Plutus qui fut mon père, ce Plutus qui, n'en déplaise à Homère, à Hésiode et au grand Jupiter même, est le père des dieux et des hommes ; ce Plutus qui, aujourd'hui comme autrefois, bouleverse à son gré et met sens dessus dessous toutes les choses profanes et sacrées ; ce Plutus qui conduit à sa fantaisie la guerre, la paix, les empires, les conseils, les tribunaux, les assemblées des peuples, les mariages, les traités, les alliances, les lois, les arts, le sérieux, le plaisant, le... je perds haleine ! ce Plutus, enfin, qui gouverne comme il lui plaît toutes les affaires publiques et particulières des hommes ; ce Plutus, sans le secours duquel toute la troupe des dieux poétiques, et j'ose dire des grands dieux eux-mêmes, ou n'existerait point du tout, ou du moins ferait très maigre chère ; ce Plutus, dont la colère est si redoutable que Pallas elle-même ne saurait en garantir, et dont les faveurs sont si précieuses, et la protection si puissante, que le mortel heureux qui en est l'objet, peut braver Jupiter et sa foudre ».

La mère de la Folie fut la Jeunesse. La Folie est née au milieu des transports délicieux de l'Amour ; l'Ivresse et l'Ignorance furent ses nourrices. Sa suite est composée de l'Amour-Propre, de la Flatterie (souveraine dans les Cours) de l'Oubli, de la Paresse, de la Volupté et de la Démence. « C'est par eux que je gouverne ceux qui gouvernent le monde, dit-elle ?.

Il faut avoir recours à la Folie, pour se procurer les plaisirs de la génération et renoncer aux principes des stoïciens. Sans la Folie, un homme raisonnable verrait tous les inconvénients du mariage, une femme sage envisagerait les incommodités de la grossesse et de l'accouchement.

Sophocle n'a-t-il pas dit : « la vie la plus agréable est celle qui se passe sans aucune espèce de sagesse ».

(1) Traduction de l'Edition du *Pot Cassé*.

L'enfance et la jeunesse n'ont de joie qu'à cause de l'atmosphère de folie qui les entoure.

Il n'en est pas de même de la vieillesse chagrine, sauf si la Folie la ramène vers les jours heureux de l'enfance, ou si la Folie lui apprend encore à dire le doux mot : « Je t'aime », qu'il serait à plaindre alors le vieillard, s'il jouissait de toute sa raison.

« C'est par le moyen de mes bienfaits qu'on voit partout tant de vieillards, accablés sous le poids des années, et qui n'ont presque plus figure humaine, être si fort attachés à la vie. Ils bégayent, ils radotent, ils n'ont plus de dents dans la bouche, l'on aperçoit à peine quelques cheveux blancs sur leur tête chauve ; malgré cela, ils aiment tellement la vie qu'ils font tout ce qu'ils peuvent pour passer pour des jeunes gens. — L'un fait teindre ses cheveux blancs, l'autre cache son crâne pelé sous une chevelure étrangère ; celui-ci fait enchâsser dans sa mâchoire dégarnie les dents de quelque animal qui lui ressemble, celui-là meurt d'amour pour une jeune fille et fait pour elle plus d'extravagances que le jeune homme le plus novice et le plus fou. — Quant à ces vieillards courbés qui, sur le bord du tombeau, épousent sans dot une jeune fille qui sera la femme des autres, c'est une chose si commune à présent, qu'on s'en fait, pour ainsi dire, une gloire.

Mais ce qui est bien plus divertissant encore, c'est de voir ces femmes décrépites, que la vieillesse semble avoir retranchées depuis longtemps du nombre des vivants, ces cadavres ambulants, ces carcasses infectes, qui exhalent partout une odeur sépulcrale, et qui, cependant, s'écrient à chaque instant « Rien n'est si doux que la vie ! ». — Le cœur plein de désirs lubriques, elles ne songent qu'aux moyens d'assouvir la fureur utérine qui les possède encore ; elles cherchent partout quelque nouveau Phaon qui, pour de l'argent, s'efforce d'apaiser le feu qui les dévore. — Sans cesse occupées à se parer, elles se plâtrent le visage de fard, elles passent une partie de la journée devant le miroir, et cherchent à déguiser, par toutes sortes de moyens, les outrages secrets que les années ont fait à la nature. — Tantôt elles montrent leurs mamelles flasques et dégoûtantes, tantôt elles tâchent de réveiller la vigueur de leurs amants par les glapissements de leur voix tremblottante et cassée. Elles boivent, elles dansent avec les jeunes filles et écrivent, comme elles des billets doux à leurs amants. »

La Folie n'a-t-elle pas donné à l'homme, la femme pour compagne : « c'est un animal extravagant et frivole, mais il est aussi plaisant et agréable. En vivant avec l'homme, elle saura tempérer et adoucir, par ses folies, son humeur chagrine et bourrue ».

« Trouver que les femmes sont folles, est le plus grand éloge qu'on puisse faire d'elles ».

« Grands Dieux ; que de divorces, que d'événements plus funestes encore ne verrait-on pas arriver tous les jours, si la flatterie, les jeux, la complaisance, la dissimulation, les ruses, qui sont toutes des personnes de ma suite, ne soutenaient et n'entretenaient sans cesse l'union de l'homme et de la femme ! Ah ! qu'on verrait peu de mariages s'accomplir si le futur avait toujours la prudence de s'informer soigneusement de tous les petits jeux que sa sœur Agnès, qui paraît si modeste et si réservée, a joués longtemps avant les noces ! — Et de ceux qui sont accomplis, combien y en aurait-il où l'union se conservât longtemps, si la négligence ou la sottise des maris ne les aveuglait sur les faits et gestes de leurs chères épouses ? Tout cela n'est que folie, on a raison d'en convenir; mais cependant cette Folie qui fait que la femme plaît au mari, le mari à la femme, c'est elle qui conserve la paix dans le ménage et qui empêche les ruptures et les divorces. On se moque d'un mari, on l'appelle cocu, cornard, que sais-je moi, tous les noms qu'on lui donne ? pendant que le pauvre homme sèche par ses baisers les larmes perfides de son épouse infidèle. Mais n'est-il pas mille fois plus heureux de se livrer à cette douce erreur que de s'abandonner aux tourments et aux inquiétudes dévorantes de la jalousie et de semer partout la confusion et le désordre par des scènes violentes et tragiques ? »

C'est la Folie qui procure les plaisirs de la table : il n'y a pas de bon repas s'il n'est égayé par la Folie. C'est la Folie qui forme et entretient les amitiés, qui préside aux mariages, qui engendre les belles actions (et la guerre elle-même, n'est-elle pas la conséquence de la Folie) et entretient la soif de gloire chez les artistes et les savants.

Parmi les satellites de la Folie, l'Ignorance ne fait-elle pas le bonheur des hommes : bien des sciences sont funestes et engendrent les désordres et les crimes.

Cependant, parmi toutes ces sciences, les plus utiles sont celles qui ont le plus de rapport avec le sens commun, c'est-à-dire avec la Folie. Les théologiens meurent de faim, les physiciens se morfondent, on se moque des astrologues, on méprise les dialecticiens. Le médecin lui seul vaut mieux que tous ces gens-là. Malgré la difficulté de son art, plus il est ignorant, étourdi, effronté, plus il lui est facile de gagner la confiance du public et même celle des princes les plus huppés. D'ailleurs la médecine, surtout comme la plupart des médecins la pratiquent aujourd'hui, n'est qu'une espèce de flatterie et, à cet égard, on peut dire qu'elle ne ressemble pas mal à la rhétorique.

Dans la deuxième partie de l'ouvrage, nous assistons au défilé des fous : les chasseurs, les bâtisseurs, les alchimistes, les joueurs, les superstitieux. Erasme raille ceux qui croient aux prodiges, aux miracles (ils font bouillir la marmite des prêtres et des moines), il fait la critique des saints protecteurs, des ex-voto, de ceux qui se targuent de titres de noblesse, et exhibent les portraits de leurs ancêtres.

« Ce n'est pas seulement à chaque individu que la nature a distribué les dons heureux de l'amour-propre ; chaque peuple, chaque nation, chaque ville même, en général, a reçu une assez bonne dose. Les Anglais se vantent d'être beaux hommes, bons musiciens et magnifiques dans leurs festins. — Les Ecossais sont fiers de leur noblesse, de leurs titres, de leurs alliances avec la maison de leurs rois et de leur subtilité merveilleuse dans les disputes scolastiques. — Les Français se piquent de politesse ; les Parisiens se glorifient surtout d'avoir dans leur Sorbonne la plus savante école de théologie. Les Italiens, persuadés qu'ils possèdent exclusivement les belles-lettres et l'éloquence, se croient le seul peuple de la terre qui ne soit point enfoncé dans les ténèbres de la barbarie. Parmi eux, les Romains sont ceux qui jouissent le plus de cette douce erreur ; ils rêvent à la grandeur des anciens Romains et croient bonnement en tenir encore quelque chose. Les Vénitiens sont heureux en pensant à leur noblesse ; les Grecs, en songeant qu'ils sont les inventeurs des sciences et en s'arrogeant les titres de leurs anciens héros. Les Turcs, et toute cette multitude innombrable de Barbares qui couvrent les trois-quarts de la terre, se vantent d'être dans la vraie religion, et regardent en pitié les chrétiens, qu'ils traitent de vils superstitieux. Les Juifs, bien plus heureux encore, vivent dans la douce attente de leur Messie et se tiennent toujours, en attendant, constamment attachés à la loi de Moïse. Les Espagnols veulent passer pour les plus grands guerriers du monde ; les Allemands, fiers de leur grande stature, se piquent aussi de savoir la magie et d'être de grands sorciers. »

Puis, le défilé continue : ce sont les comédiens, les musiciens, les orateurs, les poètes qui ne peuvent composer que sur l'inspiration de la Folie, les jurisconsultes, les sophistes, les philosophes, les théologiens.

« Voici encore des gens que je rends presque aussi heureux que les théologiens, ce sont ceux qu'on appelle ordinairement religieux ou moines, quoique ces deux noms ne leur conviennent nullement, puisqu'il n'y a peut-être personne qui ait moins de religion que la plupart de ces prétendus moines ou solitaires. Y aurait-il rien sur la terre de plus misérable que cette espèce de gens, si je ne déguisais de mille manières différentes à leurs propres yeux, la turpitude et la bassesse de leur état ? Abhorrés partout comme des bêtes sinistres, leur rencontre seule est regardée comme un mauvais augure ; et malgré cela ils s'admirent comme des gens extraordinaires. Persuadés que la piété suprême consiste dans l'ignorance la plus crasse, ils se font une gloire de ne pas même savoir lire. Lorsque, dans leurs églises, ils sont occupés à braire d'un air stupide les psaumes qu'il ne comprennent pas, ils sont très persuadés que Dieu, les anges et tous les saints du Paradis prennent beaucoup de plaisir à les entendre. Il y en a parmi eux qui, fiers de leur malpropreté et de leur misère, vont de porte en porte demander l'aumône avec une arrogance et une effronterie extrêmes. Auberges, voitures, coches de terre, coches d'eau, on les rencontre partout ; partout ils vous assiègent et vous arrachent, à force d'importunités, des aumônes dont ils privent les vrais pauvres. — Tels sont les illustres personnages qui, par leur saleté, leur ignorance, leur grossièreté et leur imprudence, prétendent nous retracer la vie des apôtres. »

« Produisons un peu sur la scène, dit la Folie, les rois et les princes qui m'honorent presque tous de la meilleure foi du monde, et parlons ouvertement de ces gens qui suivent ouvertement mes lois. Si les souvenirs avaient une demi-once de bon sens, leur condition ne serait-elle pas la plus triste et la plus malheureuse de toutes les conditions ? Se trouverait-il un seul homme qui pensât qu'une couronne mérite

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Clinique médicale des Enfants. *Troubles de la croissance, de la puberté, de la nutrition et des glandes endocrines*, par P. NOBÉCOURT. Un volume de 460 pages, avec 218 figures, 60 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les troubles de la croissance, de la nutrition et des glandes endocrines sont très fréquents chez les enfants de tous âges, pendant la première, la deuxième et la troisième enfance ; à chacune de ces périodes, ils revêtent des modalités particulières ; à la période pubérale, ils s'intriquent souvent avec ceux de l'évolution sexuelle, qui, jusque-là au second plan, prend, à ce moment, une place prépondérante.

Ils posent des problèmes d'ordre clinique, étiologique, pathogénique et physiologique, dont la solution est difficile et cependant très importante, car elle peut, le cas échéant, avoir pour conséquence une thérapeutique efficace.

Pour résoudre ces problèmes, le médecin, doit, avant tout, utiliser une séméiologie précise. Celle-ci comporte, d'une part, une étude minutieuse de la morphologie, des caractères anthropométriques, des caractères sexuels, d'autre part, un examen clinique méthodique, complété par une exploration radiologique du squelette et diverses recherches biologiques.

Le but de ce livre, qui termine la belle série des « Cliniques médicales » du Professeur Nobécourt, est d'apporter au médecin aux prises avec les difficultés de la clinique, des enseignements conformes à ces données générales et de lui présenter des malades très différents les uns des autres dans leurs manières de se comporter vis-à-vis des processus morbides.

Etapes de la neurologie dans l'antiquité grecque d'Homère à Galien, par A. SOUQUES. Un volume de 248 pages, 45 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le but de ce livre est de faire connaître l'importance des connaissances neurologiques des anciens médecins grecs.

Quand on examine attentivement les connaissances neurologiques de l'antiquité grecque, on est surpris de leur étendue et de leur profondeur. On a souvent considéré comme nouvelles des affections morbides depuis longtemps décrites : on a parfois donné les noms d'auteurs récents à des syndromes qui avaient été vus depuis deux mille ans. Ainsi en est-il de l'épilepsie Bravais-Jacksonienne, signalée par Hippocrate, Arétée, Soranus et Galien.

« Quand on pense, écrit l'auteur, au peu de moyens dont disposaient les anciens, à l'interdiction de la dissection et de l'autopsie du corps humain, à l'inexistence du microscope, on reste rempli d'admiration pour leur œuvre anatomique, physiologique et clinique. Les modernes vont vivre sur cette œuvre presque jusqu'au XIXe siècle. »

Au point de vue médical, l'antiquité grecque peut commencer à Homère et finir à la chute de l'empire romain. Elle s'étend ainsi sur une quinzaine de siècles. Au cours de ces quinze siècles, la neurologie grecque a parcouru sept étapes présentant trois phases brillantes où dominent les noms d'Hippocrate, d'Hérophile, d'Erasistrate et enfin de Galien et quatre périodes obscures.

Ces différentes phases forment les divisions naturelles de cet ouvrage.

Les maladies des fosses nasales, par J. TERRACOL, avec la collaboration des Professeurs J. DELMAS, J. MARGAROT, P. LAMARQUE et de MM. A. DEBIDOUR, Ch. DEJEAN, H.-L. GUIBERT, J. TARNEAU. Un volume de 554 pages, avec 223 figures. Cartonné toile : 130 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cet ouvrage constitue une mise au point très complète, de toutes nos connaissances valables sur les maladies des fosses nasales jusqu'à l'année 1936. Cette mise au point était nécessaire pour les spécialistes oto-rhino-laryngologistes car il n'existe dans la littérature médicale, en dehors des précis ou des fascicules, réservés aux médecins non-spécialisés ou aux étudiants, que des œuvres fragmentaires.

Ce livre étudie toutes les affections médicales ou chirurgicales des fosses nasales ; c'est une œuvre synthétique où chaque affection est détaillée, théoriquement et pratiquement, surtout au point de vue thérapeutique.

Le livre est divisé en deux parties principales, la pathologie générale et la pathologie spéciale.

La pathologie générale rassemble les grandes questions qui dépassent le cadre de la rhinologie pure et empruntent à tous les domaines limitrophes et éloignés (l'olfaction, l'insuffisance respiratoire nasale, les céphalées les troubles vaso-moteurs, les manifestations allergiques, etc.). L'étude de ces questions nécessite l'étroite collaboration du médecin spécialisé avec le neurologue, l'ophtalmologiste et le travailleur de laboratoire.

La pathologie spéciale repose sur des bases plus sûres, surtout au point de vue thérapeutique. Elle envisage toutes les affections nettement caractérisées, tant médicales que chirurgicales (fractures, infections, tumeurs, etc.).

Dans la rédaction de tous ces chapitres, il a fait appel à la collaboration de médecins qualifiés et spécialisés, notamment le Professeur J. Delmas pour l'anatomie, le Professeur Margarot pour la syphiligraphie, le Professeur Lamarque pour la radiologie.

Le Docteur Debidour (du Mont-Dore) a traité toutes les manifestations allergiques et la thérapeutique hydrominérale des affections nasales.

Le Docteur Tarneaud a mis au point le rôle du nez dans la phonation.

Le Docteur Dejean a clarifié l'importante question, au point de vue pratique, des rapports naso-oculaires et enfin le Docteur Guibert a rédigé toute la partie anatomo-pathologique, qui illustre abondamment toutes les pages de l'ouvrage.

Le texte est complété par de nombreux dessins et schémas (thérapeutique chirurgicale) et par une riche inocographie.

A la fin de chaque chapitre figure une bibliographie des travaux récents.

Divers

Les grands écrivains de France illustrés : XVIII[e] siècle, par MM. ABRY, CROUZET, BERNÈS et LÉGER. 1 vol. cart. 308 illustr. Prix : 25 francs. Didier, édit., 4, rue de la Sorbonne, Paris.

Autant de beaux tableaux que de belles pages ; rapprochement continu entre la littérature et les arts qui fournit autant de découvertes pour l'esprit que de plaisir pour les yeux ; c'est ce qu'apporte pour la première fois cette anthologie illustrée, dont le fascicule 5 : XIX[e] et XX[e] siècles paraîtra prochainement.

Virgile Enéide. Tome II (VII-XII). Texte établi par R. DURAND, professeur honoraire à la Faculté des Lettres de Paris, et traduit par A. BELLESSORT, de l'Académie française. (Collection des Universités de France, publié sous le patronage de l'Association Guillaume Budé). Exempl. sur vélin 25 fr. Exempl. numéroté pur fil Lafuma 50 fr.

Le texte de ce second et dernier volume de l'Enéide a été établi avec une scrupuleuse exactitude par M. René Durand. La traduction de M. André Bellessort rend avec précision et élégance l'art à la fois subtil et vigoureux du « plus grand peintre de l'Antiquité ».

Avec les Bucoliques, les Géorgiques et l'Énéide, le lecteur de la collection des Universités de France dispose maintenant de l'œuvre complète du poète mantouan.

Histoire de l'Orléanais, par R. CROZET, 1 vol. Prix : 20 francs. Boivin, édit., 3 et 5, rue Palatine, Paris.

L'histoire de la France est si riche de faits qui se situent à Orléans même ou dans les environs de cette ville, qu'on s'imagine volontiers une histoire de l'Orléanais comme un compartiment provincial de l'histoire nationale — qui se chargerait, en effet, d'écrire un tel ouvrage, sans consacrer quelques pages à l'invasion des Huns, à la politique capétienne tenant ses assises à Orléans avant de les étabir à Paris, à l'épopée de Jeanne d'Arc, au meurtre des Guise ou aux tragiques combats de 1870 ?

Mais ceci n'est qu'une partie de la tâche qui s'impose à quiconque aborde le récit de l'histoire d'une province. L'unité administrative qui répond à une conception relativement moderne de la vie régionale est en réalité, une création mouvante en perpétuel devenir, et, elle prend ses racines dans le sol. C'est, ici, la Beauce uniforme et nue, la Solonge longtemps soufreteuse, avec, entre elle deux, le sillon de clarté du val de Loire. Mais, ne voir dans la formation d'une unité régionale que la marque de l'influence du soi, ce serait faire trop large part à un déterminisme géographique mal compris, et faire trop bon marché des œuvres humaines. Il faut consentir à la géographie historique une assez large place, ce faisant, nous tendrons vers une histoire vraiment orléanaise.

D'autre part, si les œuvres humaines sont passagères en matière politique ou administrative, elles ont plus de chances de surv vre quand elles se concrétisent dans les manifestations de la pensée et de l'art. L'Orléanais a engendré assez de faiseurs de bons livres en vers et en prose, son sol porte assez de beaux monuments de tous styles, pour qu'il y ait place dans cet ouvrage pour de nombreuses pages d'histoire littéraire et artistique.

Enfin, si nous croyons avoir suivi les principaux chemins nous menant au but vers lequel nous tendions, nous avons, à dessein, négligé d'étroits sentiers menant vers les recoins trop obscurs pour prendre place dans un cadre nécessairement restreint. Voici cependant une Histoire de l'Orléanais qui prend sa place légitime à la suite des autres provinces. Elle ne pouvait tout contenir. Puisse-t-elle, au moins, fixer, au passage, les traits essentiels de l'une des plus « Vieille France » de nos vieilles provinces de France.

Revue d'Histoire littéraire de la France. Paraît tous les trois mois. Abonnement : France : 50 francs le numéro 14 francs. Librairie Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris.

Sommaire du numéro de janvier-mars 1936 :

I. DORIS A. CUFF. — Introduction à une étude sur Marguerite de Lussan et le roman historique au commencement du XVIII[e] siècle.

E.-B. ABBOTT. — Robineau, dit de Beaunoir, et les petits théâtres du XVIII[e] siècle

II. *Mélanges.* — « Germinavit radix Jesse » (Gargantua, XXXIX[e] (Marcel Duchemin). — Racan en Poitou, d'après quatre actes inédits (Louis Arnould). — La question de la grâce dans « Polyeucte » (Pierre Martino). — Un nouveau fragment autographe du manuscrit des « Martyrs » (Victor Giraud). — Toujours le manuscrit des « Natchez » (Marcel Duchemin). — P.-L. Courier et Van Praët (P.-M. Boudois). — A propos de « La Comédie humaine » (M.-J. Durry). — Notes sur Alfred de Vigny (J. Giraud). — A propos des notes sur les sources de la préface de « Cromwell » (J.-G. Cornell). — Fustel de Coulanges, éditeur de Tite-Live (J.-M. Carrière). — Une vingtaine de lettres inédites (*suite*) (Richemond-Laurin Hawkins).

III. *Compte rendus.* — Eugénie Droz : Le recueil Trepperel (R. Lebègue). — Frédéric Lavrèche : Un joueur de luth et compositeur des cours princieres auteur dramatique et poète, Charles de Lespine, Parisien, et sa « Brève description de plusieurs royaumes et provinces étrangères et de quelle façon l'on est accoutumé de vivre dans tous ces pays (1612-1621) » (René Bray. — René Bray : Molière, « Théâtre » de 1655 à 1660 (L'Etourdi, Dépit amoureux, les Précieuses ridicules, Sjanarelle) ; La Fontaine : « Fables » ; — Chronologie du romantisme (1804-1830) (D. Mornet). — A. Dupuoy, Lesage, Histoire de Gil Blas de Sautillane (D. Mornet). — A. Bachman : Censorship in France from 1715 to 1750 : Voltaires opposition (D. Mornet). — Ernest Lebègue : Boursault-Malherbe, comédien, conventionnel, spéculateur (1752-1842) (M. Fuchs). — Gotthold otto Schmid. Marmontel. Seine moralischen Erzählungen und die deutsche Literatur (Pierre Moreau). — Gustave Rudler : « Adolphe » de Benjamin Constant (D. Mornet). — W.-T. Baudy : Baudelaire judged by his contemporaries (1845-1867) (J. Pommier).

IV. *Chronique.*

d'être achetée par le parjure ou le parricide, s'il avait considéré quel fardeau accablant s'est imposé celui qui veut remplir exactement tous les devoirs d'un bon prince ? En effet, un homme, qui s'est chargé de gouverner une nation, a renoncé à ses propres intérêts pour consacrer toute sa vie à ceux de la République. — Occupé sans cesse du bonheur de son peuple, il doit montrer une soumission scrupuleuse aux lois, lui qui réunit dans sa personne le pouvoir législatif et le pouvoir exécutif, il doit répondre de l'intégrité des ministres et des magistrats ; songer qu'étant exposé, lui seul, aux yeux de tous, il peut, par la sagesse de sa conduite, ressembler à un astre bienfaisant dont les douces influences répandent le bonheur sur la terre, ou, tel une comète funeste, semer partout la désolation et la mort. Il doit savoir que les vices des particuliers se remarquent à peine dans la foule, et que les effets n'en sont pas si funestes ; mais qu'un prince, par son élévation, est placé de manière que la moindre faute contre son devoir devient une source empoisonnée qui roule avec impétuosité le malheur au milieu de ses sujets. La naissance, les plaisirs, la liberté, la flatterie, le luxe et mille autres choses attachées à la condition des rois, les détournements ordinairement de leur devoir ; quel courage ne doit donc pas avoir celui qui a résolu d'y rester attaché ? Avec quelle attention ne doit-il pas veiller sur lui-même pour n'être pas séduit par ces sirènes enchanteresses qui cherchent sans cesse à l'en éloigner ? Et, sans parler des embûches, des haines et des autres dangers, qui menacent continuellement les jours d'un bon prince, ne doit-il pas songer qu'il rendra bientôt au roi des rois un compte exact de toute sa conduite, compte d'autant plus terrible que l'empire qui lui aura été confié sera plus étendu ? Oui, si les princes faisaient toutes ces réflexions, et ils les feraient s'ils étaient sages, je ne crois pas qu'ils pussent goûter dans toute leur vie un seul instant de repos et de plaisir. Mais j'ai soin d'écarter d'eux toutes ces inquiétudes chagrinantes, et c'est moi qui leur inspire de se reposer sur les Dieux des soins de leur empire. Plongés dans la mollesse et les plaisirs, ils éloignent tout ce qui peut faire naître dans leur âme la moindre apparence de soins et d'inquiétude, et n'admettent dans leur familiarité que ceux qui savent les flatter sans cesse par des discours agréables. Ils croient remplir à merveille tous les devoirs de la royauté, en allant tous les jours à la chasse, en entretenant de superbes chevaux, en vendant à leur profit les charges et les emplois, en iimaginant tous les jours de nouveaux moyens pour diminuer et faire passer dans leurs coffres les biens de leurs sujets. Il est vrai qu'en ceci ils n'agissent pas sans quelque précaution ; ils trouvent mille prétextes pour autoriser leurs vexations et donner l'apparence de la justice aux choses du monde les plus injustes, et ils ne manquent jamais de flatter un peu le peuple qu'ils dépouillent, afin de se ménager son affection du moins en quelque manière. »

Erasme continue par la bouche de la Folie :

« Les Papes, qui sont les vicaires de Jésus-Christ sur la terre, ne méneraient-ils pas aussi la vie la plus triste et la plus désagréable, s'ils allaient entreprendre de marcher sur les traces de ce divin Sauveur, s'ils s'efforçaient d'imiter sa pauvreté, ses travaux, sa doctrine, ses souffrances et son mépris pour les choses d'ici-bas ; s'ils songeaient que le mot « Pape » signifie « Père » et que le titre de « Très-Saint », dont les honore, les avertit de s'en rendre dignes ? Après toutes ces réflexions, quel est l'homme qui voudrait sacrifier tout son bien pour acheter une place si difficile à remplir, ou employer le fer, le poison et toutes sortes de violences pour la conserver après l'avoir acquise ? De quelle foule d'agréments et de commodités de toute espèce ne se priveraient pas tout à coup les Papes, s'ils allaient s'aviser un jour d'avoir de la sagesse ? que dis-je, de la sagesse ? s'ils avaient seulement un grain de sel dont parle Jésus-Christ ? A tant de richesses, d'honneurs, de puissance, de victoires, de charges, de dignités, d'emplois, d'impôts, de grâces, d'indulgences, de chevaux, de mulets, de gardes et de voluptés de toute espèce, on verrait succéder tristement les veilles, les jeûnes, les larmes, les prières, les sermons, les études, les soupirs et mille autres misères semblables. Mais que deviendraient tant de scribes, de copistes, de notaires, d'avocats, de promoteurs, de secrétaires, de muletiers, de palefreniers, de banquiers, de maque... ? (j'allais lâcher un mot trop gaillard ; ne blessons pas les oreilles chastes). Toute cette multitude de gens qui est si onéreuse... si honorable, voulais-je dire, pour la cour de Rome, serait réduite à mourir de faim. Ce serait un grand mal ! Mais ce qui serait encore bien plus inhumain, bien plus horrible, bien plus abominable, ce serait de vouloir réduire les Princes de l'Eglise eux-mêmes, ces véritables lumières du monde, au bâton et à la besace. Ne craignons point ce malheur pour nos très saints Pères. — Ils laissent à Saint-Pierre et à Saint-Paul, qui ont du temps de reste les peines et les travaux de la papauté, et gardent pour eux les honneurs et les plaisirs qui environnent aujourd'hui le Saint-Siège apostolique. »

« Or, c'est moi qui fais que les saints pontifes sont ceux de tous les hommes qui mènent la vie la plus molle et la plus voluptueuse, et qui ont le moins d'inquiétude et de chagrin ; c'est moi qui leur persuade que Jésus-Christ a lieu d'être content d'eux, lorsque, revêtus de leurs habits mystiques et pour ainsi dire dramatiques, ils jouent le rôle de pasteurs de l'Eglise en faisant une multitude de petites cérémonies, en se qualifiant de Béatitude, de Révérence, de Sainteté, enfin en répandant sur la terre toutes sortes de bénédictions et de malédictions. »

« La fortune aime les insensés. La sagesse rend les hommes timides Les fous, au contraire, nagent dans l'opulence, gouvernent les empires, en un mot jouissent du sort le plus heureux et le plus florissant.

« La folie n'a-t-elle pas été célébrée par Horace, Cicéron, Salomon, L'Ecclésiaste, Jésus-Christ, Saint-Paul. La religion est tout à fait conforme à une espèce de folie et directement opposée à la sagesse. »

« Mais, à propos, dit la Folie, j'oublie que je vous ai promisde finir. Au reste, si vous trouvez que j'ai un peu trop babillé ou qu'il me soit échappé quelque extravagance un peu trop forte, souvenez-vous, je vous prie, que c'est la Folie, souvenez-vous que c'est une femme qui vient de vous parler. Mais rappelez-vous aussi ce proverbe grec : « *Un fou dit quelquefois de bonnes choses* », à moins que vous ne pensiez pourtant que les femmes font une exception à cette règle générale. »

« Je vois bien, continue-t-elle, que vous attendez une péroraison ; mais en vérité, vous vous trompez fort, si vous croyez que j'ai gardé dans ma mémoire tout le verbiage que je viens de vous débiter. — Les Grecs disaient autrefois : « *Je hais un convive qui a trop bonne mémoire* », — et moi je vous dis à présent : « *Je hais un auditeur qui se souvient de tout.* » — Adieu donc, illustres et chers amis de la Folie, applaudissez-moi, portez-vous bien et divertissez-vous. »

Cet ouvrage eut un retentissement prodigieux. Les croyants n'eurent pas tort de le considérer comme une terrible satire de l'Eglise. Les abus qu'on lui reprochait avaient été signalés de longue date, mais l'Eloge de la Folie semble avoir ouvert la porte à la Réforme. Ce fut le « coup de trompette qui précède la bataille » (Amiel). Il y eut 27 éditions de la Folie du vivant d'Erasme. La Sorbonne condamne l'ouvrage en 1542, six ans après la mort d'Erasme.

Erasme, en s'attaquant aux travers, aux ridicules, aux défauts et aux vices de son temps, a fait simplement œuvre de satirique et de polémiste. Il ne s'est guère intéressé aux anormaux et point du tout aux fous véritables. Il n'a vu que les travers de l'homme en annonçant qu'il décrivait la folie. Notre immortel Molière en décrivant les travers des hommes nous a peint au contraire de véritables types psychiatriques.

***

Erasme a fait école. Ne trouvons-nous pas chez quelques modernes une paraphrase de ses paradoxes ; dans cette collection des *Eloges* publiés il y a quelques années. « Il y a des défauts commodes, utiles, nécessaires », ont dit dans leur avertissement les éditeurs de ces Eloges.

Dans son « *Eloge du Mensonge* », Etienne Rey nous dit :

« Le grand attrait du mensonge, c'est qu'il a quelque chose de personnel. Il vous appartient, il est votre œuvre, tandis que la vérité vient du dehors, on la subit, elle ne se laisse pas manier à votre gré. » — « Ne confondez pas le mensonge avec l'hypocrisie et la perfidie : l'un est l'art de faciliter, d'embellir la vie, les autres ne sont que de méchants défauts... »

« L'amour existerait-il sans le mensonge ? N'est-il pas au contraire un vaste mensonge, un enchaînement continu de duperies et de malentendus ? La femme est la dupe de l'homme, à moins que ce ne soit le contraire... Il est dans la loi de l'amour que les amants cherchent à donner d'eux-mêmes l'idée la plus flatteuse... A la minute redoutable de la possession, que d'accords ne pourraient se faire, que d'unions seraient vite rompues si l'on ne dissimulait parfois certaines déceptions, si l'on n'avait l'art de laisser croire que le plaisir reçu est aussi grand que le plaisir donné, si l'on ne rusait pas, en attendant un bonheur qui parfois se refuse avant de se laisser saisir.....

... Les savants, eux-mêmes, ne dédaignent pas de se servir du mensonge comme d'une méthode utile. Qu'est-ce, très souvent, qu'une hypothèse scientifique ? Tout bonnement l'art de plaider le faux pour savoir le vrai..... »

André Beaunier fait *l'Eloge de la Frivolité*, en l'opposant à l'orgueil, à l'avarice, à la luxure, à l'envie, à la goinfrerie, à

la colère, à la paresse. « La frivolité aide souvent les âmes à n'être point enlaidies, mais embellies par le péché et la souffrance... »

Faisant *l'Eloge du Désordre*, Gérard Bauer rappelle la phrase de M. de Bonald : « Toute révolution n'est qu'un effort que fait la Société pour revenir à l'ordre. Et il ajoute :

« Il faut donc parfois concevoir le désordre lui-même comme un bienfait. »

« L'ordre crée un automatisme qui enlève l'esprit d'initiative... Le désordre est une réaction de défense contre l'automatisme et la stérilité des existences trop ordonnées. »

« L'harmonie est l'expérience du désordre : sans le désordre... on n'eût jamais établi les notions que nous possédons de l'harmonie. »

« Le désordre n'aurait-il que cette vertu, par l'effet des pertes auxquelles il nous condamne, de nous apprendre à ne pas trop tenir à ce que nous possédons, de nous montrer constamment que nos biens peuvent nous fuir, qu'il faudrait le louer d'un tel enseignement. Ainsi, tout s'accordant, je crois, dit Gérard Bauer, que les existences désordonnées sont celles qui souffrent le moins de la pensée de leur fin. La vie est un bien qu'il faut toujours perdre : les natures ordonnées y croient parer en surveillant minutieusement l'économie de leurs jours Mais l'ordre le plus strict, le plus avare, ne prévaut point contre le temps : il est finalement dévoré ; le désordre non plus : du moins enseigne-t-il mieux que l'ordre à ne pas trop tenir à ce qui lui sera fatalement retiré un jour... »

Bonnard fait *l'Eloge de l'Ignorance* : « apprendre, c'est en quelque sorte vieillir... L'ignorance fait de grands rêves... »

Latzarus fait *l'Eloge de la Bêtise*, qu'il distingue de la sottise : « La Bêtise provient de l'ignorance, d'un esprit sans portée, d'une intelligence sans lumière et même parfois d'une intelligence distraite ou mal informée de certaines choses ».

« Seuls sont heureux les imbéciles, et seule la bêtise est couronnée en amour ou en affaires... »

« Et en politique «... c'est par la bêtise que l'on agit sur une majorité qui, par définition, est bête... »

« La bêtise est enviable. Elle épargne à ses favoris les inquiétudes qui torturent tous ceux qui pensent. Elle les comble de cette heureuse audace qui est le privilège de l'inconscience... »

C'est dans un sens analogue qu'on a interprété quelquefois le Beati Pauperes Spiritu du Sermon sur la Montagne dans l'Evangile selon Saint-Mathieu.

Une maîtresse de maison accomplie, qui était doublée d'une gouvernante d'un dévouement remarquable mais automatique, disait à son mari : « Quel dommage qu'elle soit si bête ». Et son mari de lui répondre : « Si elle ne l'était pas, chère amie, ferait-elle un tel métier ? ». Il faut, en effet, des intelligences de degrés divers dans les divers échelons de la Société.

Eugène Marsan fait *l'Eloge de la Paresse* et rappelle l'opinion de La Rochefoucauld « Le repos de la paresse est un baume secret qui suspend soudainement les plus ardentes poursuites. »

« L'oisiveté est la halte et la couronne du travail... »

André Maurois, dans les *Discours du Docteur O'Grady*, et dans les *Silences du Colonel Bramble*, a, lui aussi, développé quelques paradoxes sur l'intelligence et sur la folie.

Le Peintre Beltarra dit :

« Vous auriez du talent si vous n'étiez affligé d'une certaine culture. Il faut qu'un artiste soit un crétin. Les seuls parfaits sont les sculpteurs, — les paysagistes viennent ensuite, puis les peintres en général, puis les musiciens, puis les écrivains. Les critiques ne sont pas bêtes du tout et les hommes vraiment intelligents ne font rien... »

« L'art est un jeu. L'intelligence est un métier. Tenez, moi, dit-il, depuis que je ne touche plus à mes pinceaux, je me surprends parfois à penser : c'est inquiétant. »

« Il y a peu d'hommes vraiment brillants qui n'aient au moins un fou parmi leurs ancêtres. Le monde moderne a été fondé par trois épileptiques : Alexandre, Jules César et Luther, sans parler de Napoléon qui n'était pas parfaitement équilibré. Et c'est un fait connu que la syphilis est la cause habituelle du génie. »

Le Docteur O'Grady continue :

« Un homme trop fin pour la classe où le hasard l'a fait naître est d'abord simplement jaloux et malheureux. Mû par ces sentiments, il construit ensuite une critique véhémente de la Société pour expliquer ses déboires et ses haines. Nietzsche avait du génie parce qu'il avait le délire de la persécution. Karl Marx était un dangereux maniaque. Seulement, quand les sentiments de mécontentement qu'il s'agit d'expliquer sont ceux de toute une classe ou de toute une nation, le théoricien passionné devient un prophète ou un héros, tandis que s'il se borne à expliquer qu'il aurait préféré naître empereur, on l'enferme.

« — Morale, dit le Major Pinker, enfermez tous les théoriciens.

— « Et les docteurs, dit le colonel (Bramble).

— « Non pas tous, dit le Docteur (O'Grady) et il continue :

« Nous agissons là-dessus tout comme faisaient les anciens. — Tous les peuples primitifs ont admis que le fou est habité par un démon. Quand ses propos incohérents s'accordent à peu près avec les préjugés moraux de l'époque, le démon est bon et l'homme est un saint. Dans le cas contraire, le démon est mauvais et l'homme doit être supprimé. Suivant les lieux, les temps et les médecins, la sybille sera adorée comme prêtresse ou douchée comme hystérique. D'innombrables fous furieux ont dû échapper au cabanon grâce à la guerre, et leur fureur en a fait des héros. Et dans tous les Parlements, il y a au moins cinq à six fous indiscutables, que leur folie même a désignés à l'admiration de leurs concitoyens. »

— « Dites cinq ou six cents, dit le Major Parker, et voilà la première parole sensée que vous ayiez prononcée ce soir. »

Et à l'appui de l'opinion d'O'Grady, rappelons que le démon avait une origine divine chez les anciens et qu'il est devenu diabolique au moyen âge.

Si les auteurs modernes ont entendu plaider l'indulgence pour les travers humains, ou même en vanter l'utilité, Erasme lui avait voulu profiter des privilèges d'un bouffon, d'un Rigoletto, pour fustiger impunément les grands, les rois, les théologiens, les papes. Mais, à envisager un *Eloge de la Folie* du point de vue psychiatrique, et cette fois sans paradoxe, nous pourrions trouver maints arguments prouvant que les états psychiques morbides ont permis l'éclosion de belles œuvres ou de grandes actions.

***

Si Erasme nous a fait défiler des types psychologiques, dont il a voulu nous dépeindre les ridicules, en nous montrant qu'ils peuplent le monde, et représentent dans leur ensemble notre société, il conviendrait à nous, neuro-psychiatres, de montrer combien de types morbides dans l'humanité sont compatibles avec le génie.

Je ne voudrais pas reprendre ici l'étude des rapports du Génie et de la Folie, à laquelle est attachée le nom de Moreau de Tours.

Moreau, de Tours, médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière, a publié, en effet, en 1859, une étude intitulée : « *La Psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'Histoire* » ou de l'influence des maladies sur le dynamisme intellectuel, et incline vers l'opinion que la névropathie est une condition du Génie.

Avant lui, Lelut, médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière, dans sa « *Physiologie des hommes livrés aux travaux de l'esprit* » (1843), avait dit « Folie et Génie sont congénères, *in radice conveniunt* ».

Boerhave avait dit : « La mobilité extrême du cerveau et des nerfs est nécessaire au Génie, mais cette mobilité ne peut exister sans faiblesse, au lieu que la solidité qui fait la force demande des nerfs trop raides pour pouvoir penser ».

Génie et Folie ont toujours voisiné. Montaigne disait : « Il n'y a qu'un demi-tour de cheville pour passer de l'un à l'autre ».

Napoléon disait à Pinel : « Entre un homme de génie et un fou, il n'y a pas l'épaisseur d'une pièce de six liards. Il faut que je prenne garde de tomber entre vos mains ».

Et n'est-ce pas une locution proverbiale de s'appeler l'imagination « La Folle du Logis » ?

Emile Deschanel, dans sa « *Physiologie des Ecrivains et des Artistes* » ou « *Essai de critique naturelle* », est d'avis que l'opinion de Moreau, de Tours constituée un paralogisme, celui qu'on désigne par *Cum hoc ergo propter hoc* ». Par contre, Lombroso a vu dans le génie une forme larvée de l'épilepsie. Toulouse, dans une enquête médico-psychologique sur les rapports de la supériorité intellectuelle avec la névropathie,

déclare : « On peut admettre la théorie de Moreau de Tours qui déclare que le génie a pour condition un tempérament névropathique, c'est-à-dire l'état de ceux chez lesquels les émotions sont fréquentes et intenses, et qui sont voués de par leur nature à toutes les lésions fonctionnelles et organiques du système nerveux ».

Mais la névropathie peut être la conséquence et non la cause de la supériorité intellectuelle, elle peut en être indépendante ou représenter les deux expressions de mêmes conditions communes.

Au surplus, le Génie n'est pas que l'expression d'aptitudes innées. L'esprit souffle où il peut et, comme dit Toulouse, si la Révolution française avait été arrêtée en 1789, on ne pourrait dire ce que serait devenu Bonaparte. L'étudiant même bien doué qui veut devenir un maître doit choisir les patrons qui le pousseront.

Il faut ainsi tenir compte du fait que certains individus, atteints d'une tare physique, intellectuelle, ou d'une infériorité sociale, s'efforcent, par une tension de leur énergie, à conquérir une certaine supériorité. Erasme en était un exemple, par le caractère, alors considéré comme infâmant, de sa naissance et par son infériorité physique. Et par sa vie vagabonde comme par les contradictions n'est-il pas un exemple d'instabilité psychique.

Envisageons, maintenant, quelques types classiques mentaux, en cherchant à dégager l'influence qu'ils peuvent avoir sur le Génie. Tout d'abord, l'hypocondrie et la constitution hypocondriaque que notre Président du Congrès de Lille, le Professeur Abadie, a réhabilitée en la rangeant dans le chapitre des constitutions mentales morbides.

« C'est un genre de mélancolie provoquée par des troubles digestifs, dus à un amas d'atrabile dans le cerveau » — c'est la maladie des hypocondres, c'est la maladie mirachiale des Arabes (de mirach — ventre). Saint-Paul en voyait la maladie des ventres paresseux. Abadie la définit : l'exagération du souci de sa propre santé et la recherche excessive de la défense de celle-ci. Félix Plater disait en 1609 : « Ils fatiguent les médecins. Ils désirent avec ardeur leur guérison. Ils essaient divers remèdes et, à moins qu'ils ne se trouvent bientôt soulagés, ils changent de médecins et de médicaments ». Abadie montre, qu'associée à l'hyperémotivité constitutionnelle, elle se traduit par une anxiété orientée vers les phobies et les obsessions.

Mais ces troubles psychiques ou névropathiques sont quelquefois l'occasion de grandes manifestations de l'esprit. Aristote a dit que les grands philosophes, les grands politiques, les grands poètes, les grands artistes, étaient mélancoliques. Emile Deschanel ne dit-il pas que les hypocondriaques sont loin d'être rares parmi les hommes d'un génie véritable ? Les anxieux ne sont-ils pas dans la vie, par leurs scrupules, des hommes d'ordre et de précision et, quelquefois, de remarquables organisateurs, et des déséquilibrés psychiques n'ont-ils pas été à l'origine d'actions remarquables ou de vies exemplaires comme celles des héros et des saints ?

Dans son étude sur l'*hérédo*, Léon Daudet, tout en opposant le désarroi héréditaire à l'intelligence maîtresse d'elle-même n'admet-il pas que les génies sont dus à une « décharge héréditaire » ?

***

Et, pour passer de ces généralités à des cas concrets, nous pourrions citer maintenant nombre de génies chez lesquels la tare morbide a été la condition d'œuvres remarquables dans des sens divers.

Je pourrais puiser, chez les auteurs que je viens de citer, nombre d'exemples typiques.

Deschanel cite le cas de Pascal qui, en bonne santé, écrit les « Provinciales », étincelantes d'esprit et de raison, modèles d'ironie et d'éloquence ; malade et infirmier (ayant failli être précipité de la Seine au Pont de Neuilly), il écrit les « Pensées » où il préconise comme un moyen de progrès moral l'asservissement de l'esprit.

La mélancolie et la misanthopie de Beethoven, provoquées par sa surdité l'ont amené à se renfermer dans son art et à prendre la musique « comme la langue sacrée qui pouvait élever jusqu'à Dieu les passions humaines ». Peut-être faut-il faire intervenir comme autres facteurs son alcoolisme et son hydropisie.

Récemment, Laignel-Lavastine, étudiant la psychose périodique dans l'Histoire, dans la Littérature et dans l'Art, a mis en relief ce syndrome dans le psychisme d'Héraclius et de Danton.

Notre collègue, le Professeur Loeper, a fait une conférence sur les musiciens devant la Médecine. Dans cette étude très complète, Loeper montre que les musiciens ont une hypersensibilité spécifique. « Les médecins, dit-il, sont des plaques sensibles de la nature. L'anxiété de Massenet est proverbiale. La douleur des musiciens prend le monde entier à témoin et amène la création de la « Damnation de Faust » ou de « Tristan et Isolde ». Les souffrances physiques de Chopin tuberculeux et psychasthénique ont eu comme contre-partie des partitions géniales. Schumann eut six grandes crises psychques avant son suicide. Et, opposant les musiciens sains et équilibrés à ces génies morbides, Loeper conclut : « La maladie a pu stimuler le génie, en accroître la verve, la truculence ou l'expression, mais elle n'a pas à elle seule pu faire le Génie ».

Cette opinion, émise sur les génies musicaux morbides, peut s'appliquer aussi à nombre d'hommes illustres, de littérateurs ou d'artistes : je ne puis pas analyser ici le psychisme de Socrate, de César, d'Alexandre, de Molière, de Bonaparte, du Tasse, d'Edgar Poe, d'Alfred de Musset, de Victor Hugo, de Guy de Maupassant, de Baudelaire, de Flaubert, d'Oscar Wilde, de Goya, qui ont déjà exercé la critique des neurologistes et des psychiatres.

Je reviendrai cependant sur Luther que nous avons rencontré dans ses rapports avec Erasme. Il nous apparaît dans ses « Propos de Table » avec une âme débordante de passion et de vie ; mais il avait des troubles physiques qui peuvent expliquer sa misanthropie, ses violences. Il semble avoir eu aussi, avant la Réforme, l'angoisse de la tentation sexuelle : au couvent, il fatiguait ses supérieurs et confesseurs de ses scrupules et de ses manquements imaginaires. Ses angoisses disparurent lors de l'événement de la Tour (das Turmerleibniss) à la Cloaca, où il eut l'illumination divine. Il semble même avoir eu des hallucinations et peut-être des idées de persécution. Il raconte ainsi une hallucination qu'il eut au Château de la Wartburg, où il s'était retiré : il avait la terreur de la solitude depuis son enfance, et sa claustrophobie semble s'être accentuée à la Wartburg :

« Or, le diable survint pendant la nuit, sortit de ma boîte toutes les noisettes, qu'il brisa contre l'un des pieds de mon lit, en faisant de la sorte un violent tintamarre. Je n'y prêtai aucune attention et j'allais même glisser au sommeil lorsqu'éclata dans l'escalier un épouvantable fracas, à croire qu'un tas de barriques vides roulaient de marche en marche. Je n'étais pas sans savoir que de solides herses de fer barraient l'escalier de manière à interdire l'accès par en bas comme par en haut ; mais je sautai néanmoins hors de mon lit pour me rendre compte de ce qui se passait. Trouvant alors la porte close, je m'écriai : « Ah ! tu es là ? Restes-y. Je me recommande à Jésus-Christ dont il est écrit : Tu as soumis toute chose à tes pieds. — Sur quoi, j'allai me recoucher ».

Dans ses « Propos de Table » il dit aussi :

« A l'âge où je suis à présent parvenu, rien ne me pique ou ne me préoccupe sauf la persécution du diable qui déambule avec moi dans ma chambre à coucher et se rit férocement de moi. Dès que ses tentatives échouent contre mon cœur, il s'attaque à ma tête et me cause une extrême tribulation. Il m'inspire souvent des doutes sur la prière et insinue dans mon âme l'idée que j'omets de faire oraison avec assiduité. Le diable me harcèle si fort avec ses chicanes retorses et perfides que mon front est souvent baigné d'une sueur d'angoisse. Il m'arrive fréquemment de percevoir par le toucher et la vue qu'il dort plus près de moi que ma femme Catherine, en d'autres termes, qu'il me persécute plus qu'elle ne me réconforte et ne me donne de contentement. »

Pour conjurer le Malin, il vidait une canette de bière de Torgau ou s'adonnait à la musique. Mais, dans sa riche complexion, Luther trouva aussi la foi en Jésus-Christ, l'ardeur

combative et l'esprit nationaliste, qui le firent triompher et accomplir la grande œuvre de la Réforme.

***

Pour terminer cette courte étude sur les rapports du génie et des tares physiques, je voudrais rapporter aussi l'exemple de J.-J. Rousseau qui appartient à la Suisse et à la France :

Le Docteur Tronchin, qui fut son contemporain et qui eut des controverses avec lui, en particulier sur la question des cercles à Genève, a cru à une perturbation morale provenant de l'exagération de son orgueil. Rousseau croyait, du reste, que Tronchin s'entendait avec Voltaire : ce dernier traitait d'ailleurs de « fou, philosophe des petites maisons, orgueilleux, ridicule, illuminé, sombre énergumène, un je ne sais quel charlatan sauvage ».

Abadie, dans son étude, sur l'hypocondrie, que je rapportais tout à l'heure, a représenté J.-J. Rousseau comme un type parfait d'hypocondriaque qui, même vers la fin de sa vie, tomba dans l'hypocondrie délirante. Le cas de Rousseau a été l'objet de nombreuses études de Morin (1851), de Mercier (1859), Delasiauve, de Bourgeault (1883), de Sibiril (1900). Möbius (1889) avait pensé au délire raisonnant de persécution. C'est l'opinion adoptée par Gaspard Valette dans son livre sur la Folie de Rousseau, qui le considère comme un « avenaire » Genevois, homme à l'humeur rude et grondeuse, âpre et instable. Sérieux et Capgras (1909), Briand et Alombert, Toulouse, le considèrent comme un interprétateur. Sérieux et Capgras pensent que sa psychose était l'exagération hypertrophiée de son caractère orgueilleux et défiant. Citons également les études de Cabanès (1909), de Régis, de Libert, de Demole, de Froal, de Fritz Berthoud (1881). Régis en a fait un neurasthénique constitutionnel, artério-scléreux avec impulsions, exhibitionnisme, phobies urinaires et phobies diverses. Mademoiselle Elosu a fait une Etude sur la maladie de J.-J. Rousseau (1928), rappelant que Montassut et Genil-Périn ont trouvé dans la vie psychique de Rousseau, les éléments cardinaux de la constitution paranoïaque. Mlle Elosu, étudiant, à côté des troubles psychiques, les troubles urinaires, rapporte l'opinion de quelques auteurs qui ont pensé rattacher les contractions spasmodiaques de l'urètre à une valvule du col vésical ou à une sténose congénitale de l'urètre.

Rappelons, enfin, que Chatelain, de Neuchatel, a fait une étude des plus complètes sur la folie de J.-J. Rousseau : il y passe en revue toute sa vie, montrant qu'il a été un aventurier jusqu'à 32 ans, qu'il a été l'homme des contrastes, l'inconséquence faite chair.

Bernardin de Saint-Pierre a fait l'éloge de sa bonté et de sa sensibilité. Mais il portait avec excès. Parfois, timide, il donne cependant à Lausanne un concert sans savoir les premières notions de la musique. Puis, il devient méfiant et persécuté, mais ses persécutions avaient sans doute une base.

Chatelain a montré cependant que ses écrits subissent le changement opéré dans son esprit. Avant le délire, ce sont le Discours de Dijon, le Discours sur l'inégalité parmi les hommes, la Nouvelle Héloïse, le Contrat social, l'Emile, où il y a cependant un étalage du moi. Depuis le début des persécutions, ce sont la Lettre à Monseigneur de Beaumont, les Lettres écrites de la Montagne, puis les Confessions, les Dialogues, les Rêveries d'un promeneur solitaire.

Pour conclure, je rapporterai l'opinion d'Emile Deschanel sur Rousseau : « bien portant, il eût été l'écho chéri de son siècle ; malade, il en a été l'éloquent réformateur. »

Est-ce à dire qu'il faille faire à notre tour l'Eloge de la folie ?

***

Je ne voudrais pas paraître avoir voulu pasticher Erasme et faire un Eloge de la Folie à l'usage des neuro-psychiatres, par simple paradoxe, je voudrais, en nous inspirant de la philosophe d'Erasme, vous demander l'indulgence pour tous les anormaux ou tarés de l'esprit : nous pouvons espérer, d'après les enseignements de l'Histoire, chez ces malades, quand nous les voyons au début de leur carrière, qu'ils deviendront utiles à l'humanité par une forme quelconque de leur activité. Nous avons donc un devoir envers eux et envers la Société et ce sera la conclusion pronostique et thérapeutique à laquelle nous aura conduit, par des chemins détournés, l'*Eloge de la folie* d'Erasme.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juillet 1936

Etude générale de l'état sanitaire de notre marine marchande. — ***M. Marcel Moine.*** — Des renseignements transmis par l'Etablissement national des invalides de la marine marchande — collectivité de près de 200.000 membres —, nous avons extrait diverses considérations qui ont mené aux conclusions suivantes :

Au regard des allocations journalières, les accidents occupent, tant en 1933 qu'en 1934, la première place avec 118 et 106 cas pour 10.000 hommes.

Par contre, dans l'attribution des indemnités renouvelables (indemnités accordées après quatre mois d'incapacité de travail), la tuberculose joue un rôle prédominant, atteignant 23 et 24 cas, pour 10.000 marins, au cours des années 1933 et 1934. Mais elle apparaît encore plus néfaste si on la considère par rapport à l'ensemble de la morbidité, puisqu'alors elle représente 42,4 cas pour 100 au total. Bien plus, si l'on y ajoute les autres affections de l'appareil respiratoire (bronchite, pneumonie, etc...) 64,6 pour 100 indemnités renouvelables leur sont attribuables contre 13,1 aux accidents.

D'autre part, une étude détaillée de la morbidité tuberculeuse dans chaque quartier maritime a révélé que la région bretonne était la plus touchée comme elle l'est d'ailleurs au regard de la mortalité tuberculeuse dans la population en général.

En ce qui concerne les pensions d'infirmités et les pensions de veuves, orphelins et ascendants (non compris les reversions), la tuberculose réclame à nouveau une part suffisamment importante bien que laissant la première place aux accidents graves et aux submersions, risques professionnels par excellence.

Nous voyons ainsi par cette étude tout l'intérêt que présenterait pour cette collectivité, l'organisation rationnelle de la prophylaxie des maladies transmissibles.

Essais d'une thérapie antinéoplasique par modification physico-chimique de l'équilibre sanguin. — ***M. Robert Hirsch.*** — Il semble résulter des observations de l'auteur que le fait de ramener le syndrome humoral à la normale, avec baisse de la réserve alcaline et du *p*H amène chez les néoplasiques une grosse baisse et parfois la disparition de leurs souffrances, même les plus aiguës.

Sa statistique est sous ce rapport favorable dans 72 p. 100 des cas.

La neuro-psychiatrie légale et sociale prophylactique du vagabondage des garçons. — ***M. Jacques Roubinovitch*** et ***Mlle Bugnion.*** — I. Au point de vue médico-légal, *le garçon vagabond n'est pas un délinquant.*

En effet, dans aucun des cas étudiés par eux la faute du sujet n'est autre que d'avoir été arrêté dans la rue au moment où il en subissait l'influence néfaste, étant sans ressources et se trouvant loin du domicile de ses répondants, parents ou autres.

Par contre, le jeune vagabond est toujours un sujet en état d'infériorité, dûe, trois fois sur quatre, aux circonstances familiales ou sociales dans lesquelles il a été élevé: infériorité, à la fois *intellectuelle, neurologique* et *physique.*

Aussi importe-t-il, dans 70 p. 100 des cas, de prévoir pour le jeune vagabond un placement éducatif prophylactique lui offrant des chances assez favorables pour qu'il puisse retrouver des soins médicaux et moraux appropriés, ainsi que des possibilités d'apprentissage proportionnées à ses moyens intellectuels et physiques,

C'est en vue de cette orientation nouvelle à donner à ces garçons dévoyés que les auteurs pratiquent des examens, qui

sont destinés à éclairer et à guider les juges dans leurs verdicts.

II. *Au point de vue social* ; les auteurs distinguent deux catégories de garçons vagabonds, qu'il y a lieu de traiter différemment :

a) Les vagabonds non pervertis.

b) Les vagabonds pervertis.

III. Au point de vue de *l'orientation professionnelle*, les auteurs classent ces garçons en trois groupes distincts demandant des régimes prophylactiques spéciaux, à savoir :

1) Les *grands débiles* ne pouvant pas être livrés à eux-mêmes, ni apprendre un métier exigeant une certaine instruction ; il faut prévoir pour eux un internement très prolongé dans un asile spécial pourvu d'une colonie agricole ;

2) Les enfants subnormaux, mais éducables, qui seront à classer et à orienter professionnellement selon leurs aptitudes, et à éduquer par des méthodes appropriées dans des institutions spécialisées, comme les Internats de perfectionnement, prévus par la loi éducative du 15 avril 1909 sur les arriérés ;

3) Les enfants à intelligence normale ou supérieure, qu'il est nécessaire avant tout de placer dans un milieu sain, pour que la nature et la qualité de leur apprentissage donnent un maximum de chances propres à développer leurs bonnes aptitudes.

Guérison d'une trypanosomiase expérimentale chez la souris par inhalation de vapeurs de moranyl. — *M. A. Trillat.*

Action d'un extrait épiphysaire sur quelques constituants biochimiques du sang. Augmentation de la potassémie. — *MM. C.-I. Parhon, Marie Stefanescu-Dragomireanu* et *Alice Marculescu.*

VARIÉTÉS

La rééducation

Formes. Opportunité. Aspect social

I. — **Formes de la rééducation**. — Nous allons très rapidement passer en revue les différentes modalités de la rééducation selon l'infirmité ou l'insuffisance en cause. Commençons par la *rééducation motrice* qui a pour objet la coordination des mouvements perturbés par une lésion quelconque, centrale ou périphérique, en rétablissant le lien qui doit exister entre la perception consciente et la volonté. C'est sur les muscles qu'il faut agir, muscles fondamentaux ou muscles suppléants.

La rééducation motrice, en rétablissant les contractions musculaires par des exercices appropriés, arrive à rétablir en même temps les fonctions des cellules nerveuses, dont dépendent nos centres moteurs de coordination.

L'*enfant*, en dehors de ses fonctions végétatives, n'arrive pas du premier coup à exécuter les mouvements intentionnels ; il lui faut un apprentissage plus ou moins long pour les réaliser avec précision : son faisceau pyramidal ne semble se développer complètement que vers l'âge de 5 ans. Jusque-là, une éducation rationnelle et progressive est nécessaire. Mais comme celle-ci est souvent déficiente et incomplète, *éducation et rééducation se mêlent presque toujours quand il s'agit de l'enfant.*

A toute époque de la vie, pour exécuter un travail quelconque (écriture, conduite d'auto, dactylographie), il faut adapter les centres moteurs à l'exercice en cause et créer les mouvements coordonnés correspondants. C'est de l'*éducation*. Mais quand les mouvements ont subi une perturbation et qu'il faut en rétablir l'ordre fonctionnel, c'est de *rééducation* qu'il s'agit.

Le mécanisme de la rééducation est un mécanisme complexe comprenant dans son champ d'influence tous les organes qui forment le mécanisme même de la coordination : le cerveau, le bulbe, la moelle épinière, les nerfs centrifuges et centripètes, les muscles, les articulations.

On sait avec quelle tyrannie s'imposent à chacun de nous nos habitudes motrices qui sont les éléments de notre activité quotidienne. Bien plus tyranniques encore sont les habitudes morbides, nées de l'obsession. Le malade est enfermé dans des habitudes motrices comme dans un cercle fatal. C'est contre ces habitudes que doit intervenir la *rééducation psycho-motrice*. Cet acte que le patient ne peut accomplir, il faut que le thérapeute le lui fasse exécuter ; ce geste, dont le malade ne peut s'abstenir, il faut que le thérapeute l'empêche de l'exécuter.

S'il s'agit d'une phobie inhibitrice, il faut, peu à peu, entraîner le malade à vaincre la résistance intérieure qui empêche l'accomplissement de l'acte. C'est, pourrait-on dire, de la *psychothérapie active*.

Parmi les affections du système nerveux qui sont justiciables de la rééducation motrice, citons : l'ataxie locomotrice, l'hémiplégie, les paralysies flasques (polynévrites et séquelles de poliomyélite), les paraplégies spasmodiques, la maladie de Little, les crampes professionnelles, la chorée et les tics, la débilité motrice, l'hypotonie du mongolisme, etc., l'inévordination motrice des bégayeurs, etc..

Quant à la *psychothérapie*, elle s'adresse aux troubles de l'émotivité, de la volonté, de la confiance, c'est-à-dire aux phobiques, aux hésitants, aux grands surmenés, aux déficients sensoriels, aux déprimés, etc... De façon générale, toutes les psycho-névroses et tous les déséquilibres fonctionnels en sont justiciables.

Faut-il parler de la *rééducation respiratoire* ? C'est une méthode admirable, dont les bienfaits ne se comptent plus : elle consiste à rétablir, à développer, à surveiller et à maintenir le jeu physiologique normal de l'appareil respiratoire et phonatoire. C'est la meilleure façon de sauvegarder le poumon, la voix parlée et chantée et, pour tout dire, l'équilibre de la santé.

Non moins importante est la *rééducation morpho-fonctionnelle des obstrués du nez et du pharynx*. Le déséquilibre de l'esthétique faciale se manifeste par le menton fuyant, l'air hébété et par des irrégularités importantes des arcades dentaires. La rééducation est réalisée par le port d'appareils amovibles de redressement et par la gymnastique maxillo-faciale. Les appareils permettent aux organes de s'adapter et ainsi rétablissent la statique faciale tout en donnant au sujet la ration d'air qui lui est indispensable et en dégageant le confluent vital fonctionnel.

L'audition et la parole jouent dans la vie sociale, professionnelle et familiale un rôle prééminent. On conçoit tout l'intérêt que comportent les efforts de rééducation qui ont pour objet la *récupération, même partielle, de l'ouïe* et le *redressement des troubles de l'émission ou de l'articulation.*

Et que dire de l'importance primordiale pour une nation de se libérer des charges si lourdes que représente l'entretien des *retardés et des déficients psychiques* ? La rééducation appliquée selon des techniques précises permet de porter secours à beaucoup de ces infirmes ou de ces entravés mentaux, de leur donner une instruction en rapport avec leur degré de réceptivité pédagogique et leur apprendre un métier qui les rendra partiellement ou totalement indépendants par le travail.

La mise en œuvre de procédés de suppléance apporte à certaines catégories d'infirmes une aide précieuse ; nous n'en voulons pour exemple que la *lecture sur les lèvres* qui maintient en contact avec leur entourage familial et professionnel les grands sourds et les sourds-muets. C'est le plus puissant des palliatifs à la plus lourde des infirmités.

Quant à la *rééducation de la voix chantée*, ses indications sont malheureusement trop fréquentes parmi les

professionnels et les amateurs du chant, du fait de l'invraisemblable fantaisie technique qui préside à l'enseignement de cet art difficile. Le nombre de malmenés et de surmenés de la voix est incalculable et on doit espérer que dans un avenir prochain cet enseignement deviendra vraiment scientifique et rationnel.

Somme toute, les rééducations peuvent être réparties en quatre grands groupes : les *rééducations motrices*, qui ont pour effet de corriger ou de développer, au moyen d'exercices appropriés, les fonctions motrices dont le mécanisme a été troublé par une affection acquise ou une altération congénitale ; les *rééducations psychiques*, souvent associées aux précédentes, qui s'adressent aux troubles mentaux, caractériels, affectifs et émotifs ; les *rééducations morpho-fonctionnelles* qui visent au rétablissement de l'équilibre fonctionnel du complexe facio-cranio-vertébral ; et enfin, les *rééducations sensorielles* qui ont pour but la récupération de l'audition, de l'olfaction, du toucher, de la vision et du goût.

Ajoutons à ces quatre groupes, celui des *rééducations de suppléance* dont l'intérêt pratique ne saurait échapper à personne, puisque l'une des modalités de ces rééducations trouve son indication chez tous les sourds : La *lecture sur les lèvres*, véritable *audition par les yeux*.

Les méthodes de suppléance jouent aussi un rôle important dans les rééducations motrices, dans les rééducations psychiques et dans les rééducations morpho-fonctionnelles.

Quant aux *appareils prothétiques*, ils représentent une des formes de la suppléance fonctionnelle et dans certains cas ils constituent un moyen adjuvant de la rééducation, par exemple dans la rééducation du nasonnement par larges perforations ou dans celles de certaines surdités.

***

II. — **La rééducation. Traitement de nécessité.** — Les infirmes et les déficients, enfants ou adultes, ont droit à des soins tendant à leur récupératson partielle ou totale. Faute de quoi, ils sont ou deviennent une charge pour la société ou leur famille, parce qu'ils ne peuvent subvenir complètement à leurs besoins et vivre indépendants par le travail. Plus l'intervention du médecin rééducateur est précoce, plus le résultat est efficace. En certains cas, le traitement fonctionnel, associé au traitement chirurgical, peut déterminer la guérison totale : par exemple, dans l'insuffisance respiratoire par végétations adénoïdes ou glossoptose, dans certains troubles de la parole, dans certaines surdités de l'enfance d'origine nasale et rhinopharyngée, etc.

C'est une erreur de considérer la rééducation comme un traitement de luxe réservé aux malades de la classe aisée. En fait, elle devrait être appliquée à tous les sujets arrêtés ou freinés dans leur activité. Ce traitement fonctionnel répond à une réelle nécessité. Pour le prouver, il nous suffira de citer quelques exemples.

1° Chez les enfants. — *Soit un enfant qui entend mal* et, de ce fait, ne peut suivre les explications du professeur. Si par des exercices de rééducation acoustique, complétant l'opération des végétations adénoïdes, on parvient à rétablir une acuité acoustique se rapprochant de la normale, l'enfant peut reprendre ses études avec ses camarades et se préparer à la profession qui répond à ses aptitudes et à ses désirs.

Soit un enfant qui bredouille ou zézaie de telle façon qu'il se trouve découragé par les railleries de ses camarades. Quelques semaines de rééducation phonétique peuvent le débarrasser définitivement de sa dyslalie. Rien ne s'oppose ensuite à ce qu'il poursuive son instruction normalement, à ce qu'il passe des examens, prépare des concours et exerce plus tard une profession en rapport avec ses capacités et ses goûts.

Soit encore un déficient psychique léger, dont l'attention ne peut se fixer ou dont la mémoire manque de souplesse. S'il est soumis pendant un ou deux ans à des soins médico-pédagogiques spéciaux, il pourra reprendre son équilibre, utiliser mieux ses moyens mentaux et recevoir une instruction suffisante pour arriver à gagner sa vie.

Soit un enfant qui respire mal, parce qu'il a des spasmes, de l'arythmie, qu'il ne sait pas inspirer pas son nez, qu'il est hyper-émotif, etc., etc... Des exercices de gymnastique respiratoire rythmée au métronome, quelques soins médicaux, un rétablissement de sa confiance en lui et tout rentrera peu à peu dans l'ordre.

Soit enfin un jeune enfant qui vient d'être opéré de fissure du voile du palais et qui nasonne. La réparation anatomique de cette anomalie ne provoque pas *ipso facto* la restauration fonctionnelle de la voix. L'enfant nasonne presque autant qu'avant l'intervention. Ce n'est que par des exercices prolongés d'orthophonie qu'on parviendra à réduire la résonance nasale, de telle façon qu'elle ne soit pas un vice rédhibitoire pour l'exercice de nombreuses professions et un déplorable amoindrissement de la valeur sociale du sujet. La rééducation phonétique est, en l'occurrence, le complément indispensable de la restauration chirurgicale ou de l'obturation prothétique.

2° Chez les adultes. — La guerre nous a, hélas ! démontré combien la *rééducation motrice* pouvait être utile à de *grands blessés* ou de *grands mutilés des membres*. Les restaurations et les suppléances fonctionnelles que de patients efforts ont pu réaliser, ont permis à beaucoup de ces anciens combattants d'exercer leur métier et de vivre une existence normale.

Et puis, il y a tous les *malades du système nerveux* : les tabétiques, les paraplégiques, les poliomyélitiques, les hémiplégiques et surtout les aphasiques qui peuvent bénéficier de la rééducation motrice.

Que dire des phobiques, des malades de la volonté, des grands surmenés, des déprimés ? Grâce à la *psychothérapie*, ils peuvent retrouver leur équilibre et reprendre leurs occupations.

Quant aux sourds de toutes catégories, on sait quels services on peut leur rendre en les soumettant à un *entraînement méthodique de l'ouïe et de l'attention auditivo-mentale*, en mobilisant leur appareil d'accommodation par des massages sonores réglés et en provoquant une excitation sonore dosée de leur nerf acoustique. Certains d'entre eux, plus durement atteints dès l'adolescence par des affections comme l'otospongiose sur lesquelles la rééducation acoustique n'a que peu de prise, doivent être

obligatoirement exercés à se servir de leurs yeux pour suppléer leur audition défaillante. La *lecture sur les lèvres* ne s'invente pas ; elle s'apprend patiemment et méthodiquement. Priver le sourd de cet incomparable moyen de liaison avec son entourage, c'est commettre une faute lourde, car c'est condamner l'individu ainsi amoindri à l'isolement déprimant, parfois à l'abandon de sa profession, c'est le mettre à la charge de sa famille ou de la collectivité.

Ces quelques exemples prouvent que le traitement rééducateur est pour la plupart des déficients fonctionnels, surtout pour les enfants, une nécessité. Jusqu'ici pourtant, beaucoup de ces déficients ne recevaient aucun soin, ce qui exerçant sur leur avenir professionnel la plus déplorable influence. Il faut espérer que dans un avenir prochain, grâce à un aménagement des lois et des budgets, tous les déficients, enfants et adultes, dans tous les pays, auront l'avantage de profiter des bienfaits des méthodes rééducatrices.

En ce qui nous concerne, nous avons fait tous nos efforts pour amorcer une organisation sociale de soins rééducateurs à Paris et dans la région parisienne. De généreux concours et d'intelligentes initiatives (1) ont permis la création de plusieurs centres gratuits de réadaptation fonctionnelle, l'ouverture d'une école technique de rééducation pour la formation de moniteurs et de monitrices, la fondation d'ateliers professionnels pour enfants déficients, etc... A l'heure actuelle, deux milles trois cents séances de rééducation sont données par mois dans ces différents établissements. Nous avons l'espoir d'étendre rapidement cette organisation à d'autres régions, si nous obtenons des appuis financiers suffisants. La mission à remplir est d'une importance sociale indiscutable, car il faut savoir que la rééducation fonctionnelle est une des plus précieuses acquisitions de la thérapeutique moderne, puis-qu'elle permet la revalorisation du capital humain qui dort.

***

III. — Aspect social du problème de rééducation. — Nous voudrions conclure cet article par un aperçu de l'importance médico-sociale de la récupération des déficients de toutes catégories, particulièrement des enfants entravés dans leur essor par un déficit sensoriel, moteur ou psychique.

Qu'il s'agisse de familles isolées ou de cette famille collective qui constitue la Nation, la récupération des enfants déficients s'impose comme un devoir. Pourquoi? Parce que ces enfants privés des soins médico-pédagogiques appropriés, une fois parvenus à l'âge adulte, ne participeront pas à la vie laborieuse de la Nation ; ils ne gagneront pas leur vie ; il ne contribueront pas au mouvement des échanges. Loin d'être un élément de prospérité, ils deviendront une lourde charge pour la collectivité. En cette matière, comme en beaucoup d'autres, il est de coûteuses économies à l'envi des dépenses somptuaires.

Deux principes dominent le problème posé :

1° Pour des parents, des éducateurs ou des médecins, ne pas faire rééduquer un enfant qui parle mal, qui respire mal, qui entend mal, qui comprend mal, ou qui y voit mal, c'est compromettre l'avenir familial, professionnel et social de cet enfant.

2° Pour un Etat, ne pas organiser le dépistage, le recensement et la récupération des enfants déficients éducables, c'est se priver pour l'avenir d'un important revenu-travail et alourdir son budget d'assistance de lourdes charges.

Comment réaliser la diffusion nécessaire de ces deux principes ? — En répandant parmi les parents, les éducateurs, les médecins, les infirmières scolaires, les assistantes sociales, les notions pratiques fondamentales concernant la récupération de tous ces petits *inadaptés*. Il faut leur faire savoir à *quel âge on peut reconnaître l'anormalité d'un enfant ? Quelles mesures il convient de prendre sans délai ? Quelle est la meilleure technique rééducative à appliquer* pour chaque catégorie de déficients? *Comment on peut assurer l'avenir de ces enfants* par l'initiation à une profession en rapport avec leurs capacités, etc , etc. ?

Certains des déficients qui ressortissent aux méthodes de rééducation sont récupérables en totalité par des soins médicaux et pédagogiques intensifs, appliqués en temps utile. Parmi eux citons les *insuffisants respiratoires* par végétations adénoïdes et hypertrophie des amygdales, par obstruction nasale, par déséquilibre maxillo-facial et chute de la langue en arrière (glossoptose) ; les *dyslaliques*, bredouilleurs, bégayeurs ou malmeneurs de consonnes et les *dysphoniques*, enroués, nasonneurs, etc. ; les *durs d'oreille* par otite cicatricielle ou suppurée, par rhino-pharyngites prolongées ou par adénoïdisme.

D'autres comme les *demi-sourds*, les *sourds-muets*, *les petits déficients psychiques* peuvent arriver par une instruction confiée à des techniciens spécialisés à mener une existence à peu près normale à subvenir en totalité ou en partie à leurs besoins, à fonder un foyer.

Au lieu de vivre en marge de la société, menacés par la misère ou par le vice, tous ces déshérités de la parole, de l'ouïe ou de la respiration peuvent prendre leur place dans la colonne humaine en marche et avec quelque assistance suivre le train sans trop de difficulté.

Il semble particulièrement opportun d'obtenir des législateurs et des Pouvoirs publics, une réglementation précise des soins médico-pédagogiques à donner aux jeunes enfants entravés ou arrêtés dans leur développement physique ou mental par un déficit sensoriel, moteur ou psychique. Ces *petits en souffrance doivent être dépistés, recensés, soignés et instruits par des méthodes conformes à leurs moyens d'acquisition* ; ils seront ainsi réadaptés à *la vie sociale* et ils participeront plus tard à l'activité de la Nation dans la mesure de leurs possibilités.

Docteur G. de PARREL.

(1) L'Association qui soutient ces organisations a son siège social 13, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris (VIe) ; elle est régie par la loi de juillet 1901, et porte le nom *Œuvre de la réadaptation de l'enfant*. Un secrétariat y fonctionne en permanence pour tous renseignements utiles.

« Chacun de nous ne peut faire à lui seul que peu d'observations. Notre vie est trop courte. Beaucoup d'expériences devraient être prolongées pendant au moins un siècle. Il faudrait créer des institutions telles que les observations et les expériences ne soient pas interrompues par la mort du savant qui les a commencées. De telles organisations sont encore inconnues dans le domaine scientifique. Mais elles existent déjà pour d'autres disciplines. Au Monastère de Solesmes, trois générations successives de moines bénédictins, au cours d'environ cinquante-cinq ans, se sont employées à reconstituer le chant grégorien. Une méthode analogue serait applicable à l'étude des problèmes de la biologie humaine. Il faut suppléer à la durée trop courte de la vie de chaque observateur par des institutions en quelque sorte immortelles, permettant la continuation, aussi prolongée, qu'il est nécessaire, d'une expérience. » (A. CARREL. — L'homme cet inconnu).

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Les médecins étrangers. — *Le 6 juin 1936, à l'assemblée générale du Syndicat des médecins de la banlieue Ouest et Nord de Paris, le Docteur Querrioux a fait un important rapport sur les dangers de l'exercice de la médecine par les étrangers.*

En 1911, il y avait déjà 2,5 % de médecins étrangers installés en France, dont 8,2 % dans la Seine.

En 1931, il y en a 10 % dans la Seine. En 1936, plus de 25 % dans la Seine, et plus de 15 % dans la France.

Messieurs, je m'excuse de vous parler de pourcentages, mais dans la lutte que nous entreprenons, seuls les chiffres montrent toute la profondeur du mal.

Durant l'année scolaire 1934-1935, la Faculté de médecine de Paris a vu pour 3.332 étudiants français 1.530 étrangers (*Bulletin du Syndicat des médecins de la Seine*, novembre 1935).

Sur ces 1.530, 841 postulaient pour le diplôme d'Université et 689 pour celui d'Etat. Mais comme la loi Nast du 26 juillet 1935 n'a pas abrogé la possibilité de transformer le diplôme de docteur en médecine de l'Université en diplôme d'Etat, puisqu'elle fixe dans son article 11 les conditions de cette transformation, nous avons tout lieu de penser et de craindre que ces 1.530 s'installent en France, presque tous ou à peu près.

Le département de la Seine, à lui seul, en récoltera bien un millier. Et ces chiffres ne concernent que la Faculté de Paris.

Vous voyez d'ici le nombre d'étrangers qui, sortis des Facultés de Bordeaux, de Lyon, de Lille, de Strasbourg et des autres, vont pouvoir s'installer en France ! Le chiffre de 2.000 sera largement dépassé.

Il faut aussi que vous sachiez que dans les six premiers mois de 1935, 163 médecins étrangers se sont fait inscrire à la Préfecture de police contre — tenez-vous bien — 124 français.

Nous venons d'apprendre dernièrement, de la bouche du plus autorisé des médecins syndiqués de France, que le président du Conseil songeait fortement à nous faire admettre les médecins réfugiés allemands comme concurrents. La menace est redoutable, car c'est encore plus d'un millier de médecins étrangers qui viendraient grossir la pléthore qui nous empêche de gagner notre vie.

Pour mieux démontrer la justesse et prouver la justice des conclusions de notre rapport, laissez-moi vous conter ce que nos oreilles ont entendu en février 1935, dans le cabinet du ministre de la Justice : — Un sénateur médecin a cité une localité de Touraine qui avait vu mourir son vieux médecin et qui espérait le voir remplacer par son fils reçu docteur en médecine. Mais ce dernier ayant son service militaire à faire a vu sa place, qui lui revenait de droit, celle de son père, prise par un étranger qui avait passé sa thèse le même jour que lui, mais qui n'avait pas de service militaire à faire.

Faisons un tour chez les internes des hôpitaux de Paris, chez ceux qui, un jour, seront les maîtres de la Faculté de médecine.

— Pourquoi te fais-tu naturaliser ? demandait-on, en février 1935, à un interne étranger, à l'hôpital Tenon.

— Parce que c'est mon intérêt, répondit l'intéressé.

— Ne te rends-tu pas compte qu'en servant tes intérêts, tu lèses les nôtres ?

— Qu'importe : une loi de mauvaise politique me permet de me faire naturaliser, la tendance actuelle est à la resquille, je suis un resquilleur.

... Est-ce faire preuve de xénophobie que de demander de pouvoir « gagner sa pitance » sur un sol qui nous appartient encore, avec des moyens parfaitement légitimes, que nous confère l'Etat et qui devraient être mieux protégés par ce dernier...

Les médecins français ne comprennent pas et ne comprendront jamais pourquoi ils doivent accepter la gêne, voire la ruine, pour recueillir les médecins étrangers chassés de leur pays d'origine pour des raisons politiques, religieuses et de race.

Leur valeur scientifique ? Vous la connaissez tous. La plupart ne savent même pas parler le français. Quant à leur valeur morale, reportez-vous aux listes de médecins marrons condamné par les tribunaux : 95 % sont des étrangers.

Pour ma part, j'en connais qui francisent leur nom, les uns en supprimant carrément une consonne par trop étrangère, les autres en supprimant ou ajoutant une lettre à leur nom.

J'en connais un qui, avant de se décider à exercer la médecine sous son vrai nom — si toutefois ce dernier est le vrai — a exercé sous deux autres noms différents : le premier semblait tout à fait français, le second l'était beaucoup moins, tout en l'étant davantage que le dernier. C'est pourtant un naturalisé de cinq ans. Jugez un peu de l'assimilation.

J'en conains d'autres qui s'installent avant d'avoir le diplôme de docteur en médecine et, lorsqu'un syndicat veut les poursuivre devant les tribunaux, l'étranger s'est envolé ; il va planter sa tente un peu plus loin.

... Messieurs, que proposons-nous ? Car un rapport ne vaut que par la réalisation de ses conclusions.

Nous voulons que nos Facultés restent ouvertes aux étrangers en vue du diplôme d'université, mais nous ne voulons pas sa transformation en diplôme d'Etat sous aucun prétexte.

Nous voulons que le stage de dix ans après la naturatisation, jugé nécessaire pour exercer la noble profession d'avocat, le soit aussi pour exercer celle non moins belle de médecin.

Pour que l'assimilation de l'esprit français soit aussi complète que possible, nous voulons que l'étranger naturalisé ait donné des gages de la sincérité de ses sentiments en accomplissant les obligations des lois militaires auxquelles nous sommes astreints.

Nous voulons enfin qu'aux étrangers, EXCEPTÉ LES BELGES, naturalisés de moins de dix ans ou non naturalisés, déjà installés, on interdise la médecine sociale telle que : assurances sociales, assistance médicale gratuite, mutilés de guerre avec leur carnet de soins, accidents du travail.

Il est de toute urgence d'avoir une loi votée sans délai par les Chambres destinée à sauver la médecine française de l'invasion étrangère.

« J'ai connu à Strasbourg le vieux chirurgien Kœberlé, fondateur de l'hôpital de la Toussaint, qui de ses mains paysannes avait fabriqué les premières pinces hémostatiques, se reposant à goûter Aristophane dans le texte qui lit à présent non pas Aristophane, mais même nos poètes » (Hippolyte PARIGOT. — La crise du français. *La Revue hebdomadaire*, novembre 1910, p. 143.)



Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 31 LE NUMÉRO : 50 Centimes 1er AOUT 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Travaux originaux

Louis ALQUIER : Les réactions neuro-toniques conjonctivo-lymphatiques. 1247

Clinique chirurgicale

J. GUYOT : Sur un cas de kyste de l'extrémité supérieure de l'humérus. 1250

Sociétés savantes

Académie de Chirurgie. 1258

Société de Médecine de Paris. 1258

Nouvelles 1243

Echos et Glanures 1261

Bibliographie 1252

NOUVELLES

Clinique médicale propédeutique de l'Hôpital Broussais-La Charité (96, rue Didot. Professeur Emile Sergent.) — Un cours de perfectionnement sur les *suppurations, bronchiques, pulmonaires et pleurales* sera donné sous la direction du Prof. Sergent du lundi 30 novembre au jeudi 10 décembre 1936.

Une affiche donnera prochainement le programme détaillé.

Facultés de médecine d'Alger. — La chaire de chimie biologique de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger est déclarée vacante.

Ecole du Service de santé militaire de Lyon. — Sont admis à subir dans les centres et aux dates ci-après les épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole du Service de santé militaire, en 1936 :

Section de médecine. — Lyon (Ecole du Service de santé militaire), 31 août 1936 :

MM. Arnoult, Arragain, Benoist, Berger, Boileau, Camou, Capdeville, Cochinard, Cruaud, Daniélou, Duchesne, Favier, Flachaire, Franceschi, Hosotte, Labansat, Lazergues, Legulée, Maillefert, Maurin, Michel, Dédelahore, Pellenc, Pezerat, Picard, Porra, Rey, Rey Musy, Reynaud, Roberjot, Roy, Terneau, Tillier, Valette, Wan Huffel, Zicavo, Aeberhardt, Arnoux, Beaufort, Boillet, Boiteux, Bouvier, Bruchon, Celle, Choffez, Courtois, Debucquet, Drevon, Fervel, Foucher, Gautheret, Girard, Madoux, Gremeaux, Guedj, Guillaume, Hudelot, Humbert, Huot, Issert, Laflaquière, Laurenti, Maitre, Méry, Munier, Ogier, Picq, Ponchon, Pré, Prince, Richard, Rigal, Roy, Sauzède Schmuck, Schott, Sournia, Teil.

Nancy (hôpital militaire), 3 septembre 1936 :

Grandjean, Heintz, Du Mesnil, Schmitter, Voegtlin, Wahl, Beltrando, Hissler, Kintz, Pottier, Robert, Ruzié, Schmutz, Veltin, Wauthier.

Paris (hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce), 5 septembre 1936 .

Amiable, Auger, Bardy, Boucheron, Bourdinaud, Combet, Desprez, Dubois, Gontier, Le Borgne, Legeais, Lorcy, Mases, Renurd, Saint-Félix, Tétart, Touboul, Uchan, Virhaeghe, Villa, Baixas, Bemelmans, Bernard, Bertein, Bongrand, Bourdon, Cardon, Darsy, Decerisy, Delaruelle, de Rudder, Desjardin, Dousset, Dufour, Durand, Eyquem, Ferry, Flandin, Fribourg-Blanc, Gaveau, Grivel, Henry, Huraux, Jonquères, Lacombe, Lévy A., Lévy P., Mallet, Mazars, Michard, Michel, Palmier, Pelage, Piednoir, Pierre, Renaux, Renevey, Robert M., Ronflet, Selosse, Sureau, Touzin, Thierry, Vivarès, Vivès.

Rennes (hôpital militaire), 10 septembre 1936 .

Anglade, Bétrom, Bremond, Cavalin, Chochon, Chrétien, Collos, Cot, Courapied, Dijonneau, Duval, Grosbois, Grosbois, Guyaser, Heuls, Lancien, Langlois, Le Bras, Leclère, Le Gall, Le Meur, Liabot, Lijour, Mahé, Marot, Quémener, Raoul, Rondreux, Saillour, Saugrain, Vaillant, Valet-Bannetel, Boce, Collin, Corre, Corolleur, Gillard, Lasserre, Le Matelot, Salou, Sicard, Youinou, Lucrèce, Merouze, Montiès, Moras, Orthlieb, Pelle, Rippe, Robert, Savattier, Tardieu, Verdier, Vigneras, Chenilleau, Coirault, David, Dubois, Guyard, Lanta, Limouzin, Philippon, Prat, Sinan, Tallier, Valet.

Toulouse (hôpital militaire), 18 septembre 1936 .

Adda, Alaize, Barrié, Caux, Dufayet, Figarède, Fourcade, Gaspari, Kaydel, Porcq, Thut, Albert, Amar, Astre, Bédok, Bourdet, Carbonne, Délégué, Delpont, Dubarry , Favarel, Frézières, Gorostis, Imbert, Pédoussaut, Reverdy, Rossignol, Seigneurie, Vabre.

Montpellier (Faculté de médecine), 21 septembre 1936 :

Bardie, Lapeyssonie, Le Saux, Morer, Pontich, Rolland, Vigo, Barthès, Bellemin, Benoit, Boyer, Caillard, Dulieu, Gontier, Merle.

Marseille (hôpital militaire), 23 septembre 1936 :

Amouroux, Autheman, Autric, Besle, Bessège, Bruère, Dawson, Carli, Caron, Chauvet, Chiozza, Colonna, Davin, Doussot, Duluc, Emperaire, Ferrand, Ginesy, Guilbert Germain, Habay, Lecalvé, Légier, Lesnard, Luciani, Luciani (D.), Luciani (P.-J.), Martin, Méchali, Michal, Moreau, Otter, Perrot, Quentel, Ramanantson, Renner, Ricaud, Rispe, Rosat, Rossi, Rouayrenc, Runacher, Salvadori, Seux, Vallino, Vivié Germain, Jacquinet, Rainaud, Sébahoun, Villoutreix, Vola.

Bordeaux (direction du Service de santé, caserne Pelleport, 11, rue de Cursol), 14 septembre 1936 :

Achiary, André, Armand, Aury, Bâche Gabriel, Bernuzeau, Bloch, Boidron, Boileau, Buscail, Calmon, Chabellard ; Chaussat, Couture Dameron, Demarque, Dubourg, Duizabo, Durand, Dusseau, Duthil, Fouanon, Gilbert des Vallons, Gobin, Humbert, Imbaud, Lacouture-Dugué.

Les remplacements des médecins à l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris. — Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, rappelle aux médecins de Paris et de province l'existence de son service de remplacements qui leur a rendu si souvent d'utiles services.

L'Association corporative ne fermant jamais pendant les vacances (sauf dimanches et jours fériés), on est toujours assuré de s'adresser à elle et on peut lui téléphoner de 13 heures à 18 h. 30.

Les remplaçants de la « Corpo » sont toujours français et observent les conditions légales, les décrets du ministre de la Santé publique et la loi de 1935, sur les médecins étrangers sont parfaitement respectés.

Le Comité rappelle à ce sujet, qu'aucun étranger, n'a le droit de remplacer un médecin et qu'un naturalisé doit avoir fait son service militaire pour pouvoir faire un remplacement.

Si un naturalisé n'est pas dans ce cas, il doit laisser s'écouler quatre ans entre le jour de sa naturalisation et son premier remplacement : tout praticien qui ne se conformerait pas à cette législation tomberait immédiatement sous le coup de la loi y compris son remplaçant.

Si des médecins désirent être remplacés par des internes ou des externes des hôpitaux de Paris, ils n'auront à l'Association corporative que l'embarras du choix et d'un choix du reste sélectionné, car ce groupement a toujours compris toutes les catégories d'étudiants en médecine, y compris un certain nombre de docteurs, continuant à Paris à se perfectionner dans les hôpitaux.

S'adresser pour tout remplacement au siège de l'Association corporative, 8, rue Dante, Paris (Ve). Téléphone : Odéon-58-90.

Premier Congrès international des Sanatoria et des Etablissements de cure privés. — Ce Congrès aura lieu à Budapest du 16 au 21 septembre.

Le Congrès a pour but la discussion internationale des questions scientifiques, mais surtout des questions d'ordre économiques qui intéressent les sanatoria et établissements de cure privés à une époque où les conditions d'exploitation sont en voie de modification dans le monde entier.

On y étudiera la raison d'être des établissements privés, la propagande à mener en leur faveur, les rapports avec l'Etat et les autorités, l'organisation intérieure, les difficultés apportées par les questions de change et d'exportation des devises, les différentes méthodes de traitement, les relations entre les maisons de cure et les stations climatiques et hydro-minérales.

Le Comité d'organisation a chargé l'agence de voyages officielle des chemins de fer de l'Etat hongrois (I B U S Z) de l'organisation du voyage et du séjour des congressistes. Pour la France, cette organisation peut être faite par le Glob Trotter, 3, rue Auber, Paris, qui a établi des prix forfaitaires.

Des renseignements peuvent être, en outre, obtenus auprès du Docteur Bussard, secrétaire de la Fédération des Maisons de santé, 8, avenue du 11-Novembre, à Bellevue (Seine-et-Oise).

La British Médical Association et la guerre des gaz.— Au cours de l'assemblée annuelle de Brish Medical Association qui s'est tenue à Oxford, plus de trois cents médecins, réunis à l'Hôtel de Ville de la vieille cité universitaire, ont unanimement reconnu le rôle important qu'ils avaient à jouer dans la coopération pour la mise à l'index de l'emploi des gaz asphyxiants dans la guerre moderne.

Prenant la parole au nom des délégués du Pays de Galles, le Docteur A.-T. Jones a dit :

— Je fais appel aux savants du monde et notamment aux médecins.

Notre association est d'avis que toute mesure de protection de la population contre la guerre chimique ne peut être qu'imparfaite. Etant donné que la guerre chimique causera d'immenses souffrances et détruira la santé au physique comme au moral pour provoquer enfin l'anéantissement de la vie, on devrait proclamer son illégalité.

Dans l'intérêt de l'humanité, la Brish Medical Association devra prendre l'initiative de s'assurer la collaboration du monde médical de tous les pays afin de bannir la fabrication des gaz axphyxiants. (*Le Matin*).

L'inspection médicale dans l'enseignement secondaire. — Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, réuni le 7 juillet 1936,

Après avoir pris connaissance des projets concernant l'institution de l'Inspection médicale dans l'enseignement secondaire;

Considérant qu'il est nécessaire de respecter le secret des familles, ce qui exclut la constitution de fiches ;

Considérant que les parents doivent rester les seuls maîtres de la surveillance de la santé, de la direction et de l'orientation professionnelle de leurs enfants avec les conseils de leur médecin de famille ;

Demande que l'inspection médicale se borne :

1° à la surveillance de l'hygiène des lycées et collèges ;

2° au dépistage des maladies contagieuses épidémiques ;

3° aux mesures générales à prendre dans le but d'alerter les familles ;

S'élève contre l'utilisation de cette inspection dans un but d'orientation professionnelle ;

Et prie la Fédération des Associations de parents d'élèves des lycées et collèges de prendre en considération ce vœu du Corps médical de la région parisienne.

IIIe Congrès national des médecins « Amis des vins de France ». — Les 10, 19 et 20 septembre prochain aura lieu, à Dijon, le IIIe Congrès national des médecins amis du vin, sous la présidence de M. le Professeur Portmann, sénateur la présidence de M. le Professeur Portmann, sénateur de la Gironde.

Au cours de cette manifestation, de très intéressants travaux seront présentés sur la valeur hygiénique alimentaire et thérapeutique des vins de France.

Des excursions, afin de faire encore mieux connaître le vignoble bourguignon, sont prévues pour ce Congrès.

Pour tous renseignements et adhésions, s'adresser : Docteur Eylaud, 126, rue Camille-Godard, à Bordeaux. Téléphone 83.322.

Croisière Guillaume Budé. — Les inscriptions à la croisière Rome-Athènes organisée par l'Association Guillaume-Budé seront closes le 5 août. Les personnes désirant participer à ce voyage sont donc priées de se faire inscrire d'urgence au siège de l'Association, 95, boulevard Raspail, Paris (VIe) (Littré : 70-55).

Les principales escales sont les suivantes : Rome, Pompéi, Taormina, Syracuse, Bouches de Cattaro, Cettigné, Buthrote, Corfou, Delphes, Corinthe, Athènes, Délos, La Crète, Carthage.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les réactions neurotoniques conjonctivo-lymphatiques

Par le Docteur **Louis ALQUIER**

Ancien chef de laboratoire à la Clinique neurologique de la Salpêtrière.

La notion de cellulite nous a appris à dépister dans le tissu conjonctif des enraidissements que nos doigts peuvent crisper ou détendre. Ceci démontre l'existence d'une rétractilité qui se comporte comme un réflexe neuro-végétatif et mérite le nom de réaction neurotonique conjonctivo-lymphatique sous lequel je voudrais préciser ici ses caractères physio-pathologiques. Renvoyant pour détails à mon livre sur la cellulite (1), je crois utile d'indiquer ce qu'il importe au praticien de connaître au double point de vue pathogénique et thérapeutique.

Technique. — Il suffit, parfois, de poser la main sur les chairs pour y percevoir un véritable épanouissement, pouvant s'accompagner d'un frémissement menu. Ceci nécessite une pression adéquate, augmentant la réflectivité tissulaire qu'inhibe une pression trop forte ; c'est en relâchant graduellement son étreinte que la main perçoit l'activité neurotonique. Une légère traction ou torsion accentue le réflexe, qui, souvent ne devient perceptible qu'à l'aide de l'artifice suivant : la main qui doit localiser la réaction sous son étreinte, reste immobile, bien souple, tandis que, de l'autre main, on produit, à bout de doigt, une légère excitation cutanée : pression, frôlement, pincement ou traction, qu'il est ordinairement nécessaire de répéter plusieurs fois pour éveiller la réaction. Celle-ci varie suivant la laxité ou l'enraidissement des chairs, et le degré de l'excitabilité nerveuse, sans qu'il y ait parallélisme constant entre vaso-motricité et rétractilité tissulaire.

La détente réalisée par cette technique est surtout manifeste aux points crispés ou enraidis. Elle assouplit les placards, nodosités, grains et filaments cellulitiques, calmant douleurs, crampes, irritabilité nerveuse, et les troubles viscéraux qui en sont les conséquences bien connues aujourd'hui.

Sur ces constatations est basée la réflexothérapie de détente qui, supérieure au massage ordinaire, a le mérite de pouvoir éviter toute irritation. Celle-ci se traduit par une crise de surréflectivité végétative, dans laquelle la crispation aiguë du tissu conjonctif s'associe, sans priorité ni prédominance constantes, à la crise vaso-motrice, pilo-motrice et sécrétoire.

Interprétation physiologique. — Voici donc, de par ces constatations, la réaction neurotonique, classée parmi les réflexes vago-sympathiques. Doit on l'attribuer aux fibres lisses que contient le tissu conjonctif ? Impossible de répondre. La simple élasticité ramène à leur place les chairs qu'on abandonne à elles-mêmes après les avoir déplacées, mais n'explique pas les épanouissements, qui se font par saccades, entraînant en des directions imprévues, la main localisatrice du réflexe. La vaso-motricité se distingue de la rétractilité tissulaire : il est vrai que l'ischémie fripe, rétracte et indure les chairs, que l'afflux de sang gonfle et assouplit, mais rétraction et détente coïncident aussi bien avec la vaso-dilation qu'avec la vaso-constriction.

S'il est actuellement prématuré d'indiquer quel est le substratum anatomique de la réaction neurotonique conjonctivo-lymphatique, son rôle physiologique semble évident : elle est, vis-à-vis de la lymphe ce qu'est pour le sang, la vaso-motricité. Le relâchement tissulaire permet les œdèmes neuro-paralytiques des grandes toxémies, et l'accumulation plus ou moins lente de bouffissures chez les arthritiques.

Des zones d'enraidissement, sous forme de sillons rétractiles ou d'amas cellulitiques constituent des barrages au drainage lymphatique, et assurent la permanence des infiltrats qui diffusent et fondent dès que ces barrages sont levés. C'est encore la même réaction neurotonique qui donne aux vaisseaux et ganglions lymphatiques ces variations si grandes de consistance qui représentent un véritable mécanisme régulateur du drainage lymphatique. D'où ces conclusions pratiques :

1° La détente des crispations et enraidissements doit se faire dans l'ordre favorable au rétablissement de la circulation lymphatique.

2° Provoquer la diffusion d'infiltrats cellulitiques derrière un barrage, est irritant comme en témoignent les crises de crispation tissulaire douloureuse et réflexogène qui suivent une séance de physiothérapie mal réglée.

Indiquons enfin un autre caractère des réactions conjonctivo-lymphatiques. Crispation ou détente apparaissent non seulement au point excité, mais encore à tous les points de l'organisme dont la réflectivité correspond à celle du point réflexogène. Ceci explique bien des réactions à distance, telles que la céphalée cellulitique par excitation d'un viscère ou de tout autre point du corps. En physiothérapie, nous pouvons obtenir des détentes par excitation à distance : détentes profondes par excitations cutanées, apaisement général par traitement d'une crispation réflexogène. La mise en tension de la région à traiter par pression manuelle, étirement ou position d'élongation y augmente la réflectivité et favorise la détente.

Entre la rétractilité tissulaire et les autres réflexes vago-sympathiques, existe une interdépendance : provoquer l'un, c'est déclancher les autres. La crispation tissulaire s'accompagne d'une crise vaso-motrice, avec horripilation, sueurs, angoisse, nervosisme ; une bouffée de chaleur est, fréquemment, suivie de crispation angoissante.

En pratique, c'est la rétractilité tissulaire qui apparaît la plus réflexogène. En l'apaisant, on calme les autres réactions, alors que le traitement des troubles vaso-moteurs, par exemple, ne suffit pas à détendre les enraidissements.

Importance pathogénique et indications thérapeutiques. — Des réactions neurotoniques dépendent de nombreux troubles, indices d'une réponse fonctionnelle aux causes morbides les plus diverses, avec ou sans signes de lésions organiques.

Voici quelques exemples :

CELLULITE DES ARTHRITIQUES. — Elle est, actuellement,

(1) La cellulite (Paris, Masson 1933), voir aussi : La rétraction tissulaire dans *La Médecine*, (février 1930), et : La réaction tonique des parties molles ou réflexe neuro-lymphatique. (*Paris Médical*, 23 janvier 1932.

attribuée à la répétition continuelle de congestions exsudatives qui provoquent l'inondation séreuse du système lacunaire. Au trouble humoral répondent les réactions neurotoniques. La rétraction tissulaire fixe sur place les infiltrats nocifs dont l'afflux dans le sang des veines sous-clavières provoquerait la toxémie. Ainsi peuvent se comprendre les enraidissements qui constituent, avec les œdèmes et gonflements synoviaux, les signes cliniques des rhumatismes para-articulaires.

Avant tout, nous devons dépister les causes morbides accessibles à notre thérapeutique : rechercher les signes d'infection, de souffrance des organes et des glandes endocrines, les séquelles de lésions anciennes, enfin, reconnaître les causes plus générales : tares, vices d'hygiène, intoxications alimentaires, oxycarbonée ou autres, sédentarisme, causes morales.

Si nous pouvons encore diagnostiquer une viciation sanguine en présence d'urticaire, ou d'eczéma, par exemple, et obtenir des analyses du sang des renseignements précieux, quoique bien incomplets, les perturbations lymphatiques ne se manifestent à nous que par les bouffissures : œdèmes du type Quincke ou du type sérique, indiquant une crise de congestion exsudative toxique, bouffissures à chaque digestion, indices d'une assimilation défectueuse, bouffissures menstruelles qui font penser à une dysovarie, œdèmes du prébrightisme des troubles hépato-rénaux dont certains seulement évoluent parallèlement avec la rétention chlorurée. A ces indices trop sommaires se réduisent nos connaissances des viciations de la lymphe qui, malheureusement, échappe à l'analyse, faute de pouvoir la recueillir pure.

L'étude des réactions neurotoniques qui répondent aux perturbations humorales apporte des précisions utiles, si elle vise, non seulement les réactions vaso-motrices bien connues, mais aussi, les réactions conjonctivo-lymphatiques, c'est-à-dire la rétractilité tissulaire.

La cellulite étant à l'ordre du jour, nous savons, par de menues vibrations manuelles, calmer un point algogène, assouplir un enraidissement. La réflexothérapie de détente présente un double avantage : réduisant l'irritation au minimum, elle permet d'attaquer les points réflexogènes les plus difficiles à calmer ; agissant à distance, elle atteint les régions inaccessibles aux excitations directes et donne une meilleure accalmie d'ensemble.

Allons plus loin dans cette étude. Si certains gonflements congestifs naissent et meurent sur place, il n'en est plus de même pour les bouffissures et œdèmes et infiltrats par viciation lymphatique. Ils n'ont aucune tendance à la résorption locale, mais diffusent dans le système lacunaire et les voies du drainage lymphatique, pour retourner au sang des veines sous-clavières. Nous l'avons dit : le cheminement de la lymphe morbide est entravé par l'encombrement des voies lymphatiques, et par la rétraction tissulaire qui fixe sur place les infiltrats. Une véritable démonstration expérimentale de cette dernière assertion est fournie par certaines injections hypodermiques irritantes. La boule d'œdème s'indure sous l'influence de la crispation tissulaire qui l'étreint de toutes parts et prend l'aspect d'une masse de cellulite aiguë. Que la crispation se détende, la résorption se fait ; si elle persiste, l'induration devient permanente, parfois indéfiniment. Les douleurs et la surréflectivité vago-sympathique accompagnant l'injection irritante, le réveil de ces troubles à chaque irritation du nodule induré, nous font pressentir l'importance des réactions conjonctivo-lymphatiques comme facteurs de troubles morbides.

De ces données résultent deux directives thérapeutiques : Le traitement physiothérapique des douleurs, bouffissures ou enraidissements ne doit attaquer directement la région visée que si la cellulite y reste localisée, l'appareil conjonctivo-lymphatique étant par ailleurs sain. Au contraire, la généralisation des infiltrats et rétractions cellulitiques nécessite non plus un simple traitement local, mais bien l'activation de la circulation lymphatique dans son ensemble. La réflexothérapie de détente doit donc porter sur la base du cou et la racine des membres pour agir sur les gros collecteurs lymphatiques et les enraidissements diffus, profonds, si gênants pour le cours de la lymphe.

Cette double action modère l'irritation des racines et plexus nerveux par les congestions et exsudats qu'étreint la crispation tissulaire. L'irritation se manifeste par des troubles vaso-moteurs et des paresthésies dues au gonflement conjonctivo-synovial des extrémités, ensuite, par des névralgies à topographie tronculaire ou radiculaire suivant le point irrité.

Dès que les infiltrats tendent à la généralisation, les réactions neurotoniques enraidissent cou et thorax. Les chairs indurées rétractées dévient les vertèbres et attirent en dedans côtes et sternum. La rétraction dessine un coup de hache sous-mammaire, met en saillie clavicules et omoplate, donne aux muscles de la ceinture scapulaire l'aspect de l'atrophie ligneuse. La détente des rétractions rétablit souplesse et harmonie des lignes ; le soulagement qui l'accompagne montre l'importance pathogénique de cette rétraction. Avec elle disparaissent dyspnée, angoisse, palpitations et certaines arythmies, douleurs précordiales irradiées au bras gauche.

L'assouplissement du cou améliore céphalées, fatigue visuelle et cérébrale, insomnie, dépression nerveuse. A l'engorgement sus-claviculaire répond la toux quinteuse, et certains troubles vocaux ; l'enraidissement parasternal donne le syndrome médiastino-sous-hépatique caractérisé par les symptômes suivants : crises de congestion nasale, salves d'éternuements, de bâillements, salivation et aérophagie, spasmes œsophagiens, dyspepsie capricieuse de la solarite avec brusques ballonnements abdominaux. On conçoit aisément combien cette véritable cuirasse de rétraction peut entraver le drainage lymphatique de la moitié inférieure du corps ; elle est la cause habituelle de ces obésités œdémateuses des membres inférieurs et de l'abdomen, qui fondent littéralement dès que cède le barrage rétractile. Au contraire, tout traitement diffusant les infiltrats sous-jacents à un barrage lymphatique par engorgement ou par rétraction exaspère cette dernière, déclenchant une crise de surréflectivité vago-sympathique accompagnée de troubles correspondant à la localisation de l'irritation. Il faut apaiser la crispation tissulaire pour mettre fin à la crise.

Troubles viscéraux. — La congestion exsudative qu'ils provoquent et les réactions neurotoniques étreignant des exsudats, expliquent ces œdèmes et enraidissements autour de l'organe malade, qui sont, fréquemment, plus gênants que l'affection viscérale elle-même, et survivent parfois indéfiniment à sa guérison. La réflexothérapie de détente fait ici merveille et guérit tout ce qui dépend des réactions fonctionnelles, donnant de substantielles améliorations même en cas d'adhérences irréductibles, beaucoup mieux tolérées si les réactions irritatives s'améliorent.

Inflammation. — A son début, toute irritation s'an-

nonce par des troubles vaso-moteurs et des crispations tissulaires qui, dans certains états de choc, acquièrent une importance considérable. La détente des crispations à l'aide d'une self ou d'un condensateur d'électricité, dont les deux armatures sont mises en contact avec la peau, procurent des accalmies inappréciables chez les opérés, les commotionnés, et dans les grandes pyrexies. Plus tard, les réactions neurotoniques s'effacent devant les phénomènes inflammatoires pour reparaître après leur disparition. C'est ainsi qu'une inflammation locale peut laisser comme séquelle ces indurations prolongées par une traînée cellulitique, séquelle de l'adéno-lymphangite guérie, qui persistent jusqu'à ce qu'un traitement de détente en ait obtenu l'assouplissement. Ici, comme l'indiquaient mes premières publications relatives aux blessés de guerre, l'engorgement lymphatique est l'essentiel ; sa résolution est la condition nécessaire de la guérison et la plaque indurée se résorbe souvent d'elle-même, dès que le drainage lymphatique est rétabli.

Traumatismes. — Les épanchements de sang et de synovie dus aux contusions ou fractures sont souvent causes d'enraidissements rétractiles intenses et tenaces, pouvant aller jusqu'au syndrome de Volkmann avec tendance à remonter jusqu'à la racine du membre. Dans certains cas s'ajoutent des troubles vaso-moteurs, la causalgie, des douleurs névritiques qui tendent à diffuser au delà du membre traumatisé. La réflexothérapie de détente est, ici, précieuse pour améliorer ces troubles si pénibles, si tenaces, que tout exaspère si facilement.

Troubles circulatoires. — Renvoyant pour détails à mon récent article des *Archives des maladies du cœur et des vaisseaux* (septembre 1935), je rappellerai seulement que les réactions neurotoniques conjonctivo-lymphatiques expliquent les douleurs de l'angor pectoris, bénigne si la cellulite est seule en cause, fatale en cas de névrite ou de coronarite. La détente des crispations thoraciques les améliore dans une mesure variable, diminue la gêne du cœur, l'arythmie et la dyspnée par constriction thoracique, avec activation de la circulation dans son ensemble. Dans toutes les affections vasculaires, les engorgements lymphatiques périvasculaires forment des nodosités réflexogènes pour la gaine sympathique périvasculaire ; les enraidissements rétractiles donnent au vaisseau l'aspect scléreux, étranglent certains segments veineux avec dilatations variqueuses sous-jacentes et toujours les perturbations conjonctivo-lymphatiques périvasculaires doivent retenir l'attention, leur traitement par détente des rétractions donnant des résultats parfois inespérés.

Troubles nerveux. — Réflexe dépendant de l'innervation végétative, la crispation tissulaire s'exaspère à toute irritation vago-sympathique et, à son tour, devient réflexogène pour l'ensemble des réactions neuro-végétatives. De toutes ces réactions, c'est elle qui, nous l'avons dit, est la plus accessible à nos moyens de traitement, la plus facile à contrôler, et c'est par elle qu'on atteint le mieux l'ensemble des troubles vago-sympathiques. S'ils sont dus à la cellulite, la détente des rétractions assure leur guérison ; en cas de lésion irréductible, la détente tissulaire n'est que momentanée ou incomplète.

Sur le système cérébro-spinal, la congestion et les infiltrats ne causent que fatigue et dépression, tant que l'appareil conjonctivo-lymphatique se laisse passivement distendre. La rétraction, par son étreinte, entrave la nutrition sanguine et lymphatique des éléments nerveux et comprime ceux qui se trouvent en rapport direct avec elle ; elle devient irritante dès qu'elle se heurte à la résistance de la congestion et des infiltrats ou qu'elle étreint un corps étranger, une pièce squelettique, un épanchement de sang ou de synovie. Alors apparaît la douleur, dont les caractères varient à l'infini : simple meurtrissure locale, crises aiguës des points de Valleix ou des petits grains de cellulite collés aux insertions musculo-tendineuses ; céphalée en casque de l'enraidissement nucal, algies diffuses de la crispation étendue à toute une région ; angoisse de la rétraction sterno-claviculaire ; névralgies de tous ordres.

L'étreinte des nerfs moteurs donne crampes, crises de contracture, soubresauts, spasmes de torsion, augmentation de la réflectivité tendineuse. Dans chaque cas, la détente tissulaire permet de mesurer son importance pathogène, au degré de l'amélioration obtenue.

D'une manière générale, la rétraction amplifie les troubles nerveux préexistants. Ceci fait mieux comprendre la variabilité des symptômes relevant de lésions organiques immuables et laisse espérer des atténuations plus ou moins marquées, par le simple traitement des troubles fonctionnels surajoutés.

Il en va de même pour les troubles psychiques : agitation et dépression bénéficient de toute thérapeutique régulatrice des réactions neurotoniques qui améliore la nutrition de l'encéphale tant qu'il n'existe aucun trouble irrémédiable des facultés mentales.

Notons enfin une observation pleine d'intérêt pratique. L'électrocardiographie nous apprend que les excitations nerveuses qui animent le cœur, s'accompagnent de variations électriques enregistrables. Des condensateurs, selfs et résistances, combinés de diverses façons peuvent, par simple contact de leurs électrodes avec la peau, réaliser un véritable réglage des réactions vago-sympathiques avec lesquelles on accorde le dispositif, connu sous le nom de neurostat, de la même manière qu'on accorde un poste de T. S. F. avec la longueur d'ondes à capter ; on rétablit ainsi l'équilibre vago-sympathique quelle que soit la modalité du trouble à modifier.

De même, la connaissance des réactions neurotoniques a permis de reconnaître, parmi les substances médicamenteuses, celles qui, ingérées, ou bien appliquées sur la peau, soit en lotions, soit en topiques agissant au travers d'enveloppes imperméables, dégagent une énergie vibratoire susceptible d'un effet régulateur sur l'irritabilité nerveuse et sur les réactions neurotoniques qui en sont l'expression.

En résumé : dans les tissus interstitiels existe une rétractilité régie par l'innervation vago-sympathique, et qui est pour la circulation lymphatique ce qu'est la vasomotricité pour la circulation sanguine.

A la congestion exsudative répond une rétraction de défense fixant sur place les infiltrats de lymphe morbide. Ces rétractions se font en larges placards régionaux, ou bien se localisent sur un petit infiltrat qu'elles enserrent et indurent pour en faire une nodosité ou grain de cellulite. La rétraction cellulitique détermine des algies, crampes, spasmes, enraidissements rhumatoïdes, gêne les fonctions des viscères ainsi que leur nutrition sanguine et lymphatique, irrite ou inhibe les fonctions nerveuses.

La détente des rétractions est utile si elle rétablit le cheminement de la lymphe et dose son retour au sang, de manière à produire l'accoutumance, sans toxémie. La réflexothérapie de détente, aussi active que peu irritante, a l'avantage d'atteindre les rétractions inaccessibles à un traitement direct.

CLINIQUE CHIRURGICALE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ

Sur un cas de kyste de l'extrémité supérieure de l'humérus

Par le Professeur **J. GUYOT** (de Bordeaux)

Messieurs,

Le malade que je vous présente aujourd'hui est un adolescent de 15 ans entré dans le service il y a quelques jours pour une lésion de l'épaule gauche. Cet enfant, qui exerce la profession de garçon-livreur, descendait un escalier lorsqu'il fit un faux-pas, glissa et eut son épaule qui heurta la rampe. Immédiatement il ressentit une douleur très vive et s'évanouit. Au bout d'un instant il revint à lui, on lui immobilisa son bras ; comme il continuait à souffrir et à ne pas pouvoir se servir de son membre supérieur on décida son entrée à l'hôpital.

Au point de vue de ses antécédents, c'est un enfant venu à terme, qui a été nourri au sein. Dans la première enfance il eut la rougeole sans aucune complication.

Il y a deux ans, à l'âge de 13 ans, il a présenté des troubles du côté des yeux ; il fut conduit à l'hôpital des Enfants dans le service du Professeur agrégé Beauvieux, qui lui fit faire une série de piqûres, sur la nature desquelles nous n'avons pas de précision. Les troubles qu'il présentait ont disparu, cet enfant a pu alors reprendre son métier.

Au point de vue antécédents héréditaires, son père et sa mère sont bien portants, ils ne vivent pas ensemble mais l'un et l'autre, paraît-il, jouissent d'une bonne santé. Au point de vue de ses collatéraux, il a cinq frères et sœurs bien portants : il a perdu un de ses frères de méningite tuberculeuse.

C'est dans ces conditions que ce malade est entré dans le service. Nous avons constaté qu'il est d'apparence chétive mais n'est atteint d'aucune maladie générale. Quand on l'examine on note du côté du thorax quelques légères déformations ; du côté de la face une malformation du nez assez typique, enfin à gauche un ganglion sus-épitrochléen.

Quand ce garçon est arrivé dans le service, il se plaignait de son épaule gauche qui était augmentée de volume, douloureuse, en même temps, on notait de l'impotence fonctionnelle car il ne pouvait pas accomplir tous les mouvements. On n'observait chez lui pas la moindre ecchymose, pas d'infiltration sanguine, pas d'hématone : comme déformation simplement une tuméfaction de l'extrémité supérieure du bras.

Au point de vue de la sensibilité, ce malade souffrait mais la douleur n'était véritablement pas celle d'une fracture ordinaire : quand un enfant a une fracture il souffre tellement qu'on ne peut l'approcher, qu'il crie avant même qu'on ne le touche. Ici, tous les phénomènes de la fracture : douleur, impotence fonctionnelle, tuméfaction, ecchymose étaient réduits au strict minimum. Etant donné qu'on trouvait tous les signes d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus avec légère crépitation osseuse et sans grande déformation ; nous avons fait faire la radiographie qui nous a donné l'explication des signes peu accusés de fracture dus à ce fait que ce malade est atteint d'une fracture pathologique de l'extrémité supérieure de l'humérus. L'épreuve radiographique que vous avez sous les yeux vous montre que l'humérus était antérieurement malade et que le traumatisme n'a joué qu'un rôle relativement secondaire dans la production de la fracture dont tous les caractères sont ceux des fractures pathologiques.

Vous savez que ces lésions sont beaucoup moins fréquentes que les fractures traumatiques : on les appelle quelquefois « fractures spontanées ». Ici nous n'avons pas le droit de lui donner cette dénomination car cet enfant est tombé, il a eu un traumatisme réel qui a atteint un os antérieurement malade. C'est bien une fracture pathologique.

Quels sont les caractères de la *véritable fracture spontanée* ? Ces fractures surviennent chez des sujets qui accomplissent un acte physiologique, normal ; par exemple chez un sujet qui en soulevant son assiette se fera une fracture de l'humérus ou qui mettant simplement sa chaussure produira dans ce mouvement normal une fracture de cuisse. Dans les fractures spontanées le traumatisme n'intervient en rien. Ici il ne peut s'agir de fracture spontanée, mais de fracture pathologique avec un état maladif de l'os sur lequel la fracture s'est produite.

Ceci étant dit, vous devez savoir que cet état de chose reconnaît des causes générales et des causes locales. Je vais très rapidement vous énumérer les causes générales parce que la radiographie nous a montré chez le malade l'existence d'une cause locale.

En présence d'un adulte qui a une fracture pathologique vous devez d'abord penser au tabès. C'est dans le tabès que l'on observe le plus grand nombre de ces fractures plus souvent localisées au membre inférieur. Elles se produisent dans la période prétabétique : ces sujets n'ont plus de réflexe rotulien. Ici nous sommes en présence d'un enfant chez lequel les réflexes sont normaux des deux côtés : il ne saurait s'agir d'une fracture tabétique.

Chez les enfants, les adolescents, la deuxième grande cause générale est le rachitisme. Il y a, vous le savez, deux variétés de rachitisme. D'abord, le rachitisme des petits enfants : c'est celui-là qui détermine des fractures multiples chez le même sujet. Puis il y a le rachitisme tardif, le rachitisme des adolescents que l'on voit chez des jeunes filles, chez des jeunes gens à 15, 16, 18 ans. Ce syndrome du rachitisme tardif se traduit par la scoliose, par le genu valgum et le pied plat valgus douloureux : il ne s'accompagne jamais de fractures pathologiques si fréquente dans le rachitisme des jeunes enfants.

Ces fractures peuvent se produire dans la syphilis, dans la tuberculose et dans toutes les maladies cachectisantes. Dans la pratique chirurgicale voici ce que nous voyons : chez une femme ayant subi une opération de Wily-Meyer ; chez un homme atteint de néo de l'estomac après gastrectomie... apparaît un jour sans cause une fracture pathologique du fémur : il s'agit d'une *métastase cancéreuse* que l'histoire de la maladie permet de reconnaître et dont la radiographie affirme, sans discussion possible, la nature néoplasique.

Enfin, il existe des fractures que vous rencontrerez à chaque instant chez les vieillards : la fracture du col du fémur, type de fracture pathologique ou spontanée dont la cause physiologiques et l'ostéoporose sénile de l'extrémité supérieure du fémur.

Toutes ces causes générales étant éliminées, nous allons examiner au négatoscope la radiographie telle qu'elle était

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Anatomia Quirucia (Pediculo-Visceral-Pelviano), par Oscar Radriguez Rocha, de Montevideo. Un volume de 128 pages, Barreiro y Ramos, éd., Montevideo, 1935.

Oscar Rocha, professeur agrégé de chirurgie à la Faculté de médecine de Montevideo, vient de publier un important mémoire d'anatomie chirurgicale, premier volume d'un travail d'ensemble consacré à la chirurgie pelvienne. A juste titre, l'auteur met en exergue cette phrase bien connue, de Farabeuf : « Pour conduire un bistouri, il n'est besoin d'adresse ni de génie, il faut des connaissances anatomiques précises ». N'est-ce pas apprécier à sa valeur la part de l'école française dans le haut degré de perfectionnement technique où est parvenue la chirurgie moderne. Rocha déclare qu'il suffit d'étudier à fond la région pelvienne pour en pénétrer toutes les arcanes. Il l'a fait avec toute la clarté et la précisoin qui convient.

Son travail comprend quatre parties d'inégale importance. Un *premier chapitre* est consacré au développement des organes génito-urinaires et aux restes embryonnaires qui leur sont annexés. L'auteur décrit, *ensuite*, le bassin osseux, insiste sur les ligaments qui renforcent et complètent le canal pelvien, sur le système musculo-aponévrotiques du périnée. Puis, toujours en anatomiste averti, il étudie le péritoine pelvien chez l'homme, chez la femme, en le décrivant successivement sur la ligne médiane et sur les côtés. *Dans les deux derniers chapitres*, Rocha, après avoir rappelé la disposition des diverses aponévrose, prévésicale et de Denonvilliers continue cette étude en chirurgien. C'est la partie la plus importante de son travail. Les organes, leurs pédicules vasculaires et nerveux sont successivement décrits ; une longue étude est consacrée aux lymphatiques et à leurs rapports avec les processus inflammatoires et les propagations néoplasiques.

Ces longues et précises descriptions sont complétées par une riche iconographie. A côté de schémas fort démonstratifs pour l'enseignement, l'auteur a reproduit une série de photographies de pièces anatomiques représentant diverses coupes saggittales du pelvis : l'utérus étant déplacé vers le bas, après section de l'isthme utérin et du rectum, pour montrer l'artère dans son trajet descendant et l'espace pré-sacré ; après section de l'urètre, du vagin et du rectum, pour décrire tout l'espace pelvi-rectal-médian.

Ce travail tout inspiré des idées et de la technique de l'école anatomo-chirurgicale française, sera très utilement consulté par tous les chirurgiens.

Pierre Moiroud

Maladies de la nutrition, par F. Rathery. Un volume de 174 pages. (Collection des Initiations médicales), 22 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce petit livre s'adresse aux débutants comme tous ceux de cette collection. Ils y trouveront la mise au point actuelle de nos connaissances sur toutes les maladies de la nutrition, principalement sur les troubles du métabolisme (le diabète en particulier) dont l'étude a été poussée au cours des dernières années.

Eléments de Médecine physique et de Physiothérapie, par le Prof. I. Gunzburg. Un volume de 160 × 245 de 174 pages avec préface par M. le Professeur E. Zunz. Prix : 40 francs br. Henriquez, éditeur, 43 *a*, rue du Pépin, Bruxelles.

La physiothérapie a pris une extension telle qu'aucun médecin ne peut en ignorer les principes.

La plupart des traités existants sont trop étendus et souvent ne s'occupent que d'une seule catégorie d'agents physiques, l'électrothérapie ou l'hydrothérapie par exemple. D'autres fois, au contraire, il s'agit d'opuscules élémentaires. « Le mérite du Professeur Gunzburg — dit le Professeur E. Zunz dans la préface qu'il a écrite pour le livre — est d'avoir évité ces deux écueils et d'être parvenu à exposer d'une façon attachante ce que tout médecin doit connaître des moyens physiques en quelques chapitres fort bien conçus. Nul doute que les étudiants en médecine et les praticiens ne retirent un grand profit de la lecture attentive de l'excellent ouvrage du Professeur Gunzburg. »

Le lecteur y trouvera sous la forme la plus concise et cependant complète, la réponse à toutes les questions concernant l'énergétique, le mouvement, la mécanothérapie, l'hydrothérapie, l'électricité, la lumière et toutes les questions de physiothérapie moderne.

Médecine et adolescence, par R. Biot, J. Charrat, G. Cotte, A. Dufourt, H.-M. Fay, L. Jullien, J. Lacroix, J. Monchanin, G. Mouriquand, M. Péhu, N. Pendre. Un volume in-8° écu, 314 pages. Prix : 15 francs. Librairie Lavandier, 5, rue Victor-Hugo, Lyon.

Ce nouveau travail du Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques est la suite normale de *Médecine et Education*.

La collaboration des médecins et des éducateurs s'avère aussi nécessaire pour guider les adolescents que pour élever les enfants.

Au moment où la transformation physiologique de l'organisme se complique souvent d'une crise morale, l'être humain a besoin, plus que jamais, d'avoir auprès de lui une direction sage et délicate.

On trouvera ces conseils médicaux et ces aperçus psychologiques présentés par les auteurs dont la compétence est notoirement reconnue, et qui, pour la plupart, ont déjà collaboré aux tomes précédents.

Ce livre sur l'adolescence, édité après les deux publications sur l'enfance semble préparer et appeler, en une heureuse transition, l'ouvrage qui traitera du rôle des médecins dans les problèmes de l'âge adulte.

quand la malade est entré dans le service : vous voyez tout de suite que la tête humérale est normale, qu'elle est à sa place, que le cartilage de conjugaison n'est pas déformé et qu'il existe au-dessous du cartilage de conjugaison une cavité qui se traduit par une zone claire, faisant une énorme *géode* limitée à sa périphérie par une mince coque osseuse ; coque osseuse présentant ici des signes d'une fracture sans notable déplacement. Nous nous trouvons donc bien là en présence d'une fracture pathologique de l'extrémité supérieure de l'humérus avec une déformation de la région bulbaire, caractérisée par une ostéite raréfiante, par une cavité très nette au niveau de laquelle, le fait est classique, s'est faite la fracture pathologique.

C'est ainsi qu'il faut interpréter cette radiographie et nous devons nous demander quelle est la cause de cette image lacunaire. Il y a un premier diagnostic que nous devons très facilement éliminer : c'est celui de *sarcome osseux.* On va vous montrer des radiographies de sarcome osseux. Mais cette affection peut être éliminée cliniquement, sans radiographie, parce que dans la fracture pathologique du sarcome quand celle-ci survient, il existe déjà depuis un certain temps une tumeur nettement appréciable avec circulation veineuse collatérale : tumeur qui a déjà débordé l'os envahi les parties molles et au niveau de laquelle on peut trouver de la crépitation parcheminée.

Si vous examinez cette radio de sarcome osseux au début, vous voyez que la destruction est beaucoup plus étendue, que la limite n'est pas aussi précise et dans cette autre radio d'un sarcome plus avancé vous trouvez un os complètement augmenté de volume, comme soufflé avec disparition de la structure osseuse à laquelle s'est substitué une masse uniforme qui constitue la tumeur.

Vous voyez très bien la différence qu'il y a entre la lésion que présente cet enfant et celles que je viens de vous montrer provenant de malades atteints de sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus. S'il s'agissait d'un sarcome nous aurions d'autres signes. Il faut cependant toujours y penser car au début le diagnostic peut présenter de très sérieuses difficultés.

Avant de penser aux tumeurs chez un adolescent il faut penser à *l'ostéomyélite chronique.* Vous connaissez l'ostéomyélite aiguë, banale avec la température à 39° et 40°. Ce n'est pas de cette forme-là que je veux vous parler, c'est de la forme d'ostéomyélite chronique d'emblée qui se traduit par une augmentation de volume de l'os, par des phénomènes douloureux que d'ailleurs cet enfant n'a pas présentés. Dans ces cas, il y a toujours un épaississement du périoste autour de la poche, et l'examen du sang donne *l'hyperleucocytose.* Chez ce malade l'examen du sang montre 4.000.000 globules rouges et 6.000 globules blancs. Il ne saurait s'agir d'ostéomyélite.

La tuberculose, vous le savez, frappe particulièrement les enfants et les adolescents : ce petit malade a eu un frère qui est mort de méningite tuberculeuse ; nous devons penser à la possibilité d'une lésion de cette nature. Nous ne nous y attarderons pas longtemps car le résultat de l'examen radiographique est absolument opposé à ce diagnostic. La tuberculose frappe *l'os épiphysaire.* Ici les lésions siègent au-dessous du cartilage de conjugaison.

Reste enfin la *syphilis.* Nous avons ici des raisons très sérieuses de discuter cette cause parce que cet enfant a eu des troubles oculaires guéris par des piqûres et qu'il a *un Wassermann positif.* Cet enfant peut, en effet, présenter une lésion spécifique de l'extrémité supérieure de l'humérus. Est-ce le diagnostic auquel nous devons nous arrêter? Je ne le pense pas car lorsque la syphilis touche un os long, elle détermine des lésions très caractéristiques que l'on ne retrouve pas sur le cliché de cet enfant : épaississement considérable du périoste, irrégularités de la surface osseuses l'os spécifique présente des hypérostoses, avec contour; irrégulier.

Il est certain que cet enfant est syphilitique. L'examen a été positif deux fois, à l'hôpital des Enfants et ici à son arrivée dans le service. Cet enfant est un hérédo ; il présente le nez spécial écrasé à la base avec voûte palatine ogivale, enfin petit ganglion sus-épitrochléen. Il s'agit ici d'une spécificité atténuée.

Dans ces conditions, il faut aussi penser à la possibilité d'un *kyste hydatique de l'humérus.* Cet os, étant une des localisations de choix du kyste hydatique. C'est mon ami Gernez qui a publié à la Société de chirurgie en 1933 un magnifique cas de kyste hydatique de l'humérus. Son malade, comme il est de règle était une femme adulte ; elle avait 42 ans. Dans ces cas le diagnostic est beaucoup plus facile parce qu'il y a non pas un seul kyste, mais parce que l'os tout entier est transformé par une série de kystes juxtaposés. Enfin, les examens de laboratoire : éosinophilie, réaction de Weinberg permettent de reconnaître la nature de la lésion. Ici, nous sommes en présence d'un enfant. Tous les examens étant négatifs ce diagnostic doit être éliminé.

Il y a deux affections qu'il faut que nous discutions de plus près : la première c'est la *tumeur à myéloplaxes* et la deuxième c'est le *kyste essentiel de* l'os.

La *tumeur à myéloplaxes* affecte une forme un peu analogue au niveau de l'humérus, du fémur ou du tibia. C'est une tumeur qui a tout l'aspect radiologique de la tumeur que je viens de vous présenter, tumeur polykystique dans laquelle il y a, non pas une cavité, mais une série de cavités juxtaposées les unes à côté des autres avec, entre elles, des lamelles osseuses très minces qui donnent une image très particulière qui n'est pas l'image obtenue sur ce malade. Un fait très important, c'est que la tumeur à myéloplaxe débute toujours dans l'os épiphysaire, au-dessus du cartilage de conjugaison et non au-dessous. Le cartilage peut être détruit, le bulbe de l'os peut être envahi, mais dans ces cas toujours l'os épiphysaire est pris. Or, chez notre malade il n'en est pas ainsi. Il ne peut donc s'agir d'un myélome. Mais il faut que vous sachiez qu'entre ces tumeurs bien étudiées en 1860 par Nelaton, et les kystes des os il y a de grosses difficultés de diagnostic : ce n'est souvent que l'intervention et la biopsie qui permettent de les différencier.

Je crois que ce malade est atteint d'un *kyste essentiel de l'humérus.* Il existe deux maladies tout à fait différentes et cependant voisines qui sont caractérisées par l'existence de kystes des os : la première c'est *la maladie de Recklinghausen* dont je vais nous montrer un type emprunté à la collection de mon collègue le Professeur Rocher. C'est une maladie dans laquelle les os présentent, comme vous le voyez-là, des lésions diaphysaires avec des cavités nombreuses, qui aboutissent souvent à des fractures pathologiques, mais elle a ceci de particulier qu'elle est *pluriosseuse* : quand un os est envahi, on trouve du côté du squelette d'autres lésions analogues. Au point de vue pronostic, la maladie de Recklinghausen est une maladie grave et incurable.

La seconde forme, c'est la *maladie de Mickulicz*, kystes essentiels des os, dont les grands caractères sont très différents de la maladie de Recklinghausen. Elle constitue un syndrome dont la nature intime n'est pas encore connue et qui présente un certain nombre de dénominations que vous devez connaître : *kyste essentiel des os, ostéite fibro-kystique*

ostéo-dystrophie juvénile de Mickulicz, enfin récemment, une des dernières publications à la Société de Chirurgie faite par Policard, les a désignés sous le nom d'*ostéo-fibrose vacuolaire*.

Quest-ce qu'on entend par ces diverses appellations ? D'abord, il s'agit d'une maladie de l'adolescence ; au point de vue étiologique, tous les malades qui sont atteints de cette affection ont moins de 20 ans, ou tout au moins ils avaient moins de 20 ans quand la maladie a débuté, car je vous dirai que ce sont des maladies qui durent très longtemps : on les observe aussi chez les adultes mais le début date toujours de l'adolescence.

Les kystes osseux peuvent aussi frapper les jeunes enfants : Lasserre en a publié une observation chez un enfant de 32 mois. C'est l'exception. Il peut s'agir de filles ou de garçons, car le sexe est absolument indifférent, de 16, 17, 18 ans. Au point de vue de la localisation, voici ce que donne la statistique (1) : fémur 35 %, tibia 22 %, humérus 16 %. Les récentes observations de Labey, Duval, Cunéo, Sorrel (2) correspondent à : humérus, 2 cas ; fémur 2 cas ; tibia, 2 cas ; péroné : 2 cas.

Au point de vue anatomo-pathologique, le kyste essentiel des os est une maladie se traduisant par une transformation de la métaphyse d'un os long qui se creuse petit à petit, insidieusement, d'une cavité pour aboutir à la production d'un kyste le plus souvent solitaire et unique. Cependant il y a des cas dans lesquels au lieu d'avoir un seul kyste, on voit deux, trois kystes séparés par quelques petites travées osseuses ; lorsqu'on ouvre l'extrémité osseuse, on constate l'existence d'un kyste sans paroi propre, c'est-à-dire sans membrane qui l'isole de l'os, c'est la paroi osseuse elle-même qui constitue la paroi du kyste. Quant à son contenu, il est formé de liquide filant ; dans une observation de Policard, on y a trouvé des masses de cholestérine formant une véritable cholestéatome, et récemment Phelip, de Vichy, a rapporté un cas analogue (*Soc. chirurgie*, 1935).

Au point de vue histologique, on note : la *transformation fibreuse* de la moelle ; la disparition du tissu osseux par un phénomène *d'ostéolyse* : l'os fond littéralement. Il semble que cette fonte osseuse est due à la présence de nombreux ostéoblastes qui produisent la cavité vacuolaire qu'on trouve à l'intérieur de l'os.

Tels sont les caractéristiques de ces kystes osseux dont l'évolution se fait très lentement.

Au point de vue symptômes : pendant un an, deux ans, le kyste passe inaperçu. Dans quelques cas l'on a pu signaler des phénomènes douloureux assez accusés mais c'est l'exception. Le plus souvent le premier signe *c'est la fracture pathologique*. On fait une radiographie, celle-ci permet de faire le diagnostic.

Dans ces cas, de quoi s'agit-il, en somme, et quelles sont les théories qui ont été émises pour expliquer ces faits ?

C'est d'abord : 1° La *théorie de l'infection* : infection atténuée de l'os au niveau du bulbe ; le gros argument de cette hypothèse c'est le point de départ, toujours le même : c'est au *niveau du bulbe de l'os* qu'est le point faible au point de vue de l'infection osseuse. Malgré cela, ce n'est certainement pas l'origine inflammatoire qui peut nous donner l'explication anatomo-pathologique. Il n'y a aucun signe inflammatoire dans l'os. Il y a une autre raison de ne pas accepter la théorie infectieuse : c'est le résultat négatif des ensemencements du liquide recueilli qui est toujours resté stérile (Sabrazès). Chez ce malade, avec l'absence de douleur, de fièvre, l'évolution insidieuse et froide, véritablement il ne saurait s'agir d'une cause inflammatoire.

2° La *théorie traumatique*. Le kyste serait l'aboutissant d'une série de petits traumatismes sur l'épiphyse ayant déterminé un hématone intra-osseux produisant un arrêt dans la circulation osseuse avec fonte des éléments osseux et transformation fibreuse. La réalité, c'est que l'os est malade au moment de l'accident, l'histoire clinique ne correspond pas du tout à ces données purement hypothétiques et non basées sur les faits. Aussi cette théorie a-t-elle été abandonnée.

3° La théorie à laquelle aujourd'hui on accorde crédit est la *théorie dystrophique*. Il s'agirait de lésions sous la dépendance de l'état général et le plus souvent de *troubles endocriniens*. C'est l'opinion générale qu'il y a là une participation de troubles du corps thyroïde, du thymus, de l'hypophyse et chez les femmes, quelquefois de l'ovaire. Quel est le primum movens de ces troubles endocriniens ? *Très souvent, la syphilis* ; on la retrouve dans la plupart de ces observations. Lorsque Mouchet en 1913 publia le premier cas de kyste de l'humérus de nature syphilitique, il attira l'attention sur la fréquence de la spécificité chez ces malades. Chez notre malade il est probable que la syphilis héréditaire est la cause des lésions dont il est atteint.

Les kystes osseux comportent encore de nombreuses obscurités. Ce sont des kystes à évolution bénigne mais qui tout de même très souvent sont le point de départ de complications sérieuses ils ont une évolution assez longue si on les abandonne à eux-mêmes.

Comment faut-il les traiter ? On a essayé le traitement médical : il a été employé par Cunéo qui fit faire treize séances de radiothérapie à une de ses malades. Chez les malades qui souffrent, cette thérapeutique les soulage, mais au point de vue du kyste, il continue son évolution jusqu'à la fracture. La radiothérapie n'est qu'un traitement accessoire : le seul traitement, c'est le traitement chirurgical.

La ponction, vous verrez qu'elle a été préconisée comme moyen de diagnostic entre le myélome et le kyste essentiel. La ponction est dangereuse, elle est susceptible de déterminer des hémorragies et d'être le point de départ de l'infection qui aggrave le pronostic.

Vous ferez une incision avec trépanation au bistouri, car l'os est tellement aminci et friable qu'on pénètre facilement ; après avoir ouvert le kyste, vous vous trouvez en présence de deux opérations qu'il faut que nous discutions : *l'opération conservatrice* et *l'opération radicale*. L'opération conservatrice c'est le curettage avec la curette de Wolkmann : il faut enlever tous les débris, nettoyer complètement la cavité et terminer en la comblant. Quels sont les procédés qu'a le chirurgien pour combler ces cavités osseuses ?

On peut se servir de la pâte d'iodoforme. C'est le procédé que j'ai vu employer par mon maître Piechaud dans de toutes petites cavités. Ce procédé de Mosetig von Morrof peut donner d'excellents résultats. On a aussi employé le plombage de l'os avec d'autres pâtes antiseptiques. Je vous mets en garde contre l'emploi de la pâte iodoforme dans de grandes cavités ou lorsqu'il y a des cavités multiples, car on peut assister à des phénomènes d'intoxication grave. Je crois vous avoir cité le cas de ce poilu qui fit de l'amaurose et devint complètement aveugle à la suite de plusieurs plombages iodoformés pratiqués dans une ambulance du front.

(1) Sabragès, Jeanneney et Mathey-Cornat. — Tumeurs des os, 1932.
(2) *Bulletin Soc. chirurgie de Paris*, 1935.

Une autre méthode consiste à faire une *greffe graisseuse* : vous prenez un lambeau de graisse hypodermique ou un morceau d'épiploon, remplissez la cavité et fermez en drainant.

Vous pouvez encore utiliser la *prothèse musculaire* ; il suffit de prendre dans un muscle voisin une greffe pédiculée avec laquelle on comble complètement la cavité. Cette méthode a été employée par Phelip (de Vichy) qui a utilisé en même temps du tissu adipeux et un lambeau de quadriceps.

Moure a préconisé la *greffe épiploïque*. Il a rapporté le cas d'un malade atteint d'un kyste osseux chez lequel après nettoyage du kyste, puis laparotomie avec ablation de l'appendice, il saisit l'épiploon, en prit un morceau avec lequel il obtura la cavité en y associant des greffes ostéo-périostiques. Dans ses travaux sur les greffes vasculaires, cet auteur a démontré que l'épiploon donne aux greffes ostéopériostées une grande chance de succès.

Dans la majorité des cas, aujourd'hui, on a recours aux greffes de Delagénière. On prend des *greffons ostéo-périostiques* sur le tibia ou sur le péroné. La cavité est comblée plus ou moins de ces greffons. Cette technique a donné dans de nombreuses observations d'excellents résultats.

La deuxième opération, l'opération radicale, c'est la *résection de l'extrémité supérieure* ou même la résection totale de l'os. La diaphysectomie partielle a été faite par Cunéo dans l'observation qu'il a rapportée en 1934 d'un sujet ayant un kyste très important à deux ou trois poches et chez lequel il pratiqua la désarticulation de l'épaule. Gernez, dans un cas de kyste simple essentiel, a fait l'humérectomie totale depuis l'épaule jusqu'à l'articulation du coude. C'est une opération qui semble excessive, mais la radiographie de son malade montre qu'elle a été au contraire très conservatrice par rapport à la lésion qui fatalement eût abouti à l'amputation du membre.

Une fois l'os malade enlevé, que vous reste-t-il à faire dans le cas de résection incomplète ? On peut recourir à la greffe osseuse entière en prenant, chez le même sujet, un morceau de péroné de la longueur voulue et en l'enfonçant dans le canal diaphysaire. Grégoire, au point de vue expérimental, a réalisé sur un chien la résection complète de l'humérus puis ayant fait reproduire le moulage de cet os en vulcanite, il remit ce moule huméral en place. Expérimentalement, la tentative réussit, mais au point de vue fonctionnel le résultat fut nul, l'animal avait sa patte en l'air et ne pouvait s'en servir, les tissus montrèrent seulement une tolérance parfaite pour ce corps étranger.

Delbet a reproduit avec succès cette expérience sur un malade. Ce qu'il y a d'intéressant, c'est la tolérance complète, puisque treize ans après, sans le moindre incident, le malade conservait son humérus en caoutchouc durci avec vous le concevez un résultat fonctionnel nul.

Dans le cas de Gernez, ce chirurgien s'est borné à soutenir le bras avec un appareil orthopédique ; le malade arrivait ainsi à se servir de son coude et de sa main. C'est là un résultat que la prothèse par corps étrangers ne donne pas en supposant qu'elle soit susceptible de le donner un jour.

Chez ce malade, qu'avons-nous fait ? Nous avons pratiqué l'immobilisation associée au traitement spécifique par des injections intraveineuses. Sous cette influence la consolidation a été obtenue ainsi que le retour *ad integrum* au point de vue fonctionnel. Est-il guéri ? Non, car la dernière radiographie qui a été faite vous montre une consolidation de l'os nouveau, mais le kyste persiste. Dans quelques cas la fracture peut être curatrice ; il y a des malades qui guérissent de leur kyste après cette complication.

Quand on examine ce jeune homme, on constate qu'il a encore de la douleur. J'ai l'impression en comparant les deux radiographies que son kyste a plutôt augmenté. Ces malades ne guérissent pas s'ils ne sont pas opérés ; chez lui j'ai l'intention intervenir : ouvrir, curetter, mettre des greffes ostéo-périostiques.

Quel est l'avenir de ces malades ? Je vous signale à ce sujet un travail très intéressant, c'est le mémoire de Buchan qui a rapporté les observations de 43 kystes essentiels des os : 33 avaient été opérés avec, dans un délai de 2 à 21 ans, 24 cas de guérison complète : la cavité complètement comblée. Ce qui ressort de toutes ces observations, c'est que l'évolution se fait très lentement et que, lorsque le sujet est syphilitique, le traitement spécifique paraît activer d'une façon considérable la cicatrisation de ces lésions osseuses : ce sont les cas qui guérissent le plus vite. Il ne s'agit pas là de l'influence du traitement sur l'os malade, mais simplement sur la réaction générale dont le kyste osseux est la manifestation indirecte chez un syphilitique. Mais il ne s'agit pas, comme l'avait pensé Mouchet d'une leçon spécifique.

Labey a rapporté un cas de kyste osseux de l'humérus tout à fait analogue à celui-ci chez un garçon de 18 ans ; dans cette observation, le kyste n'ayant pas été traité, le malade fit trois fractures successives. Si nous abandonnions ce malade à lui-même, il est très possible qu'il nous revienne dans un ou deux mois avec une fracture itérative. Dans l'observation de Labey la guérison fut obtenue simplement par l'ouverture du kyste.

Dernière observation, celle-là véritablement troublante, et par laquelle je vais terminer cette clinique. Il s'agit de l'observation de Pierre Duval : femme ayant un kyste osseux du tibia datant de dix ans, qui avait commencé à l'âge de 13 ans ; ce kyste s'étendait à une partie importante de l'os. On fait une résection étendue du tibia, puis, pour remplacer le segment enlevé, on prend à la jambe du côté opposé un fragment de péroné de même longueur : greffe importante remplaçant la partie de la diaphyse qu'on avait enlevée. A la partie supérieure la greffe prend, à la partie inférieure elle n'a pas pris ; on est conduit à pratiquer une greffe ostéo-périostée pour obtenir la consolidation.

C'est là où l'observation devient intéressante : six ans après, dans ce péroné greffé, au même endroit que sur le segment enlevé un nouveau kyste osseux apparaît. La théorie endocrinienne explique certains faits, mais ne les explique pas tous. Il doit exister des causes locales qui nous échappent pour que ce péroné transplanté devienne kystique alors qu'aucun autre segment osseux n'a été atteint chez cette malade par ce processus.

Chez le malade qui fait l'objet de cette clinique j'ai l'intention de pratiquer une intervention qui consistera à ouvrir le kyste, curetter soigneusement sa paroi que je comblerai avec des greffes *ostéo-périostées* prises sur le malade suivant la technique actuellement classique de Delagénière (1).

(1) Cette opération fut pratiquée quelques jours après avec des suites normales. Le malade revu au bout d'un an à sa cavité comblée : il est complètement guéri.

« Un de mes maîtres disait volontiers, moitié plaisant, moitié sérieux : « quand une paroi suppure j'accuse d'abord la panseuse, puis mes internes, et enfin moi-même ». Je renverserais volontiers la proposition en m'accusant d'abord moi-même et en ne m'en prenant que plus tard à mes internes et à ma panseuse. » (J. Okinczyc. — Les petites règles de la chirurgie parfaite. Un vol. 1936. Masson, édit.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 8 juillet 1936

Splénectomie. — *M. Rouhier* pratique la splénectomie par voie médiane. En attirant l'estomac hors de la plaie, on amène en règle aisément la rate et on fait une hémostase parfaite.

Méningocèle cervicale. — *M. Leveuf*, contrairement à l'opinion classique, affirme l'existence des méningocèles, particulièrement nettes à la région cervicale. Il donne comme preuves de leur nature : l'absence complète de signes nerveux, l'injection dans la poche de lipiodol qui remplit les espaces sous-arachnoïdiens, le revêtement histologique de la poche

La coupe du pédicule ne montre pas de substance nerveuse alors que la poche contient de la névroglie et quelques cellules nerveuses. Or dans les méningocèles, l'auteur montre que la névroglie peut se transformer en méninge molle. Ce qui correspond aux données embryologiques qui affirment l'origine neuro-ectodermique commune de la moelle et des méninges molles. Ces îlots de névroglie aberrante peuvent jouer les aspects classiques de myélocystocèle par exemple.

Tumeurs des os. — *M. Yves Delagenière* (Le Mans) défend l'intervention locale étendue qui n'est pas plus dangereuse que la biopsie et permet au contraire un examen complet des fragments, après l'opération. Dans un cas de tumeur à myéloplaxes de l'extrémité inférieure du radius, l'auteur fit un évid ment et plaça des greffes ostéo-périostiques dans la cavité. Ces greffons malgré la récidive locale qui se produisit demeurèrent solides.

Elargissement définitif du bassin. — *M. Yves Delagenière*, après symphyséotomie pour accouchement dystocique, réalise l'élargissement définitif du bassin par des greffes ostéo-périostiques qui maintiennent l'écart des os iliaques. Neuf observations illustrent cette technique.

Infarctus génitaux. — *M. Sénèque* relate deux cas d'infarctus génitaux dues à *MM. Chauvenet* (Thouars) et *Redon* (Paris). Le premier cas concerne un infarctus de la moitié utérine et de la trompe gauche, d'origine non-infectieuse. Le deuxième cas a trait à un infarctus tubo-ovarien total consécutif à une injection d'eau savonneuse. Dans les deux cas l'hystérectomie ne permit pas la guérison. Le rapporteur rappelle les travaux de *M. Mondor* sur l'histoire clinique de ces infarctus génitaux, dont ces deux nouveaux exemples confirment la fréquence.

Péritonite streptococcique primitive. — *M. Roques* (Marseille) observe chez une jeune femme un syndrome abdominal assez vague, d'allure péritonéale pour lequel l'intervention fut refusée. Dix jours après, un abcès collecté nécessita une incision qui entraîna la guérison.

Il s'agissait de streptocoque. L'auteur insiste sur le fait que ces péritonites streptococciques peuvent être diagnostiquées. L'observation qu'il rapporte correspond exactement en effet au tableau clinique donné par *M. Mondor* dans son ouvrage. La colpotomie, lorsque le Douglas bombe, permet parfois le diagnostic et le traitement. L'hémoculture se montra négative, ce qui est fréquent lorsqu'elle est un peu tardive. Enfin la guérison se fit sans qu'on ait fait de sérothérapie. (Rapport de *M. Sénèque*).

Fistule urétéro-vaginale partielle. — *MM. Mourgue-Molines* et *Truc* (Montpellier) ont observé dix jours après hystérectomie une fistule urétéro-vaginale. Le cathétérisme du côté atteint fut possible avec ressaut, et permit la guérison. Malgré la précocité de la thérapeutique, le rein était déjà dilaté, partiellement lésé. Le rapporteur *M. Gouverneur*, après ablation d'une tumeur incluse du ligament large, observa une collection purulente qu'il fallut drainer par colpotomie.

Peu de temps après se produisit une fistule urétéro-vaginale. Il insiste sur la fréquence des fistules latérales de l'uretère. La dénudation expérimentale de l'uretère, détermine une nécrose de la tunique interne, avec sténose secondaire et hydronéphrose. Inversement les plaies de l'uretère sont telles qu'on puisse les traiter par le simple cathétérisme.

M. Michon appuie lui aussi sur la nécessité de traiter par sonde à demeure des fistules latérales de l'uretère. Récemment une plaie latérale de l'uretère ouverte dans l'abdomen, puis à la peau, fut traitée par lui à l'aide d'un cathétérisme qui permit une guérison excellente sans grandes séquelles rénales.

Perforations d'ulcère gastrique et duodénal. — *MM. Carayannopoulos* et *Christeas* (Athènes) sur dix-huit cas d'ulcères perforés, en ont traité treize par gastrectomie avec treize guérisons. *M. Brocq*, rapporteur, avec *M. Aboulker*, a recherché dans la littérature la proportion de gastrectomies pour ulcères perforés.

Sur 1.220 opérés de ce genre, la mortalité globale est de 14 %. Sur 745 suturés, la mortalité globale est de 25 %. Jusqu'à la sixième heure, la gastrectomie donne 6 % de morts, la suture 10 %.

Mais la gastrectomie est réservée aux sujets les plus sains et aux perforations les plus précoces, alors que la suture est appliquée à tous les cas.

De la statistique il résulte que sous certaines conditions de choix, la gastrectomie est préférable à la suture.

L'étude de l'avenir des malades montre en effet son intérêt. Après la suture une proportion importante de malades continue à souffrir : sur 193 malades revus, 79 ont de mauvais résultats. Après suture et gastro-entéro-anastomose les ulcères peptiques sont particulièrement fréquents.

Après gastrectomie, la guérison est de 88 % avec 12 % d'échecs seulement. Les indications de la gastrectomie sont : en dehors des cas de nécessité où la suture est impossible ; ceux où l'infection péritonéale est évitée par le laps de temps : moins de six heures après la perforation ; ceux qui surviennent chez des malades exempts de troubles cardio pulmonaires ; enfin les cas où la gastrectomie doit être exécutée facilement et sûrement : le siège de la lésion peut interdire la gastrectomie (ulcères hauts ou trop bas situés). Il faut enfin reconnaître des conditions de technique : l'anesthésie ne doit pas être agressive; le chirurgien doit être parfaitement entraîné à la gastrectomie.

J. Calvet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 juin 1936

Gastrectomies et anémies consécutives. — *MM. Bécart* et *Luquet* se basant sur une expérience de plus de 1.000 cas d'ulcères opérés par différentes méthodes, montrent que l'anémie, consécutive à la gastrectomie, s'observe exclusivement dans les cas chez lesquels la résection a été pratiquée à un niveau trop élevé. Si, en effet, la section de la petite courbure *peut et doit* être faite sans inconvénient, très haut pour éviter les récidives ou les ulcères peptiques, celle de la grande courbure, au contraire, doit être *beaucoup plus basse* de façon à ce que la direction de la tranche gastrique tende vers la verticale. Les anémies sont, en général, légères et présentent le type hypochrome. Les auteurs n'ont jamais vu de *maladie de Biermer* se développer à la suite d'une gastrectomie, si on entend par ce terme un état myélopathique anémique caractérisé histologiquement par la reviviscence embryonnaire dont le test est la présence dans le sang circulant, et surtout dans la moelle osseuse, d'*Erythroblastes à noyau perlé.* Le traitement qui leur a donné le meilleur résultat dans ces cas d'anémie secondaire est l'opothérapie gastrique.

Chirurgie réparatrice mammaire : distribution de la peau sur le sein néoformé. — *M. C. Claoué.*

La plastique mammaire. — *M. Bourguet* expose deux méthodes opératoires, l'une du Docteur Schwarzmann et l'autre du Docteur Biesenberger qui ont été publiées il y a six ans. Tous deux avec une technique différente réduisent l'hypertrophie du sein par une ablation plus ou moins grande de la glande dans la partie externe. Pour corriger la ptose il font subir une rotation à la partie restante en portant l'extrémité inférieure du sein conservé au contact de l'extrémité supérieure. De ce fait le mamelon est relevé et replacé dans sa position normale. L'auteur fait ressortir que dans une technique publiée récemment rien de nouveau n'a été ajouté aux techniques précitées parce que c'est la même correction de l'hypertrophie et la même rotation de la partie du sein conservé.

Hypertrophie des amygdales et carie dentaire, deux portes d'entrée de la voie morbide. — *M. G. Rosenthal*

soutient que les maladies actuellement considérées comme primitives ne sont que la deuxième étape de l'évolution pathologique des individus. Il appelle voie morbide la route parfois latente souvent méconnue qui mène de la santé à la maladie. Dans l'enfance, le jeune sujet quitte la route de la santé pour descendre la voie morbide pour de multiples raisons : deux des plus importantes sont la déchéance lymphoïde et la carie dentaire. L'auteur insiste sur le fait que l'ablation des végétations et des amygdales ne dispense pas d'un traitement général de tissu lymphoïde dégénéré et que les soins dentaires sont le premier pas du traitement chimiothérapique, endocrinien et hydrologique de la décalcification.

De quelques initiatives médicales et d'une Chaire du progrès scientifique. — *M. Georges Rosenthal* demande qu'une Chaire de progrès scientifique empêche l'oubli de travaux intéressants et utiles.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Le travail à la chaine en médecine. — *Extrait du discours prononcé par M. Maurice Bedel aux* Journées médicales de Bruxelles (20 juin) *et publié par le* MERCURE DE FRANCE (15 juillet 1936) :

Il m'est arrivé souvent de me demander, au cours de ces dernières années, si la médecine, en cessant d'être un art, en devenant une science, n'allait pas à son déclin. Cette question, la plupart des praticiens se la sont posée, et je sais que beaucoup ont répondu qu'au contraire, plus la médecine serait scientifique, plus sûrement elle atteindrait son but qui n'est rien d'autre que la guérison des maladies.

Il est bien vrai, Messieurs, que nous avons vu se développer, depuis un quart de siècle les rapports du médecin et du laboratoire dans un atmosphère de confiance réciproque qui n'était pas sans rappeler les amitiés célèbres d'Oreste et Pylade, de Damon et Pythias, de Nisus et Euryale. Bientôt l'un ne sut plus se passer de l'autre : au laboratoire, le médecin demandait la preuve par *a* plus *b* de son diagnostic, ou tout au moins des éléments de preuve qui l'écartassent du doute clinique ; au médecin, le laboratoire demandait de la substance analysable, disséquable et réductible à sec, de la substance vivante et diverse en sa façon d'être vivante ; en un mot, de l'homme.

L'homme, cet être qui se croyait tout près des dieux, passa par le tube à essais, l'éprouvette et le papier filtre comme un simple composé chimique. On le vit débité en lamelles minces sous la lame du microtome ; il fut réduit en poudre, en extrait sec ; il fut pesé au millième de milligramme, mesuré au millième de millimètre. Ce roi de la création, ce terme ultime et magnifique de l'évolution, ne fut traité ni mieux ni pis qu'un cobaye d'expérimentation. Lui qui fut le modèle du *Scribe accroupi* du Louvre, de l'*Hermès* de Praxitèle, du *Saint Jean* de Rodin, livra au microscope sa cellule hépatique et les neurones de sa pensée. Il n'y eut pas une humeur de son économie qui ne fût aspirée dans la pipette d'un analyseur : son sang même, ce fleuve vivant porteur d'allégresse et de courage, ce beau flot pourpre qu'il était noble de verser pour la patrie, son sang ne fut plus rien d'autre qu'une affreuse boue rouge, qu'un courant d'égout, charriant des spirochètes et des vibrions, des urées, des urates, des urobilines et des bilirubines.

Je connais une jeune fille que tout destinait au bonheur et à l'amour — qui vont parfois ensemble — car elle était harmonieuse de corps, ravissante de traits, intelligente juste à la limite où la raison risque de l'emporter sur la sensibilité. Quand elle eut dix-huit ans, ses joues, jusqu'alors couleur de lis au lever du soleil, prirent un petit ton d'ocre jaune qui jetèrent l'inquiétude dans son entourage. Elle n'en était d'ailleurs que plus jolie, le bleu de ses yeux gagnant à être encadré d'or pâle. Et pour le reste, elle demeurait ce qu'elle était, sans que ce badigeon léger qui lui couvrait le teint changeât rien à sa grâce et à sa gentillesse.

Là-dessus, le médecin qui l'avait vue naître parla de fatigue générale, de troubles de jeunesse, d'une lassitude de fin de croissance ; bref, il sourit, tapota les joues de l'enfant, conseilla de laisser de côté les examens de licence qu'elle préparait, et il s'en fut en assurant que les couleurs reviendraient après quelques semaines de repos du corps et de détente de l'esprit. C'était un de ces médecins au coup d'œil sûr et qui font leur diagnostic en quelque sorte par enveloppement du regard.

La famille ne fut pas contente qu'il eût souri et surtout qu'il n'eût point parlé de lymphogranulomatose ou de leucose aleucémique. On lui fit un grief de n'avoir point ordonné de ces diacrinobromocardine, iononucléomarinyl, ou tout bonnement de ces phényl-éthylmalonylurée, qui sont la gloire et l'honneur de la thérapeutique moderne. On alla donc chercher d'autres avis ; on courut de consultation en consultation ; on vit les spécialistes, et comme la jeune fille n'avait spécialement rien, on les vit tous : un ophtalmologiste pour la pâleur du blanc de l'œil, un rhinologiste pour ce symptôme inquiétant que la dolente créature n'éprouvait jamais le besoin de se moucher, un arthrologiste à cause d'une certaine douleur qu'elle éprouvait au coude quand elle avait dormi, le bras replié sous elle-même ; on avait remarqué que l'écouteur de l'appareil téléphonique lui laissait l'oreille rouge quand la conversation qu'elle menait durait plus de dix minutes : on vit un otologiste.

Chacun, bien entendu, trouvait un petit quelque chose du côté de l'organe incriminé. On a toujours un petit quelque chose ici ou là, au foie, à l'œil, à une dent, au cœur, à la plante des pieds ; heureusement, sans quoi on ne se sentirait pas vivre. Chacun ordonnait donc, comme c'était son devoir, un petit traitement pour ce petit quelque chose. Et chacun, comme de juste, demandait une petite analyse. On analysa le sang ; la salive, le liquide stomacal, les larmes et en général toutes les sécrétions et excrétions de ce corps charmant.

Tout ce qui était secret dans les mystères de son jeune organisme fut livré aux pipettes, aux seringues et aux ballons de verre. Et quand on songe que le corps est un monde de viscères à jamais plongé dans la nuit, que le cœur ne voit jamais le jour

et que le cerveau — c'est-à-dire la pensée, la mémoire, la joie — est, dans la boîte du crâne, un bloc obscur qu'aucun rayon venu du ciel ne touchera jamais, on juge ce qu'il y a de cruel à livrer ainsi aux réactifs et à la flamme des laboratoires les humeurs et le sang d'une fille de dix-huit ans.

Son moi, bientôt, ne lui appartint plus : chaque consultant en avait pris une part. Elle avait laissée d'elle-même chez le radiologue et chez le preneur de sang. Elle avait abandonné de son sympathique au sympathicologiste, de son vague au vagologiste. Et les battements de son tendre cœur étaient passés par les stéthoscopes d'un peu tout le monde. Il ne lui restait rien, pas même *sa* maladie, car sa maladie, appelée fatigue générale par le premier médecin, avait pris tellement de noms qu'il était impossible qu'une jeune fille fût atteinte, à elle seule de maux aussi nombreux. Elle n'était plus autre chose qu'un symbole.

Ce symbole de la diversité prodigieuse de la médecine moderne, vous le rencontrez, Messieurs, chaque jour sur vos routes professionnelles.

Vous avez introduit dans l'art de la médecine la division du travail. Vous avez supprimé l'artiste en personne. Vous en avez fait un chef d'équipe, une sorte de contre-maître. Le médecin du XIXe siècle était fait à l'image des humanistes de la Renaissance ; il se plaisait aux connaissances générales ; ses acquisitions intellectuelles, il les étayait au moyen d'ouvrages qui s'appelaient les *Entretiens d'Epictète*, les *Pensées de Marc-Aurèle* ou bien les *Dialogues* de Platon. Il y avait du Roger Bacon en lui, du Montaigne aussi, et aussi du Gœthe. Il était un homme parmi les hommes et rien de ce qui était humain ne lui était étranger. Aussi bien était-ce en homme qu'il abordait ses malades : il était leur conseiller, leur ami. Il était dans la confidence de leurs afflictions. Il arrivait auprès d'eux avec son oreille pour ausculter, ses doigts pour palper et percuter, ses yeux pour observer, mais aussi avec son cœur pour soulager. Rien d'artificiel entre lui et le malade. Vous ne l'auriez pas vu sortant d'une mallette un appareil à ausculter ou un appareil à prendre la tension. Il s'en remettait à ses sens de le renseigner : il posait son oreille contre la poitrine du tousseur ou de l'oppressé, et ce contact avait quelque chose de fraternel, de tendre, qui réconfortait tout de suite le patient. Sa façon de prendre le pouls dès son arrivée, c'était sa poignée de main, un peu caressante, son : « Bonjour, comment allez-vous ? » appuyé par le souci de se donner à lui-même la réponse.

Ah ! Messieurs, songeons à ces temps heureux où le praticien jouait son rôle de frère de charité sans s'inquiéter d'appeler à son aide une équipe de confrères qualifiés et de leur demander, comme on dit, un coup de main. Il était le maître du terrain ; il disposait des viscères, des glandes, des humeurs et des ressources morales de son malade ; c'était sa masse de manœuvre : il en disposait à sa guise ; il menait son offensive à son seul gré, lançant la cavalerie des globules rouges à l'assaut des bastions du mal quand il lui plaisait, jetant les globules blancs dans la mêlée à l'heure H de son choix, et pourvu de munitions, appelées quinine, sulfate de soude, ipéca et huile de foie de morue, qui percutaient à tout coup. »

M. Bedel évoque ensuite le souvenir de son maître Brissaud qui fut un « artiste » et « l'apôtre des idées générales en médecine », qu'on a méprisées pour le plus grand dommage de la médecine.

Car, il faut bien en convenir ajoute M. Bedel : si la médecine se maintenait dans les voies où l'entraîne l'exemple de l'industrie, vous iriez droit, Messieurs, au travail à la chaîne.

Que voyons-nous à l'usine ? Nous voyions l'ouvrier spécialisé à outrance n'accomplir plus qu'un geste où il atteint une sorte de perfection d'automate. J'ai observé dernièrement dans les ateliers d'une fabrique de gants l'activité des ouvrières : les unes cousaient le pouce, les autres cousaient les quatre doigts, d'autres ouvraient la boutonnière et d'autres la piquaient et d'autres aussi mettaient en place le bouton, sans parler des spécialistes qui avaient étiré la peau, de celles qui lui avaient donné du poli et de celles qui, d'un cuir de mouton, avaient fait un cuir de pécari. Si bien qu'une paire de gants passait par vingt-deux paires de mains d'ouvrières, avant de trouver une paire de mains à ganter. Or, nulle de ces vingt-deux spécialistes n'eût su faire à elle seule une paire de gants : j'en reçus l'aveu de plusieurs d'entre elles.

Et que voyons-nous dans la médecine ? Si j'ose comparer un malade à un gant, je vois que le jour arrivera — et il est déjà arrivé dans certains pays — où le malade passera par vingt-deux mains avant que le diagnostic de son mal soit défini. Chacun des signes de son syndrome trouvera son spécialiste, lequel établira sa fiche, et de fiche en fiche la maladie se précisera. Toutefois, au lieu d'être la maladie du malade en personne, elle sera une maladie de confection, une maladie de série, adaptée à l'interressé et non pas faite par lui. Sur le mal véritable se superpose, se moule, un mal-standard auquel il manque, pour être autre chose qu'une image de la réalité, ce rien d'inégal et d'imparfait qui marque la différence entre la dentelle à la main et la dentelle mécanique, entre la gravure au burin et la photographie. Allons-nous vers des temps où le praticien ne sera plus en mesure d'établir à lui seul un diagnostic et s'en ira rejoindre dans le professionnalisme ces gantières qui ne savent plus tailler elles-mêmes, coudre et finir une paire de gants ?

Que MM. les Parlementaires commençent. — *Il serait question d'interdire aux médecins d'exercer après soixante-cinq ans. On ne peut le croire. Mais si cela est, il serait encore plus indispensable de décréter que tout homme politique se verra interdire l'exercice de son mandat après soixante-cinq ans : et M. Pierre Audiat le propose non sans ironie* (PARIS-MIDI, 7 juillet 1936).

Une levée de scalpels et de sthéthoscopes est actuellement provoquée par une proposition de loi qui tend à interdire la médecine à tout docteur âgé de plus de soixante-cinq ans. Il est certain que si un médecin est « fini » à soixante-cinq ans, nous ne pouvons plus avoir confiance en l'art d'Esculape. En outre, on assisterait à cette situation paradoxale : un octogénaire pourrait se faire rajeunir, mais un chirurgien de soixante-six ans n'aurait pas le droit d'opérer ce rajeunissement.

Passant à l'offensive, les médecins auxquels on se propose de fendre l'oreille demandent que la même limite d'âge soit imposée aux hommes politiques et aux gouvernants. Ils prétendent en effet qu'il est aussi difficile de soigner le corps social qu'un simple client et que guérir une typhoïde ne requiert pas plus d'agilité physique et mentale que de remédier à la situation financière.

Leur argumentation est propre à faire reculer ceux qui les voudraient contraindre à une retraite prématurée, mais elle est spécieuse. D'abord le médecin est obligé de payer de sa personne s'il veut recevoir des honoraires : on n'a jamais vu encore un docteur visiter ses malades par procuration et remettre à un « boîtier » le soin de rédiger les ordonnances. Ensuite un médecin qui tue son malade, qui commet une faute lourde, voir bénigne, encourt non seulement le discrédit mais s'entend condamner par les tribunaux à des dommages-intérêts, souvent considérables. Il n'y a pas d'exemple que les erreurs les plus graves, les fautes les plus manifestes aient coûté, même un franc symbolique, aux médecins politiques.

Enfin il y a une évidence irrésistible : un homme politique, même vert, ferait rarement un bon médecin tandis qu'un médecin « fini » est encore capable de faire un excellent député. La comparaison est donc inadéquate.

Le Gérant : Dr Victor GENTY
CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 32 LE NUMÉRO : 50 Centimes 8 AOUT 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

Travaux originaux

H.-I. GOLDSTEIN : Rapport de l'infection de la vésicule biliaire et des calculs biliaires aux affections du myocarde et des coronaires et à l'angine de poitrine 1273

Faits cliniques

DALOUS, CANTEGRIL et J. FABRE : Cancer primitif du poumon à forme pleurale et à métastases osseuses multiples simulant une tuberculose pleuro-pulmonaire avec ostéo-arthrites tuberculeuses 1283

Thérapeutique

S. DELAPLACE : La paraffinothérapie et ses applications 1284

Sociétés savantes

Académie de Médecine 1287
Société Médicale des Hôpitaux 1287

Notes cliniques et thérapeutiques . 1291

Nouvelles 1267

Il y a cent ans 1270

Echos et Glanures 1291

Bibliographie 1270 1280

NOUVELLES

Cours de perfectionnement de technique chirurgicale concernant l'appareil moteur, par les Professeurs OMBRÉDANNE ET MATHIEU. — *Erratum* : Lire : *Programme des leçons.* Jeudi 15 octobre : Les interventions palliatives pour luxation congénitale de la hanche et les interventions pour dystrophie de hanche, par le Docteur FÈVRE. — Samedi 17 octobre : La réduction sanglante de l'extrémité supérieure du fémur pour luxation congénitale de la hanche. Les interventions intracotyloïdiennes à cet effet, par le Docteur LEVEUF.

Programme des répétitions opératoires. — Jeudi 15 octobre : Butées de hanche en première position, butées de hanche en place. Les forages et greffes cervico-trochantériennes. Les ostéotomies juxta-trochantériennes. Les ostéotomies juxta-trochantériennes de direction et d'appui, par le Docteur FÈVRE. — Samedi 17 octobre : Les techniques correspondantes, par le Docteur LEVEUF.

Concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine et la nominations aux places d'é èves internes en médecine vacantes le 15 avril 1937.— La première épreuve écrite du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 12 octobre 1936, à 9 heures, au Parc des expositions (stand 50), porte de Versailles, Paris (XVe) (entrée des candidats : porte de Versailles).

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 13 à 17 heures, depuis le lundi 7 septembre jusqu'au jeudi 24 septembre 1936 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Sanatoriums publics. — M. le Docteur Reumaux, médecin-directeur du sanatorium de la Bucaille à Aincourt (Seine-et-Oise), a été nommé, sur sa demande, médecin directeur du sanatorium de Saint-Sever (Calvados).

M. le Docteur Schouller, médecin directeur du sanatorium de Saint-Sever (Calvados), a été nommé, sur sa demande, médecin-directeur du sanatorium de Saint-Gobain (Aisne).

M. le Docteur Augé, médecin directeur du sanatorium de la Grolle-Saint-Bernard (Charente), a été nommé médecin directeur du sanatorium de la Bucaille à Aincourt (Seine-et-Oise).

M. le Docteur Thorain, médecin adjoint au sanatorium de la Chapelle Saint-Mesmin (Loiret), a été affecté au sanatorium de Saint-Sever pour la période 16 juillet-16 août 1936 ; au sanatorium de la Grolle-Saint-Bernard (Charente), à dater du 16 août 1936.

Mlle le Docteur Fié, médecin adjoint au sanatorium interdépartemental d'Hauteville (Ain), a été nommée, sur sa demande, médecin adjoint au sanatorium de la Chapelle Saint-Mesmin (Loiret).

Mlle le Docteur Rénié a été nommée médecin adjoint au sanatorium interdépartemental d'Hauteville (Ain).

Mme le Docteur Canto, médecin adjoint au sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais), a été nommée, sur sa demande, médecin adjoint au sanatorium interdépartemental de Saint-Gobain (Aisne).

Mme le Docteur Rougier-Marmet a été nommée médecin adjoint au sanatorium du département du Rhône à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

Bourses d'études a l'Institut Carlo Forlanini, à Rome. — Le Gouvernement italien a décidé d'accorder pour l'année 1936-1937, six bourses d'études à l'Institut Carlo Forlanini, à Rome.

Ces bourses, mises au concours, d'une valeur de 3.000 lires chacune, plus la nourriture et le logement, doivent servir à faciliter le stage de médecins étrangers à l'Institut « Carlo Forlanini », à Rome. Ce séjour se répartira sur l'année universitaire (du 15 novembre au 15 juillet), c'est-à-dire huit mois interrompus par les vacances usuelles.

Les boursiers devront obligatoirement résider à l'Institut

Les bourses seront attribuées de préférence à de jeunes médecins déjà familiarisés avec les problèmes de la tuberculose et désirant se perfectionner dans cette branche.

L'attribution de ces bourses aura lieu à la prochaine session du Comité exécutif de l'Union internationale contre la tuberculose, qui doit se réunir le lundi 7 septembre 1935, à Lisbonne.

Les médecins français désireux de participer à ce concours sont invités à adresser leur demande accompagnée des renseignements sur leur âge, leurs titres, leur expérience professionnelle, etc., au siège du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe), avant le 20 août 1936.

La crémation en France.— La Société pour la propagation de l'incinération, fondée en 1880, et dont le siège se trouve 10, rue Fanny, à Clichy (Seine), vient de publier son *Bulletin annuel*, qui enregistre un développement de plus en plus grand de l'idée crématiste en France.

Parmi les fours crématoires en fonctionnement, celui de Paris occupe la première place, soit 920 incinérations pour l'année écoulée, viennent ensuite Strasbourg, 215 ; Marseille, 143 ; Lyon, 44 ; Rouen, 6 ; Reims, 2.

Xe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose. — La Xe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose (secrétaire général : Prof. Fernand Bezançon) se réunira à Lisbonne, du 7 au 10 septembre 1936, sous la présidence du Prof. Lopo de Carvalho, président élu de l'Union internationale. La discussion sera limitée à trois sujets principaux.

Question biologique. — « Les aspects radiologiques du hile pulmonaire et leur interprétation ». Rapporteur : Prof. Lopo de Carvalho (Portugal).

Question clinique. — « Primo-infection tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte ». Rapporteur : Docteur Olaf Scheel (Norvège).

Question sociale. — « Prophylaxie de la tuberculose à domicile ». Rapporteurs : Docteurs Ch. J. Hatfield (Etats-Unis) et D.-A. Powel (Grande-Bretagne). Dix co-rapporteurs, désignés d'avance d'après une liste présentée par les 44 pays membres de l'Union, ont été adjoints au rapporteur principal pour ouvrir la discussion sur chacune des questions inscrites à l'ordre du jour.

Le Comité d'organisation de la Conférence a préparé un programme très attrayant de réceptions et d'excursions ; ces dernières feront connaître aux congressistes les principales

institutions antituberculeuses du Portugal, ainsi que les sites admirables de ce pays renommé pour sa beauté.

Les membres de l'Union internationale sont invités à la Conférence et sont exemptés de tous frais d'inscription. Ils sont priés de remettre leur adhésion, soit par l'intermédiaire de leur gouvernement ou Association nationale, soit directement au Comité d'organisation de la Conférence, à l'adresse suivante :

Comité d'organisation de la X[e] Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose, assistencia nacional aos tuberculosos, avenida 24 de julho, Lisbonne (Portugal).

Les inscriptions pourront également être reçues au siège du secrétariat de l'Union internationale contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VI[e]).

Les personnes qui ne sont pas membres de l'Union et qui désirent s'inscrire comme « Membres de la Conférence » doivent envoyer leur demande, accompagnée d'une cotisation de 200 escudos (environ 125 francs français), exclusivement par l'intermédiaire du :

Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VI[e]).

Les congressistes bénéficieront de réductions sur les prix des hôtels et des chemins de fer.

Syndicat des chirurgiens français. — Le Syndicat national des chirurgiens-français a tenu une assemblée générale extraordinaire le 19 juillet 1936 : deux ordres du jour importants ont été votés.

Le premier, proposé par le Docteur Marquis, secrétaire général, au nom du bureau du Syndicat, a obtenu la priorité à une forte majorité, cette priorité ayant une signification de confiance dans le Conseil.

L'assemblée générale des chirurgiens français, approuve l'action de la Confédération tendant à éviter l'étatisation de la profession médicale tout en assurant l'organisation et le fonctionnement de la médecine préventive ;

Mais considérant l'effort individuel et méritoire de beaucoup de ses membres pour assurer dans des conditions économiques abordables pour tous, le traitement dans les cliniques chirurgicales particulières, lesquelles constituent une part importante de l'armement sanitaire français moderne,

demande que la création de services pour payants annexés aux établissements publics ne puisse être autorisée qu'après double enquête établissant la carence ou la déficience de maisons de santé privées, enquête menée concuremment, d'une part par l'Administration, d'autre part, par les Syndicats médicaux.

Un addendum à cet ordre du jour (proposé par le Docteur Buizard) a été également adopté :

Le Syndicat national des chirurgiens français décide la nomination d'une Commission de trois membres qui sera chargée de dresser l'inventaire des organisations chirurgicales actuelles, et d'en présenter à l'assemblée générale du mois d'octobre, les résultats avec les suggestions qu'on en pourrait tirer.

Deuxième ordre du jour (proposé par le Bureau).

L'assemblée générale des chirurgiens français,

Considérant que le remboursement à l'assuré opéré en maison de santé libre, remboursement basé par un certain nombre de caisses sur le tarif de responsabilité établi pour les hôpitaux publics, est une atteinte directe au libre choix du praticien par le malade,

Considérant que le fait de pousser ainsi tout assuré social justiciable d'une opération vers l'hôpital public, réalise pour les assurés la « médecine pour pauvres ».

Considérant que les assurés sociaux du fait de leurs versements considérables ont droit à des soins comparables à ceux qui sont dispensés aux malades libres de la clientèle ordinaire,

Considérant que l'exercice libre de la chirurgie se trouverait compromis pour une grande part si les errements signalés devaient continuer,

Fait confiance à la Confédération pour obtenir que soit réglée cette question dans le sens de l'équité et du respect de la liberté individuelle, et appuiera par tous les moyens l'action menée à cet effet.

Fait confiance à la Confédération pour obtenir :

1° Que les opérés en maisons de santé bénéficient du même remboursement que ceux qui sont traités à domicile.

2° Que soient repris au plus tôt les travaux de la Commission nationale.

IV[e] Congrès fédératif international d'anatomie. — Le IV[e] Congrès international d'anatomie se réunira à Milan du 3 au 8 septembre 1936. Les travaux du Congrès se dérouleront simultanément en deux sections distinctes :

a) Histologie. Histophysiologie. Embryologie descriptive et expérimentale.

b) Anatomie macroscopique et microscopique.

Un programme parfaitement établi et très clair permettra aux congressistes de profiter de leur séjour à Milan.

Secrétaire général du Congrès : Via Luigi Mangiagalli, 31, Milan, Italie.

Cours de pratique chirurgicale oto-rhino-laryngologique (Hôpital de la Glacière) du Professeur Georges Portmann, donné à Paris du jeudi 22 octobre au mercredi 28 octobre 1936, avec la collaboration du Docteur J. Auzimour, du Professeur agrégé Despons et du Docteur Paul Leduc.

Programme. — Jeudi 22 octobre, 9 h. 30 : Les vertiges. Leur traitement chirurgical ; 15 heures : Les otites aiguës ; 16 heures : Sinusites fronto-maxillaires. Traitement chirurgical.

Vendredi 23 octobre, 9 h. 30 : Mastoïde. Anatomie, pathologie ; 15 heures : La mastoïdectomie.

Samedi 24 octobre, 9 h. 30 : Ethmoïde. Anatomie, pathologie, chirurgie ; 15 heures : Insuffisance respiratoire nasale et traitement chirurgical.

Lundi 26 octobre, 9 h. 30 : Tumeurs malignes du massif facial ; 15 heures : Amygdales. Anatomie, pathologie, chirurgie.

Mardi 27 octobre, 9 h. 30 : Les otites chroniques ; 15 heures : Traitement chirurgical des otites chroniques.

Mercredi 28 octobre, 9 h. 30 : Tumeurs malignes du larynx ; 15 heures : Chirurgie du larynx.

Ce cours essentiellement pratique comprend des séances opératoires de démonstration. Chaque assistant sera individuellement initié aux détails de la technique chirurgicale et de l'anesthésie.

Ces séances opératoires seront précédées d'un exposé théorique, après examen de malades, accompagné de projections et de films cinématographiques.

Droit d'inscription : 250 francs.

Les inscriptions seront reçues chez le Professeur G. Portmann, 25 *bis*, cours de Verdun, à Bordeaux.

Concours de l'internat des Asiles d'aliénés de la Seine — Un concours pour quatre places d'interne en médecine titulaire et la désignation d'internes provisoires des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police et de l'Hôpital Henri Roussel (service de prophylaxie mentale), s'ouvrira à Paris, le 22 octobre 1936.

Le nombre des places mises au concours pourra si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine service de l'Assistance départementale, troisième bureau, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, deuxième étage, pièce 227, tous les jours dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, du 28 août au 11 septembre inclus.

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine. — La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine met en garde les médecins contre les sollicitations dont ils peuvent être l'objet de la part de certaines publications : sous prétexte de faire de la propagande à l'étranger, elles publient des notices sur la carrière et les travaux scientifiques de certains médecins. Ces publications constituent au premier chef une réclame déguisée contraire aux principes d'une saine déontologie et condamnée par les groupements médicaux au même titre que la collaboration aux journaux dits de vulgarisation.

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine. — La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine rappelle à tous les médecins qu'un service de renseignements a été institué 28, rue Serpente (le jeudi de 10 heures à 11 heures).

Elle rappelle également que, signataire des conventions, elle est seule chargée des rapports avec les Caisses et qu'il est préférable à tous points de vue d'éviter les correspondances individuelles ; si des difficultés se présentent, particulièrement en ce qui concerne le contrôle, c'est à la Fédération qu'il faut les signaler pour qu'elle puisse s'occuper de leur règlement. Elle recommande à tous de n'accorder de repos aux assurés sociaux qu'avec la plus grande circonspection.

Hôpital Saint-Michel (Paris). — Un assistant est demandé au service de gastro-entérologie de l'hôpital Saint-Michel. Trois matinées par semaine, 300 francs par mois. Nomination après six mois de stage dont trois payés. Écrire, en envoyant titres au Docteur Maurice Delort, 1, place d'Iéna, Paris (XVI[e]).

Manifestations médicales d'août. — 17 au 22 août : Berlin. III[e] Congrès international d'oto-rhino-laryngologie. Renseignements : Chemins de fer allemands, 38, avenue de l'Opéra, Paris. (*Pédiatrie Pratique.*)

Légion d'honneur. — PENSIONS — Sont promus :

Au grade d'officier. — M. Regnard (à Paris).

Au grade de chevalier. — MM. Bonnet et Bruneau, Maginet-Pelonnier (à Paris).

GUERRE. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin colonel Bablon.

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de commandeur.* — M. Prosper E. Weil, médecin des hôpitaux de Paris.

Au grade d'officier. — MM. Bec (à Avignon), Decamps (à Amiens), Marcel Gallois, J. Marsan, J. Mawas et G. Rosenthal (à Paris), G. Tourneux (à Toulouse).

Au grade de chevalier. — MM. E. Barral (à Vaison), Bolot (à Senlis), Coliez (à Paris), Corset (à Vichy), Moyse Créhange (à Nancy), Donnegau (à Perpignan), Dudefoy (à Chartres), Eudlitz (à Boulogne-Billancourt), Etienne Guérin (au Chesle), Leclercq (à Chatou), Louit (à Paris), Martz (à Chalon-sur-Saône), Moneger (à Egletons), Mozer (à Berck), Jean Paris (à Troyes), Richard (à Paris), Souquet (à Foix), Raoul Weill (à Paris).

Ministère des colonies. — MM. les Docteurs Cormaty et Charbonnier ont été reçus au concours pour l'emploi de médecin stagiaire de l'assistance médicale indigène en Afrique occidentale française.

Ecole de médecine de Tours. — Par décret en date du 9 juillet 1936, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale, l'emploi de chef des travaux de médecine opératoire à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Tours est supprimé à dater du 1[er] octobre 1936.

Il est créé à ladite école, à compter de la même date, une chaire de médecine opératoire et anatomie topographique.

NÉCROLOGIE. — **L. Devoto.** — Le Professeur Luigi Devoto vient de mourir et sa perte sera ressentie aussi vivement en France qu'en Italie. Le défunt était une des personnalités les plus marquantes de l'Italie. Ses travaux sur les maladies de l'estomac, de la nutrition, la forte impulsion qu'il avait su donner, depuis qu'il était directeur de l'Institut del Lavoro de Milan, à l'étude des maladies professionnelles méritent le plus grand éloge. J'avais connu Devoto au Congrès de thérapeutique où il fit sur le traitement chimique de l'ulcère de l'estomac un rapport remarquable.

Sa haute stature en imposait quelque peu mais la cordialité de son accueil, la franchise de son regard, sa grande bonté aussi attiraient la sympathie. Et sa haute valeur intellectuelle, sa probité professionnelle pouvaient être citées en exemple.

Nos relations épistolaires remontaient à l'époque lointaine où j'eus comme collaborateur son élève et son ami, P. Boveri, tristement décédé il y a quelques années. Elles se consolidèrent à ce Congrès où j'avais pu l'approcher, le mieux connaître et l'apprécier.

Je tiens à exprimer à sa famille, à ses amis, à ses élèves, à ses collègues italiens qui sont nos amis et vers qui sont allées si souvent nos sympathies, la part que nous prenons à leur deuil et à leur tristesse.

M. LOEPER.

IL Y A CENT ANS

12 AOÛT 1836. — *Ordonnance sur le Service de santé :*

Elle fut préparée, disent Brice et Bottet, par une Commission où les membres du Conseil de santé étaient en minorité, et constitua, d'après Gama un acte d'hostilité contre les officiers de santé.

En réalité, au point de vue du recrutement et de l'enseignement, l'ordonnance de 1836 renfermait d'importantes dispositions.

Le Val-de-Grâce devenait hôpital de perfectionnement.

Les emplois de chirurgiens élèves, les grades de chirurgien sous-aide et aide-major étaient au concours ainsi que les chaires de professorat.

BIBLIOGRAPHIE

Divers

Diderot. *Ses idées philosophiques*, par I.-K. LUPPOL. Un volume in-8 couronne de 400 pages, 15 francs. Collection « Socialisme et culture ». Editions sociales internationales, 24, rue Racine, Paris (VI[e]).

Une histoire de la philosophie très répandue dans les milieux universitaires juge Diderot en cette phrase lapidaire : « Diderot est comme a vivante image de son temps : on ne parle jamais tant de philosophie et il n'y eut jamais moins de philosophie proprement dite. »

L'ouvrage du philosophe soviétique I.-K. Luppol s'inscrit en faux contre ce jugement, que la plupart des Français acceptent sans contrôler ; il réhabilite le matérialisme français du XVIII[e] siècle en la personne du directeur de *l'Encyclopédie*.

Le *Diderot* de Luppol est un essai pour appliquer à l'histoire de la philosophie marxiste. L'auteur, démêlant à travers l'enchevêtrement des doctrines philosophiques et des progrès de la science les multiples conflits entre les classes sociales à la fin de l'Ancien régime, montre en Diderot le représentant et le porte-parole de la bourgeoisie cultivée, préparant la Révolution qui devait porter au pouvoir les couches supérieures du tiers Etat et substituer à l'économie féodale l'économie capitaliste. Ce double caractère révolutionnaire et bourgeois explique ce qui est encore vivant et actuel et ce qui est périmé dans l'œuvre de Diderot : ses vues prophétiques de philosophe et de savant, ses timidités et ses insuffisances de moraliste et de réformateur social.

Du Pétrole, par Victor FORBIN. Un volume in-16 sur papier bouffant d'alfa, broché, couverture couleur, 8 francs. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris (VI[e]).

Tous les ouvrages consacrés jusqu'ici au pétrole s'adressaient exclusivement aux techniciens ; aucun auteur ne s'était avisé, semble-t-il, que le sujet pouvait et devait intéresser le grand public, à une époque comme la nôtre, où l'huile minérale et ses dérivés jouent un rôle de plus en plus important dans la vie des peuples comme dans celle des individus. Le livre de M. Forbin comblera cette lacune.

TRAVAUX ORIGINAUX

Rapport de l'infection de la vésicule biliaire et des calculs biliaires aux affections du myocarde et des coronaires et à l'angine de poitrine

Par le Docteur **Hyman I. GOLDSTEIN**
Camdem, New Jersey, U.S.A.

Dans sa cinquante-quatrième lettre adressée à Lucile, le philosophe L. A. Seneca (4 avant J.-C. à 65 après J.-C.) parle de ses attaques inquiétantes d'angine de poitrine et de « meditatio mortis. »

(« Longum mihi comma-tum dederat mala valitudo ; repente me invasit. Quo genere ? inquis. Prorsus merito interrogas : Adeo nullum mihi ignotum est. Uni tamen morbo quasi adsignatus su, quem quare Græco nomine adpellem, nescio ; satis enim apte dici *suspirium* (gémissement douloureux) potest. Brevis autem valde et procellæ similis est impetus ; intra horam fere desinit. Quis enim diu exspirat ? Omnia corporis aut incommoda aut pericula per me transierunt, nullum mihi videtur molestius. Quidni ? Aliud enim, quidquid est, ægrotare est, hoc, animam agere. Itaque medici hanc *meditationem mortis* vocant. »)

Le Cappadocien Aretæus (2e siècle avant J.-C.) qui en sa qualité de clinicien de l'antiquité doit être rangé à côté d'Hippocrate (460 à 370 avant J.-C.) traite dans son article « De Syncope » (De caus. et sig. liber II Cap. B) des relations entre les conditions gastro-intestinales et la « Syncope cordis » et le « rapide destructeur de la vie » (angine de poitrine ?)

(« Comitialis morbus caput obfidet. Pari igitur ratione, et syncope cordis, et vitæ ægritudo est. Quicunque vero stomachi affectum syncopem esse opinatur »).

Il y a plus de trois siècles que William Harvey (1578-1657) décrivit dans son « Exercitatio altera » adressée à J. Rolanus en défense de son travail « De motu cordis » (1628) le cas d'un noble, Robert Darcy, qui mourut d'angine de poitrine et d'affection coronaire (et de l'aorte). A William Heberden (1710-1081) nous devons la classique description de l'angine de poitrine « de Heberden » (1768, toutefois, en 1632 un cas d'angine de poitrine avait été décrit dans les mémoires du Earl of Clarendon dont le père souffrait de cette maladie.

La communication de Heberden fut suivie par celles de Parry (1755-1822) en 1799, de Jenner (1749-1823) et de Fothergill (1712-1780), Morgagni (1682-1771), John Hunter (1728-1793), Rougnon (févr. 1768), Haygarth (1805), Friedr. Hoffmann (1660-1742), cœur douloureux 1730, asthme convulsif (1707), Hodgson (1788-1869), Allan Burns de Glasgow (1781-1813), Huchard Mac Kenzie, Breda, Wenkebach, Vaquez, Danielopulo, Lewis (Sir Thomas), Levine, et de nombreux autres ont contribué à une littérature considérable sur ce sujet.

J.-B. Morgnagni rapporte le cas d'un vieil homme débile dont il fit l'autopsie en décembre 1743, à l'hôpital de Padoue. Il décela de l'ossification de la vésicule biliaire qui contenait vingt calculs. « L'artère coronaire gauche était transformée en un canal osseux depuis son origine pour atteindre la largeur de plusieurs doigts là où elle contourne la plus grande partie de la base cardiaque, et une partie de cette très longue branche qui descend sur la face antérieure du cœur avait subi une ossification épaisse d'une largeur de trois doigts posés transversalement (« De sedibus et causis morburum per anatomem indagatis Tomus primus, liber II Epist. Anat. XXIV article 16, p. 252, « De morbis thoracis », 1761, Venetiis Ex. Typographia Remondiniana).

Le premier cas clinique d'occlusion coronaire correctement diagnostiqué fut relaté par Adam Hammer (1818-1878) sous le titre : « Ein Fall von thrombotischem Verschluss einer der Kranzarterien des Herzens », 2 février 1878 (*Wiener Med. Wochenschrift*, 28, n° 5, 97-102). A l'autopsie exécutée ultérieurement, ce diagnostic se révéla exact.

George Dock (1896) et James B. Herrick (1912) ont popularisé ce sujet en Amérique. Depuis les publications de A. Laveran (23 février 1878), Karl Dehio (29 nov. 1880), Obratzow et Straschesko (1910), Hochhaus (1911), et le deuxième article de Herrick (1918), des centaines de travaux sur l'angine de poitrine, la thrombose et l'embolie ont paru.

Au cours de ces dernières années il y eut des publications dans lesquelles on a essayé de démontrer quelque relation entre les infections de la vésicule biliaire et la présence de calculs biliaires d'une part et les affections cardiaques d'autre part. Gangolphe observa dans neuf cas, quatre de calculs biliaires, deux d'ictère émotif, deux de cancer du foie et un d'angiocholite, la présence de murmures cardiaques. (Du bruit de souffle mitral dans l'ictère, Thèse de Paris, 1875.)

Potain (*Gaz. des Hôp.* 1878, p. 667) rapporte un cas d'insuffisance de la valvule tricuspidienne due à une infection biliaire. Rendu (De l'influence des maladies du cœur sur les maladies du foie et réciproquement, Paris 1883) parle d'un cas où, pendant une attaque de colique hépatique, il se développait un souffle systolique. De huit cas d'ictère cinq montrèrent des affections cardiaques suivant Fabre (*Gaz. des Hôp.*, 1877, p. 916). C. Oddo (« Péricardite complication de colique hépatique », *Rev. de Méd.*, 1893, 13, pp. 829-840) discute de la péricardite comme complication de colique biliaire et cite un travail de Luys (1864) sur un cas d'ictère accompagnée d'endocardite ulcéreuse. Les publications de Riesman (1907), Robert H. Babcock (« Chronic Cholesizistitis as a cause of Myocardial Incompetence », *Trans. Assoc. Amer. Phys.*, 1909, 21 ; 43 »), Funck (1931), Leach (27 juin 1929), Ramon (11 juillet, 13 déc. 1931), Leva (17 mars 1892, deux cas d'endocardite ulcéreuse résultant d'une affection de la vésicule biliaire), Martineau (1886), Netter et Martha (1886), Revillons (L'effet de l'ictère sur le système circulatoire, *Gaz. des Hôp. Paris* 1878 ; 51, 666-667), Schwartz et Herman (The association of cholecystitis with cardiac affections ; *Ann. Int. Med.* 4 janv. 1931, p. 783), Roberts (The diagnostic Relations between the gall-bladder and the heart ; *Illinois Med. J.*, 56, nov. 1929, 317-321) ; Riesman (*Am. J. Med. Sci.*, 142, nov. 1911, 655-658), Mayo (« Innocent » Gall-stones a Myth ; *J. A. M. A.*, 56, n° 14, 1021-1024), Weiner (nov. 1933), Carmichael (Relation of Gallbladder disease without Jaundice to Bradycardia and Heart Disease ; *Southern Med. J.*, 27, mai 1934, 307-409), W. E. West (« Anginoid Symptoms of Gallbladder disease ; *Southern Med. J.*, 27, mai 1934, 410-413), Ducan Fitzwilliams (février 1935), (Langeron 19 mars 1934) et d'autres auteurs ont stimulé l'intérêt des cliniciens et chirurgiens aux rapports possibles entre les affections de la vésicule biliaire d'une part, et les affections du myocarde, la thrombose coronaire et l'angine de poitrine d'autre part. Ils ont également fait ressortir l'amélioration remarquable qui suit la cholécystectomie chez de nombreux cardiaques.

Fitz Hugh et Wolferth ont constaté que les opérations de la vésicule biliaire produisent ordinairement une amélioration de l'état cardiaque (*Ann. Surg.*, 101, janv. 1935, n° 1, 478-483). Fitzwilliams rapporte le cas d'un homme de 73 ans qui pendant bien des mois avait souffert d'insuffisance cardiaque. Il existait de fortes douleurs précordiales et abdominales avec une vésicule biliaire distendue et souple, sans trace de jaunisse. Subitement il fut pris de douleurs abdominales aiguës et de vomissements. L'opération révéla la présence d'un carcinome à cellules fongueuses et de calculs biliaires. Le malade fut guéri et ne souffrit plus du cœur depuis. Onze

◆

mois plus tard son foie présentait, à la palpation, une masse métastasique et le malade avait des vomissements intermittents.

Kerr (*California State J. Med.* 2, nov. et déc. 1904, 369-371, 3 janv. 1905, 16-19) décrit le cas d'un malade de 56 ans avec une attaque anginoïde aiguë et les symptômes d'une affection de la vésicule biliaire. Mais l'auteur attribua ces deux syndromes à des troubles du métabolisme protéique. Le malade souffrait d'attaques d'angine aiguë qui disparurent par l'administration de calomel.

Iodures, morphine, nitroglycérine restèrent sans effet Kerr mentionne le cas d'un infirmier qu'il vit comme consultant en 1891 et qui, à la suite d'un accès de fièvre typhoïde eut une subite « attaque du cœur » que Herr suspecta d'être une thrombose des petites branches des artères coronaires. Il cite Osler qui dit « une mort subite suit assez fréquemment le blocus d'une des branches de l'artère coronaire » (janvier 1905), Dans la Toland Memorial Lecture 16 et 17 mai 1904, Kerr traite la « Myocardite et son rapport particulier avec un métabolisme désordonné. »

Healy, Gallison et Brunds parlent de « Gastro-intestinal Allergie associated with Transient Interventricular Block » (*New England J. Med.*, 210, 1934, 123), K. P. von Eiselsberg (*Klin. Wochenschr.*, 13, 1934, 619-622) et en rapport l'angine de poitrine et l'alergie de même que Emanuel Libman de New, York, qui pense qu'œdème et dilatation des vaisseaux coronaires pourraient se former comme suite d'allergie et entraîner des attaques d'angine. Eiselsberg a vu des cas d'angine de poitrine présentant des modifications électrocardiographiques déterminées par de l'anaphylaxie. Chez un malade les carottes et tomates se révélèrent comme cause des symptômes, chez un autre ce fut le lait, les œufs et d'autres allergènes. Eiselsberg étudia aussi la « Pseudo-angine diaphragmatique, l'angine de poitrine d'origine gastrique, l'angine de poitrine et Allergie » (*Klin. Wochenschr.*, 13, 1934, 619-622).

Wayne et Graybiel (*Clin. Sc.*, 1, nov. 1934, 287-304) parlent de l'effet de la nourriture, de dilatation gastrique, de la température extérieure et d'exercices répétés sur l'angine par l'effort, avec une note sur l'angine indolore. Root et Graybiel (*J. A. M. A.*, 96 ; 21 mars 1931, 925) ont analysé 210 cas d'angine de poitrine compliquant le diabète.

Une vésicule biliaire malade peut produire des troubles cardiaques par la présence dans le sang circulatoire d'un taux élevé de sels et acides biliaires, pigments, etc., qui ont une action toxique sur le myocarde, cependant une vésicule biliaire infectée peut aussi agir comme un foyer pour la production de toxines bactériennes.

Suivant Fabre (1877) l'accumulation de sels et acides biliaires dans le sang provoque de la myocardite. Quincke observa du bruit de souffle, mais il pensait que sa présence n'était pas plus fréquente dans l'ictère que de dans d'autres maladies. Gangolphe (1875) considère comme principal facteur nocif pour le cœur une paralysie des muscles papillaires et une anatomie du myocarde et pense que ce serait ainsi que se développerait le bruit de souffle systolique. Fabre estime que l'ictère entraîne une lésion cardiaque qui comporterait une myocardite déterminée et il a également observé des troubles de la circulation capillaire mis en évidence par des hémorragies sous-cutanées et des saignements du nez. Il est de l'avis que, dans la jaunisse, l'altération du sang et la stase capillaire sont les troubles circulatoires principaux, tandis que, dans la jaunisse les phénomènes cardiaques sont seulement d'ordre secondaire. La myocardite ne relève pas de la fièvre mais est due aux lésions hépatiques et les troubles circulatoires sont causés par la présence dans le sang de sels et acides biliaires. Ces substances comportent une dégénération granuleuse et adipeuse des viscères enveloppant le cœur. Les pigments et le cholestérol ne seraient pas toxiques selon Fabre. Il estima aussi que l'anémie qui apparaît dans quelques-uns de ces cas de jaunisse cause les symptômes cardiaques caractéristiques.

D'après Riesman le bruit de souffle qu'on entend dans les cas de colique hépatique et de calculs biliaires est lié à une faiblesse du myocarde avec insuffisance relative et temporaire de la valve mitrale. L'infection chronique des canaux biliaires qu'on trouve dans beaucoup de cas de calculs mène assurément à la dégénération du myocarde. On rencontre des conditions cardiaques analogues dans les cas de fibromes utérins. De par cela nous avons ce que l'on appelle le « cœur cholécystique » (*Flint. Brit. M. J.*, n° 3126, 2, 27 nov. 1920, 819-820) et le « cœur du fibrome utérin. »

Sir Berkley Moynihan attire tôt l'attention sur l'excitabilité du cœur chez les cholécystiques et H. L. Flint donne l'explication suivante :

Dans le muscle cardiaque il y a formation continue de matières stimulantes. L'addition à celles-ci des sels biliaires se trouvant en exès dans le sang a comme suite une augmentation de la perméabilité des membranes des cellules pariétales du muscle cardiaque qui, normalement, sont semi-perméables, c'est-à-dire perméables seulement pour un ion, positif ou négatif. Dans l'état d'excitation les membranes des cellules pariétales deviennent perméables pour les deux ions, positif et négatif, l'état de polarisation de la double couche de Helmholz subit la dépolarisation et il existe entre l'active et la non-active partie du muscle une différence potentielle vérifiable au galvanomètre. L'excitation est donc combinée à une augmentation de la perméabilité de la membrane cellulaire. Chaque substance augmentant la perméabilité de celle-ci comporte une augmentation de l'excitabilité de la cellule et donne lieu à une formation prématurée et subite de matières stimulantes qui entraîne une contraction musculaire prématurée. La répétition de ce processus aura comme suite une accélération des battements du cœur. Or, on sait que les sels biliaires produisent une élévation de la perméabilité des cellules pariétales et, partout, une augmentation de l'excitabilité du muscle cardiaque et des battements du cœur. Le taux des sels biliaires circulant dans le sang chez un cholécystique est augmenté et c'est là la cause de la nature excitable du cœur cholécystique.

Au cas contraire nous voyons que la diminution des sels biliaires circulant dans le sang correspond à une diminution de la perméabilité des membranes des cellules pariétales et de leur excitabilité. Dans la jaunisse les sels biliaires se trouvent en quantité moindre dans le sang ce qui explique le ralentissement du pouls dans cette maladie.

C'est un fait connu que l'affection de la vésicule biliaire est assez commune chez les diabétiques. On sait aussi que l'angine de poitrine et les affections coronaires apparaissent chez 10 % des diabétiques d'âge moyen. Ces deux sortes de conditions résultent fréquemment de calculs ou de l'infection de la vésicule biliaire.

Il faut donc reconnaître une relation caractéristique entre les maladies du cœur en général et les affections de la vésicule biliaire, et, dans cet ordre d'idées, il convient de noter tout particulièrement l'occurence du cœur artério-scléreux chez les malades de la vésicule biliaire. L'existence fréquente de lésions cardiaques chez ces malades décelée au cours de l'autopsie a été notée par plusieurs auteurs. Puisque les calculs biliaires se trouvent chez 10 % de la race humaine (Naunyn), les lésions cardiaques doivent peut-être plus souvent être attribuées aux affections de la vésicule biliaire qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Mayo parle de « calculs innocents » comme d'un mythe. (*J. M. A.*, 56 ; n° 14, 8 arr. 1911, p. 1021).

Dans son discours « Cardiac murmure during attacks of biliary colic » fait devant l'Association gastro-entérologique américaine le 19 avril 1911, Riesman dit que dans 11 % de 56 cas d'affection biliaire qu'il vit dans sa propre clientèle et comme consultant il observa du bruit de souffle. Dans cinq des cas le souffle n'existait pas avant les attaques hépatiques Bientôt après les attaques ou à la suite de l'opération le bruit de souffle disparaît ordinairement ; le bruit de souffle s'installant pendant une attaque est systolique, très fort et soufflant ; on l'entend le mieux à l'apex. Le cœur est presque toujours un peu dilaté.

Riesman considère le bruit de souffle comme une suite ou un effet de l'affection biliaire ; il dépendrait probablement

d'une faiblesse du myocarde accompagnée d'insuffisance relative et temporaire de la valvule mitrale. Pendant des coliques hépatiques douloureuses il s'installe une subite élévation de la pression sanguine qui donne lieu à de la dilatation et au bruit de souffle. Celui-ci est une indication plutôt pour que contre l'intervention chirurgicale. On ne saurait assez insister sur le fait que l'infection chronique des canaux biliaires déclenche la dégénération du myocarde et la sclérose coronoïdienne et par cela, augmente le danger de voir apparaître l'angine de poitrine et la thrombose coronaire.

Babcock (1909) émet l'opinion que l'opération faite à temps prévient contre des lésions cardiaques ultérieures et sauve la vie du malade. Je suis de l'avis que l'on devrait prêter plus d'attention aux complications cardiaques au cours d'infections de la vésicule biliaires et de calculs biliaires si l'intervention chirurgicale faite à temps et convenablement permet d'éviter les lésions cardiaques, l'angine de poitrine, et l'affection des coronaires (thrombose coronaire) et de prolonger ainsi la vie de beaucoup de nos malades souffrant de la vésicule biliaire.

Brève revue de la littérature

Gueneau de Mussy (1878), a relaté la présence de souffle cardiaque dans la jaunisse. Il l'attribue à un effet paralysant des sels biliaires sur les vaso-moteurs et le système circulatoire général.

Victor Revillout (*Gaz. des Hôp.*, 51, n° 84, 20 juillet 1878, 666-667) dit dans son travail « de l'influence de l'ictère sur le système circulatoire » que c'est C. de Mussy qui a décrit le premier l'occurrence du bruit de souffle dans la jaunisse.

Fabre pense que l'accumulation de sels et acides biliaires dans le sang provoque de la myocardite dans la jaunisse. (Des phénomènes cardiaques dans l'ictère, *Gaz. des Hôp. L.*, n° 115, 6 octobre 1877, 916-918).

W. J. Mayo (1911) prétend que l'endocardite apparaît comme une des suites des calculs biliaires le développement de la lésion cardiaque coïncidant avec une colique hépatique. Chaque exacerbation de la maladie est accompagnée d'une augmentation des symptômes cardiaques. En opérant plusieurs de ces malades il améliora leur état et leur évita des lésions ultérieures.

Parmi une série de 109 malades de la vésicule biliaire, Schwartz et Herman (1931) trouvèrent 69 cas présentant des conditions cardiaques défectueuses le plus grand nombre de ces cas se manifestant entre la 50e et la 60e année.

Dans 24 % de leurs cas d'affection de la vésicule biliaire Willius et Brown (1924) constatèrent la présence simultanée de sclérose coronoïdienne.

Gangolphe (Du bruit du souffle mitral dans l'ictère, Thèse de Paris, 1875) cite des cas de calculs biliaires compliqués de bruit de souffle cardiaque.

Potain (déjà cité) rapporte un cas d'insuffisance tricuspidienne due probablement à de l'infection biliaire.

Rendu cite un cas de colique hépatique où se développait un bruit de souffle cardiaque.

En 1907, Riesman (*J. A. M. A.*, XLVIII, n° 19, 228, 17, 1892) publia deux cas d'endocardite ulcéreuse résultant d'affection biliaire.

Krehl (von Mehrings Lehrbuch der inneren Medizin, 5e édition 1908, p. 371) en traitant des affections du myocarde dit que les calculs biliaires causent occasionnellement des troubles moteurs et sensoriels, du battement du cœur en le ralentissant ou l'accélérant, de la pression précordiale, des douleurs ou de l'anxiosité, par moments même des attaques sténocardiaques.

En 1901 Osler (Practice of Medicine, 4e édit., p. 564) attire l'attention sur le développement occasionnel d'un bruit de souffle mitral au cours d'une colique hépatique paroxysmale.

Un cas de calcul biliaire accompagné d'endocardite ulcéreuse de la valvule mitrale fut publié par Netter et Martha (*Arch. phys. norm. et path.* XIII, 71, 886).

Lian, Weissenbach et Parturier (« Angine de poitrine dans la cholélithiase », *Presse Méd. Paris*, 321, 29 nov. 1924, p. 945) se basent sur sept cas examinés par eux en disant que la cholélithiase peut causer, outre d'autres troubles cardiaques, le tableau clinique d'angine de poitrine. Ils spécifient que, dans certains cas avec un syndrome d'angine de poitrine prédominant, il se peut que le vrai facteur étiologique — coliques de la vésicule ou des canaux biliaires ne soit pas suspecté au prime abord. Ils disent que le pronostic est excessivement favorable à moins qu'il n'y ait des complications organiques.

C. Oddo « Péricardite complicative de colique hépatique », *Rev. de Méd.*, 13, 1893, 829-840) cite le cas d'un homme de 40 ans ayant souffert de coliques hépatiques pendant plusieurs années et qui fut subitement pris d'une attaque de colique hépatique et de jaunisse. Il accusa, deux jours après, un faible pouls arythmique avec symptômes de péricardite dont il mourut en quelques jours. Je pense que la « péricardite » fut probablement la suite d'une attaque de thrombose coronaire qui provoqua un infarctus.

Dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, 1883, 84 p. 172, Roudot rapporte un cas d'endocardite ulcéreuse de la valvule tricuspidienne dans le cours d'ictère chronique.

Un cas intéressant de « Colique hépatique ressemblant à de l'angine » chez un homme de 76 ans a été publié par L. Ramond (*Gaz. osp.*, 52, 13 déc. 1931, 1576-1580). Le malade souffrait d'attaques « d'angine de poitrine » que l'auteur crut devoir attribuer à une affection hépatique.

Les quatre publications suivantes présentent un grand intérêt en la matière :

1° C. Funk « Gallenkolik und Roemhelds Symptomenkomplex der Angina pectoris » (*Med. Welt, V*, 1931, 987).

2° C. B. Leech « The association of Gallbladder disease an heart disease » (*New England Jour. of Med.*, 200, 27 juin 1929, 1318-1321).

3° S. R. Roberts (*Illinois Med. Jour.*, 56, nov. 1929, 307 A).

4° Fitz-Hugh Jr et Wolferth « Cardiac improvement folloving Gallbladder Surgery » (*Ann. of Surg.*, janv. 1935, 478-483).

Il faut également mentionner ici les observations de Timothy Leary de Boston sur la relation entre le cholestérol et l'athérosclérose et je tiens tout particulièrement à citer son étude sur la sclérose coronaire humaine et la thrombose. Leary prétend que l'emploi libéral d'œufs et de lait pendant la vie adulte prédispose certainement et, peut-être, provoque au commencement de la vie adulte des troubles du métabolisme du cholestérol entraînant une sclérose coronoïdienne prématurée.

Ces études de Leary sont importantes en vue du fait connu que l'hypercholestérinémie (cholestérinémie ou cholestérose) s'est trouvée associée à la cholélithiase chez de nombreux malades souffrant de myocardite, angine de poitrine, et thrombose coronaire.

D'autre recherches dans cette direction devraient être effectuées à mon avis. Un rapport préalable sur les recherches de ce genre qui sont maintenant faites ailleurs, doit être soumis brièvement ci-après :

Cas cliniques

Sept. 1930. L. H. G., commerçant, 61 ans. Principaux troubles : Indigestion, « pression gazeuse », dyspnée après efforts détresse précordiale (occasionnellement). *Examen* : poids : 183 livres, grandeur : 1,65 m. Le cœur accuse une dilatation modéré et un fort murmure systolique soufflant qui s'est développé pendant une sérieuse attaque de colique hépatique. *Poumon* : La vésicule biliaire souple à la palpation. Pas de dilatation du foie ou de la rate. Wassermann : négatif.

Examen du sang :

Sucre................	136	mgr. par 100 c.c. de sang
Azote uréique.........	15,7	mgr. par 100 c. c. de sang
Créatinine...........	1,3	mgr. par 100 c. c. de sang
Acide urique.........	5,6	mgr. par 100 c. c. de sang

Examen de l'urine :

Poids spéc. 1.021 ; traces d'albumine, formes hyalines occasionnelles ; faible trace de sucre ; cellules de pus occasionnelles, grand nombre de cristaux d'oxalate de chaux.

Pression sanguine :

S. 110 / D. 70 B. M. R. : Normal

Ecgm.

Un peu de lésion du myocarde et de sclérose coronoïdienne (faible).

Subitement, le malade fut pris de fortes douleurs au-dessus de la vésicule biliaire et dans la région rénale droite, il avait de l'oppression précordiale et des douleurs sous-sternales.

Les coliques véhémentes furent calmées par l'emploi de comprimés et ampoules de chlorhydrate de perparine, aminophylline (euphylline ou métaphylline) et par l'administration d'injections intramusculaires d'angioxyl (extrait de tissu pancréatique exempt d'insuline). A une autre occasion le malade reçut plusieurs doses de novatropine.

25 *sept.* 1930

Lorsque ces attaques furent calmées, l'on procéda à la pyélographie à l'urosélectane qui révéla le bon fonctionnement des reins et l'absence de calculs.

La radiographie aux rayons X de la vésicule biliaires et du canal gastro-intestinal montra beaucoup de calculs et un peu de colite (spasmatique).

La cholécystectomie délivra le malade non seulement de ses coliques hépatiques et de son indigestion (« pression gazeuse »), mais aussi de sa détresse précordiale de ses douleurs sous-sternales (coronarisme, angiospasmes coronaires).

Une autre malade, âgée de 60 ans, avec une vésicule biliaire malade et des calculs accusa, peu de temps après une forte attaque de colique biliaire et une jaunisse, de fréquentes attaques de détresse précordiale et une subite élévation de la pression sanguine. Elle présenta quelque altération du myocarde (hypertension du cœur) qui empirait après l'une de ses attaques. Plusieurs semaines après que l'ictère eut disparu elle mourut d'une occlusion coronaire aiguë.

Il est probable et fort possible que si la malade et les siens avaient accepté l'opération (cholécystectomie) en temps utile pendant la période de son amélioration, l'accident coronarien aurait pu sinon être évité du moins être considérablement retardé et l'intégrité du myocarde aurait pu être restaurée.

Conclusions

1° Il est donné une brève revue de la littérature sur les relations entre l'infection de la vésicule biliaire et les calculs biliaires d'une part et des complications cardiaques (maladies du myocarde et des artères coronaires, angine de poitrine) d'autre part.

2° Des affections du myocarde légères, douleurs à type angineux, coronarisme (angiospasmes coronaires), affection coronaire déterminée quoique légère et le développement de bruit de souffle devraient être considérés non comme contre-indication mais, au contraire comme incitation précise à l'intervention chirurgicale dans les cas de maladies de la vésicule biliaire et de cholélithiase.

3° La cholécystectomie dans ces affections cardiaques (angine de poitrine, coronarisme, myocardite, hypertension cardiaque, cœur artério-scléreux) devrait être exécutée après une préparation très minutieuse par un chirurgien spécialisé dans les opérations de la vésicule biliaire.

4° Il va de soi qu'il faut soigneusement éviter toute intervention chirurgicale dans les cas ou une angine de poitrine ou une occlusion coronaire ferait croire à une obstruction biliaire (calculeuses) aiguë. Ces cas ressemblent de près à certaines affections aiguës de l'abdomen supérieur et l'intervention chirurgicale faite par erreur peut mener à une catastrophe.

Il est également important de ne pas laisser vivre les malades souffrant de la vésicule biliaire la vie d'anxiété et de préoccupation d'un cardiaque condamné, si une cholécystectomie soigneusement effectuée non seulement délivré le malade de sa vésicule biliaire affectée, mais aussi de tous ses symptômes cardiaques, et si cette opération donne la chance de prévenir contre de plus sérieuses lésions du myocarde.

5° Dans mes cas et dans beaucoup de cas d'autres auteurs il a été nettement démontré aussi bien cliniquement que par l'électro-cardiogramme que l'enlèvement bien réussi de la vésicule et des calculs biliaires exerce une action bienfaisante et indubitable sur le myocarde et la circulation coronaire.

6° Le fait que le taux de la moralité post-opératoire dans la thrombose coronaire est six fois plus élevé que dans l'angine de poitrine met en évidence l'importance que présente la nécessité de bien distinguer ces deux maladies l'une et l'autre.

Littérature

BABCOCK (R.-H.). — Chronic Cholecystitis as a cause of Myocardial Incompetence. Trans. Assoc. Amer. Pys., 24, 43, 1909.

DEHIO (K.). — *St Petersburger medicin. Wochens.*, 5 : n° 48, 390-394, nov. 29, 1880.

GOLDSTEIN (H.-I.). — Comptes rendus, Congrès international de la Lithiase biliaire, Vichy 1932, Paris, 1932, G. Doin et Cie, éditeurs. (« Rapport des maladies du cœur, du bruit de souffle mitral, de l'angine de poitrine et de la thrombose coronaire avec les infections de la vésicule biliaire et de la lithiase biliaire », pages 174 à 178.)

GOLDSTEIN (H.-I.) et WEISS (S.). — Perparin Hydrochloride. A. New Antispasmodic Remedy. *Med. Rev. of Rewiews n. Y.*, 39 : 215-226, may 1933.

PALMER (R.-S.). — Reffered pain of Gastrointestinal Origin simulating Angina Pectoris. *New Englan d J. Med.*, 204 : 1351-1353, une 1931.

HOULBERT (M.). — Resections cardio-aortiques au cours de la lithiase biliaire (Vichy 1932), Comptes rendus. Congrès international de la lithiase biliaire, pages 178-180, Paris 1932, G. Doin et Cie éditeurs.

HOUCHARD (H.). — Maladies de l'appareil digestif et de l'appareil respiratoire, chap. XXIV, p. 318, 1911 ; Paris J.-B. Baillière et fils.

KAHN and BARSKY. — Angina pectoris, a clinical analysis of 200 cases. *Annales of Int. Med.*, 11, n° 4, pp. 401-421, nov. 1928.

KATZ (E.). — Left Thoracic Pain Simulating Angina Pectoris Due to Gallstones. *Med. Record*, 139, 130, 170 fab. 7 and 21, 1934.

LAVERAN (A.). — *L'Union médicale* 25 : 3 d. series, 270-272, feb. 23, 1878.

LEARY (Thimothy). — Pathology of Coronary Sclerosis. *Amer. Heart*, J. 328-337, feb. 1935.

LEVINE (S.-A.). — Coronary Thrombosis : Its Various Clinical Features. *Medicine* 8 : 245, 1929 Literature.

MAYO (W.-J.). — « Innocent » Gallstones A Myth». *Jour. A. M. A.*, 56 : 1921, Apr. 8, 1911.

POSTRANECKY (O.) (Prague). — Insuffisance cardio-vasculaire et insuffisance hépatique. *Arch. des maladies du cœur des vaisseaux et du sang*, 28 : n° 2, 86, 97, feb. 1935.

RAMOND (L.). — Hepatic colic with sypptoms of Angina pectoris gasc. *Osp.*, 52, 1576-1580, déc. 13, 1931.

ROBERTS (S.-R.). — The diagnostic relations between the gallbladder and the heart. *Illinois Med. Jour.*, 56, 317 nov. 1929.

RIESMAN (D.). — The development of Cardiac Murmurs during attacks of Biliary Colic. *Jour. A. M.*, 48 : 1589 ; May 11, 1907.

RIESMAN (D.). — Cardiac Murmurs During attacks of Biliary Colic. *A meri J. Med. Scs.*, 192 : 655, nov. 1911.

SCHWARTZ (H.) et HERMAN (A.). — The association of Cholecystitis with cardiac affections. *Annals internal Med.*, 4 : 783 jan. 1931.

TENNANT (R.) et ZIMMERMAN (H.-M.). — Gallbladder Disease Associated with Heart Disease as Evidence at Autospy. *Yale J. Biol. and Med.*, 3 : 495-503, july 1931.

WILLIUS (F.-A.). — *Progrès Med.*, 725, 1879. Angina pectoris and surgical conditions of the Adomen. *Ann. Surg.* 79 : 524-532, 1924 (In 84 cases of coronary sclerosis, the gallbladder was found diseased in 24 per cent.

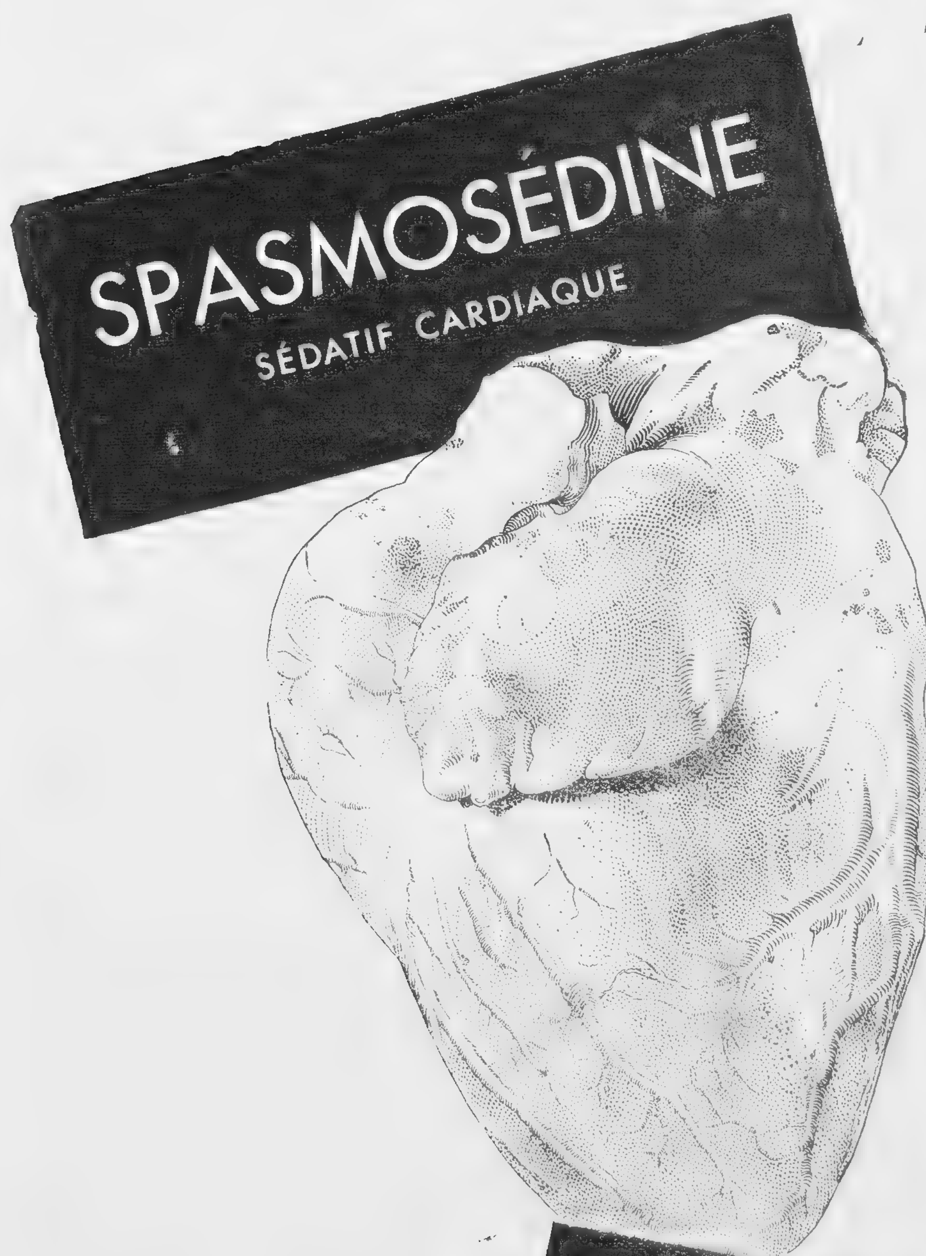
WILLIUS and BROWN. — *Ann. J. M. Scs.*, 168 : 165-180, 1934.

WILLIUS and FRITSPATRICK. — The relationship of Chronic Infection of the gallbladder to disease of the Cardiovascular System. *Jour. Iowa State Med. Assoc.*, 15 : 589, nov. 1925.

WILLE (J.-A.) (Toronto). — *Coronary Thrombosis Canadian Med. Assoc. Jour.*, 26, 405, april 1932.

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL^D PASTEUR, PARIS (XVe)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS



DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

les 2 médicaments cardiaques essentiels

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Techniques chirurgicales, par A. GOSSET, avec la collaboration de MM. L.-G AMIOT, Ivan BERTRAND, Jean CARRIER, P. FUNCK-BRENTANO, J. GARCIA-CALDERON, Jean GOSSET, P. HAUDUROY, R. LEDOUX-LEBARD, R. LEIBOVICI, G. LŒWY, P. PETIT-DUTAILLIS, P. ROUCHÉ, R. SAUVAGE, G. SEILLÉ, R. SOUPAULT, M. THALHEIMER et E. WALLON. Un volume de 434 pages, avec 219 figures. Br. 105 francs, cart. 125 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Professeur Gosset fait connaître dans cet ouvrage les techniques employées couramment à la clinique de la Salpêtrière qu'il dirige depuis plus de vingt ans. Chaque chapitre a été rédigé par un de ses collaborateurs ou par lui-même.

A côté des chapitres consacrés à l'organisation, à la stérilisation, au laboratoire d'anatomie pathologique, on trouvera des exposés de technique opératoire accompagnés d'une très belle illustration.

L'intérêt d'un tel ouvrage pour le chirurgien qui dirige lui-même un service chirurgical est incontestable, car on connaît le soin tout particulier que l'auteur a toujours apporté aux questions d'organisation et de stérilisation. Le service de chirurgie de la Salpêtrière peut être également considéré comme un service modèle ; on ne comprendra plus facilement la raison après avoir pris connaissance de la riche documentation que contient ce livre.

Le chapitre premier rédigé par le Professeur Gosset est donc consacré à la description du service de chirurgie de la Salpêtrière. Le chapitre II a trait à « la stérilisation des objets de pansement ». On pourrait croire qu'il n'y a plus rien à dire sur un tel sujet. La lecture de « Techniques chirurgicales » montre qu'il y a beaucoup à faire encore dans cette voie, et les conclusions des expériences de laboratoire ont amené les auteurs à faire construire des autoclaves nouveaux, qui suppriment les causes d'erreur.

Dans le chapitre III, on trouvera exposée la conception de ce que doit être « le laboratoire d'anatomie pathologique dans un service dechirurgie ». C'est un chapitre d'une haute portée.

Le chapitre IV a trait à la toxicité anesthésique. Dans les chapitres suivants dont on trouvera le détail ci-après, sont exposées les techniques proprement dites.

Ce livre en somme contribuera à propager des méthodes d'organisation susceptibles de donner les mêmes beaux résultats partout où elles seront appliquées, des méthodes techniques expérimentées, basées sur de solides bases anatomiques, avec des contrôles anatomo-pathologiques rigoureux et systématiques, et sur des notions de biologie que seule une organisation moderne permet d'appliquer.

Divers

Maine de Biran et la Société médicale de Bergerac, par le Docteur Pierre LEMAY. Un volume illustré, 232 pages, prix : 20 francs. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

L'auteur donne d'abord une étude sur Maine de Biran et s'attache surtout à donner des idées neuves sur son caractère et sur son œuvre. Il considère que, contrairement à l'opinion adoptée, il relève beaucoup plus du sensualisme et même du matérialisme que du spiritualisme. Il montre d'autre part, que Maine de Biran était le type parfait du cyclothymique : nature essentiellement affective, passant sans cesse de périodes de grande activité à des moments de dépression complète, de la joie débordante à la tristesse la plus profonde. Enfin, citations à l'appui, il établit pour la première fois que Maine de Biran, qui concentrait toute son observation sur lui-même et « se regardait vivre », est le grand précurseur de Freud et le véritable inventeur de la psychanalyse.

Le registre des séances de la Société médicale de Bergerac et les rapports de Delpit et autres, entièrement inédits, qui viennent d'être retrouvés par le Docteur Lemay, sont reproduits intégralement et reconstituent l'histoire de cette Société dont on ne connaissait que les célèbres études de Maine de Biran. On y puisera de précieux renseignements sur la date exacte de ces études et surtout sur l'état de la médecine et de la philosophie à cette époque et notamment sur les essais de topographie médicale, la vaccine, le croup, la rage, les eaux minérales factices, le désinfecteur de Guiton de Morveau, la découverte et la vulgarisation du ratanhia, la digitale, l'angustura, le quinquina, les théories de Brown, d'Alibert, de Corvisart, de Tissot, de Fellenberg, de Pestalozzi, de Hahnemann, la mort de Barthez, etc., etc...

L'ouvrage est illustré d'un portrait de Maine de Biran et d'un fac-similé de son écriture, d'une vue de Bergerac et de la reproduction du début du registre des séances de la Société médicale.

L'origine du cancer, par J.-P. LOCKHART-MUMMERY, traduit de l'anglais par Mme Gottlieb. Un volume in-16 double-couronne, 15 francs. « L'avenir de la science » collection dirigée par Jean Rostand. Edition de la N. R. F., 35, rue de Beaune, Paris.

« Selon Lockhart-Mummery, le cancer est ceci : dans une cellule, parmi des milliards de cellules, une mutation s'est produite. Un des chromosomes qui y sont installée et qui la dirigent a changé ! Pourquoi ? Parce qu'un des « gènes » répartis sur lui, et qui enferment, reculé jusqu'à l'infiniment petit, mais non point éclairci, le mystère de la vie, a lui-même varié. Dès lors, toutes les cellules issues de celle-ci, par divison par *mitose*, la reproduiront identiquement. Et si le caractère nouveau de cette cellule est de croître plus vite, de proliférer abondamment, elle en produira une masse, toutes impétueuses, égoïstes, volontaires, encombrantes. C'est la tumeur. Quand le gène modifié est d'une malignité

particulière, c'est le cancer. Le reste du corps n'a pas de pitié à attendre. Les cellules normales qui ont, en se transmettant les chromosomes sains, les traditions de la race, mené le corps de l'enfance à l'âge adulte, vont être, par ces ennemis aveugles et résolus, refoulées, bousculées, meurtries ; empoisonnées peut-être. » R. K. (*Le Temps*).

Mezels. — Poème du Quercy, par Ludovic GRINDAZUR. In-16, 36 p., 1934.

Dans ce petit recueil par Lukovic Brindazur, pseudonyme du Docteur Louis Vaille, on trouve réuni en quelques pages, une sentimentale intimité de pensée à laquelle naturellement sans la moindre recherche, se joint l'amour d'un coin de terre idéalisé. C'est Mezels, avec ses roches et sa Dordogne à la rive fleurie ; les heures qui s'égrennent là : des souvenirs qui vont jusqu'à celui du « Premier Serment » évoqué avec une infinie tendresse. Et la médecine même n'est point oubliée, comme on pourra en juger par cette pièce intitulée : *Les Médecins* :

La douleur est certaine ... Et c'est bien la raison
Qui les fait se pencher au cours de longues veilles
— L'attention ridant le calme de leur front —
Sur le fait, l'humble fait, où les bienfaits sommeillent

Arracher un secret à l'ingrat univers
C'est là le stimulant vif de leur patience,
Et calmer la douleur, et rendre l'espérance,
Au pauvre, au riche, à tous... Et les sourires clairs.

De flotter à nouveau sur les lèvres humaines
Où l'asphyxie avait posé son baiser bleu,
Où la fièvre exhalait son haleine de feu :
Le docteur a délié du mal les lourdes chaînes

Philosophe, penseur, même religieux,
— Le médecin n'est-il en somme comme un prêtre —
Il cherche dans l'esprit subtil, mystérieux,
Autant que dans le corps, la cause qu'il pénètre.

C'est le magicien maître de la douleur ;
Prince de la jeunesse et de la bienfaisance,
Il donne aux moribonds la manne de fraîcheur
Et répond aux appels de la désespérance.

La construction de l'homme, par le Docteur Pierre MABILLE. 1 vol. in-16 jésus, 236 pages, 34 figures. Prix : 15 francs. Jean Flory, éditeur, 140, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le problème de l'homme a été de tous temps le centre des inquiétudes, le princ pal sujet de recherches. Chaque civilisation l'a résolu suivant ses moyens. Mais, matérialismes, spiritualismes ne satisfont plus personne. Ils sont dépassés. L'échec a été enregistré — en physique, à l'occasion des acquis récents concernant la structure de la matière — en biologie, les études de l'endocrinologie, des réflexes conditionnels, etc., ont bouleversé la position de la question. En sociologie même, les deux mots d'ordre : « politique d'abord », « économique avant tout », qui expriment ces tendances, se révèlent périmés.

Partout les apparentes contradictions doivent être résolues. Sur tous les plans, l'unité synthétique se cherche et bientôt s'imposera.

La construction de l'homme, de Pierre Mabille, est la première expression dans ce domaine particulier d'une pensée moniste.

Opposé aux points de vue courants de l'Université, de la Sorbonne, opposé, très fortement par ailleurs aux tendances spiritualistes, Pierre Mabille pose a première pierre d'un nouvel édifice de doctrines.

Les matérialistes de l'antiquité. *Démocrite, Epicure, Lucrèce*, par Paul NIZAN. Un volume in-8 couronne de 176 pages, 12 francs. Collection « Soc alisme et culture ». Editions soc ales internationales, 24, rue Racine, Paris (VIe).

Au moment où la science fait, autour de la Méditerranée, ses premiers pas, alors que l'homme est l vré aux mystères, à la pensée mystique, aux rites, on voit apparaître quelques philosophes et poètes qui lui demandent de relever la tête devant les forces de la nature et devant son propre destin : Démocrite, Epicure, Lucrèce sont parmi les héros de la pensée qui, à travers d'étonnantes intuitions scientifiques (comme la physique démocritéenne des atomes), refusent de penser l'homme en fonction d'une révélation, congédient les fantômes religieux qui le terrorisent, et l'engagent à poursuivre de ses meilleures forces un bonheur terrestre et accompli. Paul N zan, dans son étude critique et les extraits annotés par lui, met en relief es grands traits de ces œuvres et l'apport considérable qu'elles représentent à la pensée humaniste et progressive en Occident.

Revue des cours et Conférences, paraît le 5 et le 30 de chaque mois. Abon. France : un an 60 francs, Boivin, édit., 3 et 5 rue Palatine, Paris. Sommaire du numéro du 15 juillet 1936.

Marcel BLANCHARD : Saint Simon et la Sainte Simonisme. Les réalisations saint simoniennes. — Eugène KOHLER : L'art dramatique de Lop de Véga, l'organisation du théâtre à l'époque de Lop et sa formule dramatique. — J.-R. CARRÉ : Spynosa. La philosophie politique. — E. TONNELAT : Le romantisme politique en Allemagne, après 1812 : Gorres théoricien. — G. MILLARDET : Le romantisme de Flamenca : la jalousie. — Charles SEIGNOBOS : Histoire des conditions générales de la vie civilisée chez les peuples d'Europe. — Paul IVON : Les crises de la morale et de la moralité dans l'histoire de la civilisation et de la littérature des pays anglo-saxons : l'évolution de la moralité, son reflet dans la littérature de 1700 à 1760. — M. BIGOT : Soutenance de thèse. Les débuts de Pierre Corneille, par R. RIVAILLE.

FAITS CLINIQUES

Cancer primitif du poumon à forme pleurale et à métastases osseuses multiples simulant une tuberculose pleuro-pulmonaire avec ostéo-arthrites tuberculeuses

Par MM. DALOUS, CANTEGRIL et J. FABRE

B... Léon, cultivateur, âgé de 36 ans, entre salle Saint-André, le 12 décembre 1932. Il est hospitalisé pour une bronchite chronique dont il est atteint depuis la guerre.

En 1915, il a été hospitalisé pour la première fois pendant un mois, à l'occasion de sa première bronchite.

Deux ans après, une atteinte rhumatismale de l'épaule gauche le ramène à l'hôpital. Elle s'accompagne d'une atrophie du deltoïde qui régresse en un an.

En 1919, nouvelle hospitalisation pour bronchite avec asthme et amaigrissement. On constate à cette époque une obscurité respiratoire du sommet gauche.

Dans l'intervalle de ces périodes d'hospitalisation, le malade a toujours plus ou moins toussé et s'est plaint de malaises gastriques ?

Actuellement, une nouvelle poussée de bronchite l'a obligé à s'aliter. Son état empirant, il entre à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée, il se présente comme un sujet amaigri, au teint pâle et aux yeux cernés, dyspnéique. Deux cicatrices cervicales d'adénites tuberculeuses sont visibles sur son cou amaigri.

Au point de vue pulmonaire, toux quinteuse avec expectoration muco-purulente, sans bacilles de Koch à l'examen direct. Il existe un léger point de côté dans l'hémithorax gauche, sur la ligne axillaire vers le 7ᵉ espace intercostal.

L'examen physique du thorax montre simplement des signes de bronchite diffuse.

Le malade attire l'attention sur le pouce de sa main gauche, le genou droit et l'articulation tibio-tarsienne droite où il ressent de vives douleurs. Au niveau du cou-de-pied et du genou droits, on trouve un léger gonflement douloureux et diffus avec limitation des mouvements d'extension et de flexion, mais sans signes d'épanchement. La première phalange du pouce de la main gauche présente un renflement diaphysaire rappelant la forme du doigt dit « en fuseau ». Ce renflement est rouge, douloureux, total et circonférentiel. L'articulation métacarpo-phalangienne est le siège d'une luxation pathologique, mais il n'y a pas à son niveau de phénomènes articulaires surajoutés ; la mobilité accrue n'est pas douloureuse (doigt flottant).

L'état général du malade est très atteint ; l'appétit est nul, la langue saburrale, la constipation opiniâtre ; le pouls est rapide. La température atteint tous les soirs 39°, le matin elle demeure aux environs de 37°.

Ce tableau clinique évoque l'idée d'une tuberculose fibreuse avec localisation osseuses et articulaires. On décide de pratiquer une radiographie afin de préciser l'état pulmonaire. Le 17 décembre, un cliché montre un aspect inattendu. Dans l'hémithorax gauche on voit une opacité homogène arrondie et de grandes dimensions. Elle occupe toute la partie moyenne de l'hémithorax, le sommet et la base ayant conservé une transparence à peu près normale. Le cœur est fortement dévié à droite. Le poumon droit est normal.

La radiographie du pouce montre l'intégrité des surfaces articulaires malgré la luxation. La base de la première phalange est le siège d'une légère production osseuse sur le bord externe. Les articulations du genou et du cou-de-pied sont normales sur les clichés.

Un nouvel examen du malade le 18 montre que l'opacité correspond à une zone de matité sous-claviculaire avec voussure légère et abolition des vibrations vocales. On ne perçoit à ce niveau ni murmure vésiculaire ni bruits pathologiques. Sur la ligne axillaire et dans le dos on ne perçoit toujours que des signes de bronchite.

Une ponction exploratrice est aussitôt pratiquée dans le troisième espace intercostal, sur la face antérieure. Elle est blanche ainsi que de nombreuses ponctions pratiquées dans la même séance, au-dessus, au-dessous et en dehors de la zone mate.

Le malade déclare éprouver le lendemain une sensation de liquide qui se déplace et il demande une nouvelle ponction dont il fixe lui-même le point, dans le 9ᵉ espace intercostal, sur la ligne axillaire, bien au-dessous par conséquent de la matité. Cette ponction ramène 250 c. c. de liquide hémorragique.

En quelques jours, la dyspnée fait de très sensibles progrès. Les signes physiques deviennent des signes de grand épanchement. Un nouveau cliché montre que l'opacité occupe la totalité de l'hémithorax ; le cœur est de plus en plus refoulé vers la droite.

Des ponctions de 750 c. c. à un litre sont nécessaires pour soulager le malade. Elle doivent être répétées tous les deux ou trois jours. Le liquide, toujours hémorragique contient des lymphocytes et des polynucléaires en quantités égales et de nombreux globules rouges. Il n'y a pas de germes microbiens.

Pendant une quinzaine de jours, la gravité de l'état général n'a pas fait de sensibles progrès malgré la dyspnée et les ponctions répétées.

Brusquement, le 9 janvier, le malade meurt dans la nuit.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort.

A l'ouverture de la cage thoracique deux litres de liquide hémorragique s'échappent de l'hémithorax gauche.

Le poumon gauche apparaît fortement augmenté de volume, refoulant le médiastin et déformant la paroi antérieure du thorax. Extrait de la cage thoracique, il apparaît énorme, lourd, extrêmement dense. La coupe de cette masse donne l'aspect classique du cancer du poumon.

Le pouce de la main gauche est prélevé. On ne voit pas de lésions inflammatoires, mais uniquement une néoformation blanchâtre à point de départ osseux.

L'examen microscopique montre le polymorphisme extrême des lésions. A l'intérieur des bronches, au niveau des végétations endo-pleurales, l'aspect est celui d'une tumeur à petites cellules rondes. Sous la plèvre existe l'ébauche d'une organisation en tube. En d'autres points, les cellules sont groupées autour d'éléments plus clairs, contenant quelques gouttelettes faiblement colorées par le muci-carmin. Plus loin, les tissus sont du type paramalpighien. Le stroma dans ces deux derniers cas est nettement dessiné, envahi par des lymphocytes, et la stroma-réaction est en quelques points tellement avancée qu'un état squirroïde est obtenu.

Dans les fragments prélevés loin de la masse néoplasique principale, les foyers nodulaires sont séparés par des plages d'alvéolite. La progression du néoplasme se fait suivant l'axe bronchique. Quelques éléments tumoraux se voient, en effet, par places au centre d'une alvéole, donnant un aspect d'embolie rétro-bronchique. Les colorations à l'orcéine montrent la persistance du squelette alvéolaire au centre de certains nodules.

Pouce. — Au niveau de la métastase du pouce, la tumeur est partout épithéliomateuse, lobulée. Les élé-

ments néoplasiques sont groupés autour de cellules plus claires, ne présentant en aucun point une évolution vers le globe corné, mais contenant au contraire quelques gouttelettes colorées par le muci-carmin.

Il s'agit donc d'un néoplasme développé sur une pneumopathie ancienne ; l'évolution de la métastase osseuse a coïncidé avec l'apparition des signes de la néoplasie pulmonaire ; au point de vue histologique c'est un épithélioma polymorphe du poumon (type cylindrique, para malpighien, à petites cellules rondes), dont le type primitif peut être affirmé par l'étude histologique de la métastase osseuse.

THÉRAPEUTIQUE

La paraffinothérapie et ses applications

Par le Docteur S. DELAPLACE
Assistante d'électro-radiologie des hôpitaux

Bien que la paraffinothérapie ne soit pas née d'hier, et que Barthe de Sandfort — initiateur en cette matière — l'ait utilisée avec succès, durant de nombreuses années, dans ses cliniques de Cannes et d'Evian, la plupart des médecins français en ignorent encore pourtant la pratique et les possibilités. Par contre, l'emploi en est fréquent en Allemagne et en Autriche, où d'importants établissements lui sont consacrés sous le nom de « Paraffinéums ». En Angleterre également, pays d'élection des rhumatismes, cette thérapeutique est fort développée et d'un usage courant.

Le traitement est simple : A l'aide d'un pulvérisateur, la paraffine — liquéfiée et portée à 80° — est projetée sous forme de brouillard, sur la peau où elle se solidifie. Malgré cette température de 80°, il n'y a aucune sensation de brûlure, mais seulement d'agréable tiédeur. Au fur et à mesure de sa solidification, la paraffine se rétracte et exerce sur la surface enveloppée une compression énergique pour empêcher — malgré la chaleur — toute vaso-dilatation capillaire. Aussi la peau ne présente aucune rubéfaction, le cœur garde son rythme habituel, le pouls n'est pas accéléré. C'est déjà un avantage appréciable sur les autres agents thermiques qui, eux, provoquent le relâchement des fibres élastiques du derme, d'où vaso-dilatation plus ou moins forte avec, en conséquence, accroissement de l'effort cardiaque marqué par l'accélération du pouls.

D'ailleurs, la couche de paraffine, même épaisse, possède une élasticité suffisante pour permettre le dégagement de la sueur abondante qui vient s'accumuler entre la carapace cireuse et la peau. L'ampleur de cette sudation équivaut à celle d'un bain turc très chaud et prolongé, mais alors que la sudation balnéaire persiste — désagréablement — assez longtemps après le bain, la sudation due à la paraffine cesse à peu près instantanément dès que la couche enveloppante est enlevée : une rapide friction avec une serviette suffit pour laisser la peau parfaitement sèche.

L'enlèvement de la couche de paraffine est d'ailleurs des plus faciles, ce produit n'adhérant pas à la peau. Le patient est alors passé à la douche au jet, frictionné et séché, puis, au cours du repos qui suit, il éprouve vraiment une incomparable euphorie ; muscles détendus, articulations comme « huilées », il se sent véritablement « aérien » !

Le champ d'action de la paraffine est très vaste. Elle possède d'abord, éminemment, toutes les propriétés générales des autres agents thermiques, y compris les courants de haute fréquence (diathermie). Comme eux — mais avec des résultats plus nets et plus rapides — elle agit sur le système nerveux, sur le sympathique, sur les systèmes musculaire et circulatoire, sur la diurèse, sur les états inflammatoires, et comme eux, elle jouit d'une précieuse action analgésique.

La paraffinothérapie constitue, par exemple un sédatif de choix qu'on utilisera dans toutes les contusions simples, s'accompagnant ou non d'épanchement sanguin ou séreux : les douleurs disparaissent rapidement et les ecchymoses sont rapidement résorbées.

La même thérapeutique pourra s'appliquer dans toutes les affections inflammatoires que l'on combat généralement par des applications chaudes : *névralgies intercostales, sciatique, torticolis, lumbago, zona* et, aussi, les *cholécystites, salpingo-ovarites, orchites*, etc...

***

Indépendamment des cas précédents, il semble que la paraffinothérapie trouve ses succès les plus apparents dans le traitement, d'une part, de *l'obésité* et de *l'arthritisme*, des *affections veineuses superficielles*, d'autre part.

Contre l'obésité, la sudation due aux enveloppements de paraffine est tout particulièrement efficace, le sujet pouvant éliminer aisément, par séance, plus de 500 grammes de sueur, et par conséquent, perdre un poids notable en une dizaine de jours. Et toujours, il faut y insister, sans fatigue cardiaque, ni troubles digestifs ou glandulaires. D'ailleurs, l'élimination sudorifique ne constitue pas seulement une déshydratation, mais encore une élimination d'urée, d'acide urique, etc...

Cette sudation encore est un puissant facteur de désintoxication pour les *arthritiques*, d'autant, qu'à l'analyse, la sueur provoquée par la paraffine se révèle plus riche en matières grasses et en matières azotées que la sueur due au simple bain de chaleur. L'amélioration est rapide et — après quelques séances — les sujets ressentent un mieux être général, une sensation d'allègement tant physique que cérébrale. Dans les *ankyloses*, les *raideurs musculaires* qui suivent le retrait d'un appareil plâtré, on rendra très vite ainsi aux muscles et aux articulations, leur souplesse normale.

Chez une classe spéciale et nombreuse d'arthritiques, les *cellulitiques*, le rapport acide urique à urée est presque toujours augmenté. Ces malades sont donc tout à fait justiciables de la paraffinothérapie qui, si elle réduit globalement l'urée et l'acide urique, abaisse, en outre, le rapport de cet acide à l'urée.

Bref, les *arthritiques, rhumatisants, goutteux, lithiasiques*, toutes les victimes de la vie citadine ou sédentaire, qui ne peuvent faire une cure aux stations thermales, ou encore qui veulent consolider les résultats obtenus par une telle cure, retireront toujours un grand bénéfice du traitement par la paraffine, surtout s'il s'adjoint au traitement médicamenteux.

Quant aux *affections veineuses superficielles*, la paraffine atténue, puis supprime, souvent dès le premier enveloppement, les douleurs variqueuses ou phlébitiques, ainsi que la sensation de lourdeur dans la jambe, de même les bourrelets variqueux s'aplatissent rapidement. Déjà Barthe de Sandfort recommandait vivement la paraffinothérapie dans les suites de *phlébites*, douleurs ou *œdèmes post-phlébitiques*. Et, en fait, le mécanisme d'action de la paraffine paraît précisément bien approprié dans tous ces cas.

***

Il convient, ici, de signaler les modifications apportées au « matériau » de traitement par le Docteur Marcel Joly. D'abord l'incorporation à la paraffine de sels radioactifs divers, tout en lui laissant les propriétés que nous venons d'indiquer, lui confère, en outre, les vertus particulières qui font la valeur des stations thermales. Elle dégage peu de rayons ultra-pénétrants, (rayons gamma), mais donne surtout d'une part des rayons alpha dont une faible partie parvient à l'épiderme, d'autre part, et en grande quantité, des rayons bêta rapides, pénétrants, très absorbables par la peau. Au total, on réalise ainsi, comme adjuvant de la thermothérapie, une véritable radiothérapie qui, d'ailleurs, bien entendu, exige le contrôle médical. Ensuite, l'introduction de résines (colophane en particulier) rend le produit plus dur, en augmente le point de fusion et surtout en accroît la rétractilité, ce qui est capital pour l'effet de massage dû à l'enveloppement.

La radioparaffinothérapie a déjà fourni des résultats fort intéressants, soit contre le rhumatisme chronique sous toutes ses formes, soit contre certaines dermatoses rebelles, *acné, eczéma, prurit généralisé, lichen*, que l'expérience montre très sensibles à l'irradiation par rayons X du sympathique cutané.

***

Nous n'avons pas voulu, pour ne pas allonger cet exposé, relater les cas déjà nombreux où les enveloppements de paraffine ont fait leurs preuves : *contusions post-traumatiques, hydarthroses, crises goutteuses, rhumatisme chronique, rhumatisme thyroïdien, varices, phlébites* et *périphlébites, obésité, cellulite*, etc... Le Docteur Marcel Joly a publié de telles observations relevées dans le Service de paraffinothérapie de l'hôpital Beaujon-Clichy, et nous nous proposons d'en signaler à notre tour. Mais, d'ores et déjà, nous croyons être fondée à conclure que la paraffinothérapie — en y comprenant la radio-paraffinothérapie — constitue une technique extrêmement précieuse, qui, judicieusement employée, est d'abord toujours parfaitement inoffensive, et ensuite possède une action « *sui generis* » rapidement efficace dans un grand nombre de manifestations morbides parmi les plus désagréables et les plus tenaces.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 juillet 1936

Le lait de femme. — *MM. Doléris* et *Salles* font une communication sur l'utilisation du lait de femme, puisé au sein de nourrices mercenaires et conservé aseptiquement pour l'alimentation des enfants assistés débiles du premier âge placés dans une pouponnière d'entraînement à la campagne.

A ce propos *M. Lesage* attire l'attention de l'Académie sur l'union de la maison maternelle départementale et la pouponnière d'entraînement des enfants assistés.

M. Doléris et M. Salles, inspecteur de l'Assistance publique, ont réalisé cette union. En effet, à la maison maternelle certaines femmes peuvent être convenablement entraînées à fournir du lait pour deux enfants. Par des moyens simples, le lait peut être transporté à la pouponnière d'entraînement des enfants assistés. Le pupille reçoit ainsi un allaitement mixte, où le lait de femme apporte sa puissance bonificatrice. L'idéal serait que, dans chaque Préfecture, la maison maternelle départementale, l'hospice dépositaire et la pouponnière d'entraînement des enfants assistés soient porte à porte.

Existe-t-il encore une chorée rhumatismale. — *M. L. Babonneix.* — Que faut-il penser de la théorie qui attribue à la chorée de Sydenham une origine rhumatismale? Bien qu'elle ait été très discutée dans ces dernières années, elle doit être considérée comme vraie, ainsi qu'en témoignent un nombre d'arguments : fréquence, dans cette affection, des déterminations articulaires et des cardiopathies : apparition, lors de la période aiguë, d'accidents nerveux identiques au rhumatisme cérébral ; constatation, à l'autopsie, de nodules d'Aschoff. Mais comment expliquer alors les phénomènes encéphalitiques qui, parfois, la compliquent ? Sans doute, en admettant que certains virus du rhumatisme peuvent acquérir des propriétés neurotropes et se localiser sur les voies extra-pyramidales. Dans la plupart des cas, les lésions prédominent, en effet, sur les ganglions de la base.

L'immunisation antidiphtériques des étudiants. — *M. Robert Clément.* — Chaque année, de nombreux étudiants ou membres du personnel médical contractent la diphtérie à l'hôpital ; 40 à 50 % des jeunes étudiants ont une réaction de Schick négative.

Pour prévenir cette redoutable maladie et les complications qu'elle engendre, il faudrait rechercher systématiquement la réceptivité des étudiants en médecine vis-à-vis de la diphtérie et pratiquer chez les sujets reconnus réceptifs, l'immunisation préventive.

Avec quelques précautions, la réaction de Schick a une valeur pratiquement suffisante pour déterminer ceux qu'il faut vacciner. En recherchant systématiquement la sensibilité de chaque individu à l'anatoxine de Ramon, on peut immuniser sans danger la grande majorité des sujets.

Des essais de vaccination par voie rectale n'ont pas été suivis de succès ; chez les hypersensibilisés, on pourra essayer la désensibilisation ou utiliser la voie nasale.

Contribution à l'étude du choc. — *M. H. Violle* continuant des expériences faites jadis avec Penfold sur la grande toxicité chez le lapin, d'injections de mélanges d'eau distillée et de bactéries, alors que chacun de ces constituants à lui seul est inactif, constate qu'un mélange d'eau distillée et de sérum provoque les mêmes effets toxiques. Cette toxicité est bien due à l'action de la lyse des globules rouges sur le sérum.

Il semble bien que certains accidents constatés chez l'homme puissent être rattachés à ces phénomènes expérimentaux. Ils doivent se rencontrer plus particulièrement chez des sujets à fragilité globulaire ou ayant été traités par des injections thérapeutiques hémolysantes et recevant, en second lieu, des sérums thérapeutiques ou étant soumis à des transfusions sanguines incorrectes, ou encore en état d'infection bactérienne ou parasitaire, manifeste ou latente.

Méthodes statistiques de dosage biologique de la scille. — *MM. Cahen* et *Launay.*

Recherches sur l'agglutination de souches staphylococciques isolées de pyélites. — *MM. A.* et *R. Sartory* et *J. Meyer.*

Nécessité d'un examen médical complet des candidats à la naturalisation et leur famille. — *M. F. Jayle.*

Sur les variations des pressions minima et maxima des ventricules, les courbes respiratoires du cœur et leur rapport avec les arythmies. — *M. de Somer.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 juillet 1936

Paralysie cubitale bilatérale au cours d'une pleurésie séro-fibrineuse (polynévrite tuberculeuse). — *MM. F. Codvelle, L. Ferrabouc* et *J. Henrion* présentent l'observation d'un sujet de 21 ans qui, au cours d'une pleurésie lymphocytaire, vit s'installer une paralysie cubitale double, d'évolution bénigne.

Les auteurs, en l'absence d'autre étiologie possible, tendent à admettre l'origine tuberculeuse de la névrite. Ils soulignent la localisation élective sur le seul nerf cubital.

Caractère spécial des troubles gastriques au cours de la polynévrite éthylique. — *MM. Maurice Villaret, Moutier, L. Justin-Besançon* et *Pierre Klotz* insistent sur le caractère spécial des manifestations gastriques observées au cours de la polynévrite alcoolique. Du point de vue clinique, ce sont des gastrites ana ou hypochlorhydriques. Du point de vue gastroscopique, ce sont des gastrites atrophiques.

Fait fondamental, ces manifestations sont constantes et précoces, précédant de plusieurs semaines à quelques mois l'apparition des symptômes névritiques. Elles guérissent avant la guérison de la névrite.

Le foie dans la polynévrite éthylique. — *MM. Maurice Villaret, L. Justin Besançon* et *Pierre Klotz* montrent que le foie des sujets atteints de polynévrite alcoolique n'est jamais intact. Ses altérations qui sont à la fois constantes et précoces consistent rarement en un syndrome cirrhotique, le plus souvent en une atteinte dégénérative.

Le parallélisme entre l'importance des lésions de gastrite atrophique et d'hépatite dégénérative est tel que l'on peut se demander si les secondes ne sont pas sous la dépendance des premières.

Le problème pathogénique de la polynévrite alcoolique. — *MM. Maurice Villaret, L. Justin-Besançon* et *H. Pierre Klotz* rappellent d'abord les faits cliniques qui empêchent d'admettre la nocivité directe de l'alcool sur les nerfs périphériques ainsi que l'obscurité du rôle des infections épisodiques ou des lésions hépatiques dans le déclenchement des polynévrites chez les alcooliques invétérés.

Puis, ils exposent les conceptions physiologiques actuelles sur les névrites par déséquilibre nutritif : par exemple, celles qui se produisent malgré un apport suffisant de vitamine B chez un sujet dont le régime est déséquilibré en glucides. Cette notion nouvelle de « névrite dysmétabolique » dépasse le cadre des névrites par carence.

Ayant étudié un très grand nombre de polynévrites éthyliques dans ces dernières années, les auteurs ont relevé nombre de faits qui plaident en faveur de l'origine dysmétabolique de ces névrites. 1° La gastrite atrophique (vérifiée à la gastroscopie) avec hypo ou anachlorhydrie précède toujours la polynévrite, avec anorexie constante et vomissements fréquents ; 2° l'interrogatoire des malades révèle constamment un déséquilibre dans leur régime alimentaire, au cours des semaines qui précèdent la névrite ; 3° les lésions du foie sont intenses, ainsi que celles des glandes endocrines, complétant le double assimilateur ; 4° un syndrome anémique est noté dans 75 % des cas.

Les auteurs en concluent que le rôle de l'alcool dans la polynévrite est double : *a*) Dans un premier stade, l'alcool est à l'origine des lésions gastro-hépato endocriniennes responsables des troubles nutritifs qui favorisent le déséquilibre par rapport à la vitamine B, ainsi est réalisée une phase d'avitaminose inapparente ; *b*) dans un deuxième stade, l'alcool s'associe à un processus infectieux (notamment la tuberculose) pour déclencher la paralysie et lui imprimer son cachet clinique particulier parmi les névrites carentielles.

Ainsi s'explique que nombre d'alcooliques ne présentent jamais de nevrite, si par ailleurs un déséquilibre nutritif (exogène ou endogène) ou un facteur infectieux n'a pas fait entrer la maladie inapparente dans sa phase de dystrophie révélée.

Des déductions thérapeutiques découlent de cette conception pathogénique.

M. Flandin ne pense pas que l'on puisse admettre sans réserves cette conception pathogénique, car nombreux sont les malades alcooliques atteints de polynévrite qui ne présentent ni troubles gastriques, ni hépatomégalie.

Sur la détermination et le mécanisme de certains œdèmes chez les hépatiques. — *M. Loeper*, laissant de côté les œdèmes cirrhotiques, s'attache à préciser le mécanisme des œdèmes survenant chez les hépatiques. Il existe en effet dans les hépatites primitives ou secondaires, aiguës ou subaiguës, des manifestations hydropigènes non mécaniques, qui ne semblent pas liées à des troubles endocriniens mais qui paraissent bien être en rapport avec les lésions dégénératives de la cellule hépatique.

L'auteur passe en revue les diverses hypothèses que l'on peut évoquer pour expliquer ce « syndrome ictéro-œdémateux. Celle qui lui paraît la plus vraisemblable fait jouer un rôle déterminant à la présence dans la circulation de substances hydropigènes provenant de la désintégration du parenchyme hépatique ; ces substances, s'apparentant aux imidazols et voisines de l'histamine, sont facilement mises en évidence dans les liquides d'œdème par l'inoculation expérimentale à la souris et par les cuti et les intradermo-réactions chez l'homme.

Le dédoublement du bruit expiratoire obtenu par l'expiration forcée et le bruit de galop respiratoire. — *M. J. Skladal* met en évidence par la manœuvre de l'expiration forcée le dédoublement du bruit expiratoire au cours des lésions cortido-pleurales à prédominance apicale. Ce dédoublement, joint au bruit inspiratoire successif, peut réaliser un véritable galop respiratoire.

L'auteur étudie par les procédés de l'oscillographie et des examens radio-acoustiques, la physio-pathologie et le mécanisme de ce phénomène ; il montre aussi que ce dédoublement n'est que l'expression acoustique, audible seulement au cours de certains processus pathologiques, d'un phénomène de physiologie pulmonaire normal.

Syndrome hypophyso-thyro-génital. — *MM. Labbé, Boulin* et *Goldberg* présentent un malade de 56 ans chez lequel on pouvait au premier abord porter le diagnostic de myxœdème : l'anémie, la chute des poils, la raucité de la voix, l'atrophie du corps thyroïde, étaient en faveur de ce diagnostic, malgré l'absence d'infiltration de la peau. Mais il existait une atrophie des organes génitaux avec suppression des fonctions sexuelles et un syndrome hypophysaire caractérisé par l'aspect acromégalique de la face et des extrémités. L'interrogatoire apprend que le sujet a commencé à souffrir à l'âge de 25 ans: maux de tête et baisse de la vue, puis chute des poils, affaiblissement des fonctions génitales et atrophie des organes génitaux externes.

Les examens paracliniques ont montré un métabolisme basal à 19, une formule sanguine normale, un léger rétrécissement du champ visuel. La radiographie montre un allongement de la face avec développement particulièrement marqué du maxillaire inférieur. Les sinus maxillaires sont élargis ainsi que la selle turcique. Il existe un léger trouble de la glyco-régulation et un léger dolichocôlon.

Aucun antécédent précis n'est relevé. Un fait semble certain : la lésion hypophysaire a été la première en date, le syndrome thyroïdien et le syndrome génital étant apparus plus tardivement.

Les auteurs discutent la nature de la lésion hypophysaire. Ils concluent que le syndrome ne peut être rattaché ni à la maladie de Simmonds, ni à l'acromégalie, ni au myxœdème, mais qu'il emprunte à chacune de ces affections quelques caractères particuliers.

Image radiologique arrondie intrathoracique dans un cas de neuro-fibromatose. — *MM. Hugonot, Willemin* et *Ratie* présentent un sujet chez lequel à l'examen radiologique systématique fut découverte fortuitement une opacité arrondie, très dense, homogène, du volume d'une orange, occupant le sommet pulmonaire et la plage sous-claviculaire interne gauches. Après discussion de différentes étiologies possibles, les auteurs se basent sur l'observation des signes de maladie de Recklinghausen (taches hépatiques et lenticulaires, tumeurs sous-cutanées, nodules nerveux, scoliose dorsale) pour rapporter la tumeur intrathoracique à une localisation viscérale de la neuro-fibromatose.

M. Lelong a observé chez un enfant une image radiologique absolument superposable. Il s'agissait d'un lymphangiome kystique plongeant dans le thorax qui guérit après intervention chirurgicale.

Aleucie hémorragique avec anémie grave après chrysothérapie. — *MM. Claude Gautier, P. Seidmann* et *A. Baudoin* rapportent l'histoire d'une jeune femme ayant présenté au cours d'un traitement par le thiosulfate d'or et de sodium quelques épistaxis discrets et une éruption purpurique.

Malgré l'interruption du traitement, le syndrome hémorragique persiste puis s'aggrave, et lorsqu'ils ont observé la malade, quatre mois après l'arrêt du traitement par les sels d'or, elle présentait une aleucie hémorragique avec avec glossite et angine ulcéro-nécrotique, anémie grave et température très élevée. Evolution rapidement mortelle.

Tuberculose multiganglionnaire. — *MM. G. Clerc, G. Sée* et *Uracrez* rapportent l'observation d'un jeune homme de 29 ans chez lequel apparut une polyadénite, principalement sus-claviculaire avec mononucléose transitoire à 77 %. Le diagnostic d'adéno-lymphoïdite simple à monocytes fut posé ; mais les masses ganglionnaires persistant malgré le bon état général apparent, on fit une biopsie qui révéla des lésions bacillaires typiques.

Hémopneumothorax spontané avec signes de grande hémorragie interne chez un malade probablement porteur de bronchiectasies. — *M. Jacob* rapporte le cas d'un jeune homme qui, à l'occasion d'un effort, présenta un hémopneumothorax, le sang retiré par ponction étant de trois litres environ.

Des hémoptysies répétées à étapes éloignées font penser que cet accident est survenu chez un malade porteur de bronchiectasies sans que la preuve puisse en être apportée.

Néphrite aurique et néphrose lipoïdique. — *MM. F. Rathery* et *Hurez* reviennent sur le cas présenté par *M. Weissenbach* et ses collaborateurs. Ayant eu le malade dans leur service pendant deux mois, ils ont pu assister à sa mort qui est survenue à la suite de septicémie pneumococcique. Ils rapportent l'histoire clinique du malade et les troubles humoraux qu'il a présentés. Ils ont pu faire l'étude histologique du rein, du foie et des surrénales. L'existence d'une néphrite aurique ne paraît pas douteuse ; par contre, ni le rein ni le foie ne présentent d'amylose ni de dépôts abondants d'éthers du cholestérol.

Ils discutent la nature de l'affection présentée par le malade, et, rejetant l'hypothèse de néphrose lipoïdique d'Epstein, admettent l'existence d'une néphrite aurique avec œdème et syndrome lipido-protidique secondaire.

A propos des kystes gazeux du poumon. — *M. Julien Marie* présente l'observation d'une malade atteinte de kyste gazeux de la base du poumon droit avec image hydro-aérique et intégrité du parenchyme autour de la lésion. Des hémoptysies survenant à répétition, une phrenicectomie fut tentée qui n'amena aucune amélioration.

L'auteur se rallie à l'origine congénitale vraisemblable de ce kyste.

M. Et. Bernard appuie cette opinion en rappelant un cas dans lequel d'autres malformations congénitales s'alliaient au kyste pulmonaire.

Séance du 10 juillet 1936

Contagion entre érythème polymorphe et érythème noueux ; déductions pathogéniques. — *M. Faure Beaulieu* expose l'histoire d'une contagion hospitalière survenue dans les conditions suivantes : une jeune fille entre à l'hôpital porteuse d'un érythème polymorphe ne comportant que quelques éléments noueux ; deux jours après, une convalescente de rhumatisme articulaire aigu, sa voisine de salle, fait un érythème noueux, et rien que noueux.

La première a une cuti-réaction négative et son hémoculture reste également négative ; la seconde a une cuti-réaction positive et son hémoculture sur milieux appropriés permet de déceler un virus tuberculeux qui aboutit à la forme bacillaire acido-résistante après avoir passé par les stades granulaires cyanophiles intermédiaires.



Parmi les diverses théories pathogéniques de l'érythème noueux, seule peut donner une explication satisfaisante de tels faits, la théorie allergique, telle que l'a exposée Gougerot, pour qui c'est « un syndrome de réaction de défense par sensibilisation ». En d'autres termes, moins abstraits, ce n'est pas la tuberculose qui crée l'érythème noueux, mais c'est elle qui le rend noueux.

L'étude clinique et bactériologique de ces deux cas conjugués a donc une certaine portée doctrinale.

Les réactions de la vésicule biliaire dans l'appendicite chronique et les inflammations du côlon droit. — *M. P. Brodin* et *Mme Tédesco.* — Les auteurs montrent, qu'à côté du spasme duodénal siégeant au *genu inferius* et dû à la propagation au duodénum, par voie lymphatique, de l'inflammation de la région iléo cæcale, l'étude de la traversée digestive permet souvent de mettre en évidence dans l'appendicite chronique et les inflammations du côlon droit, l'existence d'un deuxième spasme siégeant au niveau du *genu superius* et empêchant l'évacuation du bulbe duodénal.

Ce spasme du *genu superius* s'accompagne du syndrome clinique caractéristique de la stase vésiculaire et la radiographie de la vésicule, après absorption de radio tétrane, montre une vésicule ne s'évacuant pas après repas gras.

L'existence de ce spasme traduisant non une compression mais une inflammation de voisinage démontre que l'absence d'évacuation de la vésicule, en pareil cas, n'est pas liée à une simple atonie, mais à une cholécystite dont l'origine doit être recherchée dans les altérations des sécrétions duodénales ou l'existence d'une pancréatite.

Le syndrome hyperfolliculinique ; son traitement par les injections d'hormone lutéinique. — *MM. Gilbert Dreyfus, A. Mathivat* et *A. Wimphen.*

Bradycardie par dissociation complète avec déformations alternantes des complexes ventriculaires. — *MM. G. Marchal, B. Routier* et *P. Soulié.*

Néphrotyphus. Glomérulo-néphrite hémorragique avec néphrite hydropigène. — *MM. A. Landau* et *J. Held.*

Les ictères partiels. — *MM Fiessinger* et *Boudin.*

Diabète insipide apparu après application d'un appareil à friser les cheveux. — *MM. Ph. Pagniez, A. Plichet* et *R. Pannet* relatent l'observation d'une femme de 36 ans qui par une journée très chaude de juillet 1934, se fait faire une « indéfrisable ». Pendant l'application de l'appareil la malade est très incommodée et on doit lui refroidir le crâne par un courant d'air froid. Le lendemain, elle souffre de la gorge sans angine, et le surlendemain, apparaît une soif ardente avec polyurie. En quelques jours, le taux des urines atteint de douze à quinze litres et le diabète insipide est constitué avec ses caractères habituels.

En octobre 1934, séjour à l'hôpital Saint-Antoine où on constate une polyurie quotidienne régulière de treize litres avec faible densité et élimination de 1,34 de chlorure par litre, sans trace d'albumine, sans sucre.

L'examen et l'enquête sont par ailleurs absolument négatifs : pas de traumatisme, pas de maladie récente ; pas de syphilis, aucune altération du système nerveux, aucun signe de tumeur cérébrale (fond d'œil normal, radiographie normale).

Depuis deux ans ce diabète se maintient. L'existence est rendue possible par l'extrait hypophysaire postérieur, qui utilisé quotidiennement par la voie nasale, permet de maintenir la polyurie à un taux de 5 à 6 litres auquel la malade s'est adaptée.

Chose curieuse, la malade s'étant en janvier 1936 fait faire une « indéfrisable », de courte durée d'ailleurs et sans incident, la polyurie a fléchi pendant trois jours et l'extrait hypophysaire avait pu être abandonné. Après trois jours, polydipsie et polyurie reparaissaient aussi intenses.

Septicémie à Bacillus fragilis avec hémorragie intestinale et abcès du foie. — *MM. R. Picard* (de Nantes), *P. Perrin* et *G. Franck* rapportent l'histoire d'une septicémie à Bacillus fragilis qui tire son intérêt d'une part de sa rareté (les auteurs n'en ont trouvé que 7 observations dans la littérature de langue française) et d'autre part de son aspect clinique très spécial. Alors que dans les rares observations publiées, le tableau clinique était celui d'un état septicémique avec altération profonde de l'état général coexistant avec de nombreux foyers pyohémiques, dans l'observation des auteurs il s'agissait essentiellement d'un etat fébrile avec état typhique grave qu'une hémorragie intestinale profuse fit attribuer à une dothiénentérie. Quelques jours plus tard, une tuméfaction sous-hépatique douloureuse fit penser à une cholécystite. Il s'agissait en fait, comme l'a montrée l'autopsie, d'un volumineux abcès du lobe droit du foie. Une hémoculture par le procédé ingénieux de Gory et Jaubert permit de mettre en évidence un bacille anaérobie ayant tous les caractères du bacillus fragilis.

Sur la pathogénie de l'épilepsie cardiaque. — *MM. Riser, Planques* et *Petel* présentent deux observations de crises comitiales généralisées, apparues pour la première fois chez des adultes hypertendus et étroitement commandées par une hypotension artérielle soudaine, sans bradycardie, sans aucun trouble paralytique surajouté, disparaissant en même temps que la pression vasculaire revenait à son taux habituel.

Dans un cas, il s'agissait d'une cardio-rénale, albuminurique et azotémique, hypertendue permanente, décompensée ; les causes convulsives étaient nombreuses, mais le facteur circulatoire, hypotension spontanée, a joué le rôle essentiel, comme le montre l'argument thérapeutique.

Le second malade est atteint d'hypertension constante minime, avec des paroxysmes quasi-cycliques, très élevés, sans aucun élément de déficit rénal. Au cours d'une de ces crises, une ponction lombaire abaissa brutalement la tension artérielle de 23-13 à 18-10 (chiffres habituels en dehors des crises d'hypertension paroxystique) et c'est alors qu'apparurent les phénomènes comitiaux ; une injection d'acécoline diminuant encore la pression (16,5-10) les rend subintrants ; une injection intraveineuse hypertensive de sérum adrénaliné les jugule immédiatement.

Dans les deux cas, on peut invoquer un brutal déséquilibre circulatoire cérébral ; et dans le second cas, il a certainement agi plus que la simple ischémie ; en effet, la chute de pression a été forte par rapport à son acmé, mais cependant elle n'est pas tombée au-dessous des chiffres habituellement constatés en dehors des paroxysmes.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Kyste hydatique du foie latent révélé par un ictère du type par rétention

MM. Rimbaud, Anselme Martin et Bert (*S. des S. M. et Biol. de Montpellier et du Languedoc Méd.*, 7 février 1936) rapportent l'observation d'un malade ayant fait, après une phase fébrile, un syndrome douloureux de la région dorsale inférieure et un ictère par rétention. Il s'agissait d'une obstruction des voies biliaires par la fissuration d'un kyste kydatique du foie latent. L'évolution se fit spontanément vers la guérison.

Le traitement des prurits par la ponction lombaire

MM. J. Margarot, P. Rimbaud et A. Sauvy (*S. des S. Méd. et Biol. de Montpellier et du Languedoc Méd.*, 6 mars 1936) ont obtenu la sédation rapide et complète de trois cas de prurit essentiel qui avaient résisté à toutes les thérapeutiques, résultats qui confirment leurs constatations antérieures. Ils pensent que la décompression rachidienne entraîne une excitation vagale susceptible de compenser l'irritabilité sympathique cause déterminante du prurit.

Erythrodermie et polynévrite arsenicales consécutives à un traitement thermal non surveillé. Présence dans les squames d'arsenic en quantité considérable

Les lésions cutanées ont apparu après un séjour dans une petite station thermale de l'Hérault. On a pu retrouver l'arsenic dans les squames plusieurs mois après le début de l'affection. MM. J. Margarot P. Rimbaud et P. Monnier (*S. des S. M. et B. de Montpellier et du Lang. Méd.*, 20 mars 1936) rapprochent ce cas d'un malade qui avait présenté une érythrodermie à la suite de circonstances étiologiques absolument identiques.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Pour la dernière fois. — *Sous ce titre, Littré, quelques mois avant de mourir, avait publié dans la* Philosophie positive, *son testament philosophique. En intitulant le sien* : Le chapitre thérapeutique *qui termine son dernier titre* : LA DESTINÉE HUMAINE (Alcan, édit.), *Charles Nicolle est peut-être plus simple, mais non moins émouvant* :

..... Ceux de mes lecteurs auxquels je m'adresse plus particulièrement sont, comme moi, des inquiets. Ils s'interrogent, ils souffrent. Ils répugnent à l'idée de l'anéantissement. A défaut de preuves impliquant la certitude d'une survie, ils demandent qu'on leur en laisse, qu'on leur en renforce l'espoir.

De certitude, je n'ai pu leur en offrir. Il aurait fallu la posséder moi-même. Ma raison étant impuissante à me la donner, je ne pouvais la recevoir que d'une révélation. Je n'ai pas été touché par la Grâce, pas même par une de ces intuitions qui, physiologiquement, en tiennent lieu.

D'espoir, oui. J'ai pu laisser sa place à l'espoir et même, pour ceux qui l'attendent, ajouter. Reprenant l'insoluble discussion que j'avais entamée dans mon dernier livre, sans la clore par un cri d'espérance, j'ai pu, dans celui-ci, par la critique plus serrée que j'ai faite des défaillances et des contradictions de la raison, entr'ouvrir, pour ceux qui la cherchent, la porte à l'espoir. C'est déjà beaucoup pour les inquiets qui n'aspirent, en réalité, qu'à revenir aux croyances.

Je sais que cet acte honnête me sera sévèrement reproché par les tenants farouches de l'athéisme comme une concession hypocrite, prélude d'une lâche trahison. Je serai suspect à leurs yeux d'avoir renforcé le mensonge traditionnel (l'opium du peuple) au lieu de l'anéantir comme cela était, à leurs yeux, de mon devoir de savant. De là, à me déclarer allié des puissances d'obscurantisme et d'argent et de réaction, le pas est aisé à franchir, Je suis pourtant bien sûr de ne pas avoir traité avec l'autre camp. Pour y être admis, une abdication totale serait nécessaire. Je n'ai rien abdiqué encore que la morgue.

Les plus généreux et les plus subtils de ceux qui me classaient parmi les leurs penseront que l'espoir que je laisse aux inquiets, j'ai surtout travaillé à me le donner à moi-même. J'aurais ce droit. Seul, je pourrais connaître le mouvement de ma pensée, apprécier les motifs de ma conduite et estimer à sa valeur le bénéfice personnel que j'ai pu en tirer. On m'accordera que je suis libre de garder mon secret sur ce point ou cette évolution.

N'aurai-je pas risqué par des révélations de forcer une opinion qui ne demande qu'à s'asseoir, tandis que ma pensée, je le sais bien, continue de flotter sans s'accrocher nulle part ?

Ajouterai-je que je ne connais pas de sympathie pour les sectaires et que je me défie de la sincérité de leurs certitudes ? Je ne conçois l'intolérance que de la part de croyants sincères. Pour eux, le prosélytisme est une obligation charitable. Les négateurs convaincus ne sauraient apporter que des doctrines pessimistes. Est-il besoin, sous prétexte d'affranchir les esprits, de priver les âmes en dérive d'innocentes consolations et de les pousser aux récifs du désespoir. Que valent nos plus sûres vérités ? Nous devons conserver le droit de donner ou de recevoir l'adoucissement du mensonge. Conçoit-on des êtres sensibles qui, au nom de je ne sais quelle abnégation supérieure, décréteraient que les souffrances physiques doivent être respectées et s'opposeraient à l'administration de calmants aux angoissés et aux moribonds.

Lorsque le praticien médical s'est convaincu de son impuissance contre la maladie, il lui reste le devoir de consoler celui qui a mis en lui sa confiance et d'adoucir, par une médication opportune, la cruelle sortie de l'existence.

Médecin, je ne puis oublier cette obligation dans l'œuvre morale que j'ai entreprise. Combien délicate et chanceuse s'annonce cette intervention ? Quels conseils donner sur un terrain aussi peu ferme ? Quelles perspectives fallacieuses ouvrir ? Après avoir consciencieusement cherché le chemin de la vérité, me va-t-il falloir rouvrir délibérément, parce que je suis médecin, les écluses du mensonge ? Je n'attache nullement ici, au mot mensonge, un sens péjoratif moins encore une signification ingénieuse. C'est mentir que de présenter des propositions que l'on tient pour dépourvues de certitude. Comme toute médication incertaine, le mensonge est de maniement difficile.

Le plus sage est d'appliquer au moral l'esprit du médecin praticien. Il sait qu'un même médicament ne convient pas à tous les individus atteints du même mal, qu'en tout cas, il serait contraire au but de les y soumettre aveuglément de même manière. Il y a lieu, dans le cas qui nous occupe, de tenir compte de l'instruction des sujets et des réactions de leur énergie.

Aux plus forts, aux mieux armés par la connaissance, je me contenterai d'insinuer un espoir.

Je les laisserai l'exploiter à leur manière. Ils sauront dans quel sens il convient pour eux de le diriger. Se mêler de précisions serait contrarier l'effet thérapeutique. C'est aux vieillards, aux moins cultivés, qu'on peut rendre les services les plus utiles. Il convient d'abord de fortifier leur espoir, de les persuader que l'arsenal de la raison ne doit pas prévaloir contre leurs aspirations personnelles, que le sentiment qu'ils ont d'un au delà serait inexplicable si ce sentiment n'avait pour départ une réalité. Convaincus de ce fait, vers quelle croyance tutélaire doivent-ils se tourner ? Il y a tant de formules. Je dénie aux systèmes purement philosophiques toute efficacité. Ils ne parlent qu'à l'esprit ; ils négligent les besoins du cœur. Or, c'est du cœur dont souffrent les inquiets, c'est au cœur que le remède doit convenir.

C'est donc aux religions déjà existantes, aux religions révélées que je lui conseillerai de demander un refuge. Si le patient a été élevé dans l'une d'elles, c'est encore du côté de celle-là qu'il trouvera le meilleur des réconforts. L'homme éprouvera toujours un plus grand bienfait de s'éteindre au sein du foyer paternel que dans un refuge auquel manquent de touchants souvenirs. Je connais mal les religions musulmane et protestante. La première, par sa simplicité, me paraît convenir mieux que toute autre aux âmes frustes. Elle ne leur impose pas les subtilités d'un dogme compliqué. C'est elle qui donne satisfaction avec le moins d'obligations rituelles. Elle ne demande guère que la sincérité et l'humilité. Je comprends qu'elle soit actuellement la plus envahissante chez les peuples d'Afrique.

Le protestantisme m'aurait attiré, conquis sans doute au moment où il prit naissance. Il était la protestation de l'intelligence et des esprits libéraux contre un abaissement des consciences et des cerveaux devenu vraiment intolérable. L'Eglise qui tolérait ces abus les a réformés. Le protestantisme, au contraire s'est arrêté à mi-chemin de son programme, admettant l'interprétation des textes sacrés sans en discuter la véracité ; il a dépouillé les cérémonies cultuelles d'un décor inoffensif, propre à attirer les âmes émotives. Son Dieu, sans cesser d'être humain par le cœur, s'est approché d'un magister. Il est moins accueillant, moins accommodant aux faiblesses. L'inquiet, qui est souvent un pécheur, préfère une divinité moins imbue de sa personnalité spirituelle et qu'il sentira penchée avec une tendre compassion sur lui.

Pour qui est détaché de toute église et qui cherche l'apaisement d'une croyance, je ne connais de vraiment pitoyable que celle dans laquelle j'ai été élevé. J'en connais les puérilités et les faiblesses, certaines représentations froissent mon goût, certaines obligations me répugnent. Converti, je serais un hérétique, et Rome les déteste plus que les impies. Aristocratique, elle exige l'adhésion totale et ne souffre pas la plus petite atteinte à la discipline. Il faut convenir qu'elle est logique et que, sans cette attitude, que bien de ses membres regrettent, il y aurait eu depuis longtemps une dislocation de la société des fidèles et dispersion, émiettement de ceux-ci. La religion catholique romaine serait devenue une pratique individuelle.

Elle est demeurée ce qu'elle était : exigeante en apparente discipline et facile dans le fond, incohérente et contradictoire parfois, mystique pour les privilégiés et enthousiaste, païenne, même sensuelle, pour beaucoup. Par ces traits, elle touche à la fois à la terre et aux cieux ; elle est à l'image de notre âme humaine : physique et imaginative à la fois.

Si j'avais à chercher un refuge, c'est à elle que je le demanderais, parce que je me reconnais moi-même dans ses traits. Il est donc naturel que, ce secours, je l'indique à mes frères en inquiétude. Il n'y a pas de raison pour qu'ils ne le rencontrent pas s'ils le cherchent, s'ils s'efforcent de vouloir l'y trouver. Pour voir certaines images, rien de plus utile que de commencer par fermer les yeux.

Je ne prétends pas que cette attitude soit noble, qu'elle soit fière. Je désapprouverais qu'un chef la conseillât aux jeunes gens Tout ici-bas est fait de contradictions. Je n'en vois qu'une de

plus, et la plus aisée à comprendre, la moins gênante pour la société : le lutteur, son rôle accompli vis-à-vis de la société, songe aux tristesses de toute fin humaine, et demande l'oubli aux douces, aux tendres images qui ont consolé avant lui tant d'humains.

Il ne m'est pas possible de me représenter de quel secours peuvent-être, pour les âmes primitives, les fétiches. Je ne crois pas aux bienfaits de la superstition Peut-être y a-t-il des consolations dans l'animisme ; il me semble conduire au panthéisme qui, confondant nature et divin, unira peut-être un jour les conceptions les plus élevées de la science avec l'essence même des religions. Quel que soit le choix auquel il s'arrête, je souhaite que l'inquiet qui me lit y trouve une consolation. Médecin, je l'engage même à l'y chercher.

Le séjour de Chateaubriand à Néris en 1840. — *Le grand événement de cette année en Sorbonne fut la soutenance de thèse de M. Maurice Levaillant sur* CHATEAUBRIAND, MADAME RÉCAMIER ET LES MÉMOIRES D'OUTRE-TOMBE. *Cinq cents pages grand in-8° représentant vingt-cinq ans de travail, avec un apport d'inédits considérables, tel est le volume dont nous extrayons un passage relatif au séjour que Chateaubriand fit à Néris en* 1840.

«..... Pour dérouiller mains et jambes, deux ans il s'en fut, docile, en Auvergne, à Néris : pauvre village, mais « grande chaudière que le diable fait perpétuellement bouillir et où l'on puise de l'eau chaude également pour les remèdes et pour la cuisine » ; ce qui lui « gâte tout ». Je n'ai vu dans ce village qu'une chèvre qui est venue me demander du pain, une église déserte où il n'y avait pas une âme et un presbytère délabré où je cherchais le vieux curé, qui me cherchait en même temps à l'auberge des eaux. » Il visite ce prêtre délaissé, plus volontiers que les belles dames de l'auberge :

« La servante et moi nous sommes les familiers du curé. Il y a seize ans que ce prêtre vit seul, et il n'a aucun voisin à chercher dans la campagne ; les paysans ne paraissent presque plus à l'église ; c'est un gardien laissé au bord de la foi et placé auprès de l'autel auquel il a survécu. — Voudrais-je comme cet homme promener mes yeux sur des sillons où je n'attendrais rien, où la religion à qui j'aurais sacrifié mes chimères, n'aurait laissé, en se retirant elle-même, qu'une plus entière stérilité ? Je n'envie pas le saint dévoué qui regarde par-dessus le petit mur de son potager, mais celui qui plante ses choux au pied du mur, le nez collé contre terre, et qui va se couchant en priant Dieu de les bénir. »

Quel sujet de méditation pour l'auteur du *Génie du Chriastinisme*, sur le « fauteuil de paille » offert par le curé de Néris ! Ce vendredi 6 août 1841, il était particulièrement en verve, — une sombre verve nourrie d'amertumes secrètes. Hortense Allart lui avait écrit ; par intermittences, en ces dernières années, cette sylphide infidèle, décidément femme de lettres, se rappelait à sa sollicitude ; le 6 mars 1838, il lui avait répondu avec une rudoyante sincérité : « Vous dites que je vous faisais la cour... Non ; je sondais votre cœur, je voulais y verser d'autres sentiments que ceux qui le remplissent : mais je n'y ai plus trouvé de place... Vous cherchez la gloire et moi le plaisir... L'amour, en notre siècle, n'est peut-être que ce que dit votre belle image : un portique sur un désert... » Hortense ne montra pas, plus tard, cette lettre à Sainte-Beuve ; mais elle recopia pour lui celle que le matin du 6 août 1841, entre deux morceaux de sa longue et pittoresque épître à Mme Récamier, Chateaubriand avait dictée à Pilorge :

« Vous m'arrangez dans votre lettre d'une tout autre manière que je suis : il vous plaît que je ne sois pas malade, que je sois aux eaux avec le tiers et le quart ; soit, amusez-vous : la vérité est pourtant que je souffre beaucoup, que je puis à peine me traîner, que je ne puis plus écrire, témoin cette écriture qui n'est pas la mienne, mais celle de mon unique et fidèle secrétaire, à qui je dicte et qui vous a connue autrefois à Rome... Je ne m'occupe plus du tout des affaires de ce bas-monde. J'ai vu la politique de trop près ; j'ai connu des hommes trop supérieurs à tout ce qui existe pour m'intéresser aux myrmidons qui se fagotent en grands hommes aujourdh'ui. Je ne crois plus à rien, je n'estime plus rien, je me contente d'avoir été la dupe, sans m'en repentir, de deux ou trois nobles idées, la liberté, la fidélité, l'honneur. Croyez-moi, ne faites point de politique, faites quelques beaux romans. Ces vieux mensonges ne vous conviennent pas. Vous ne devriez jamais parler de l'Angleterre à un homme qui a vu Pitt et qui a été l'ami de Canning. Si vous veniez me prendre, j'en serais charmé, mais je n'y compte pas. Je serai à Paris à la fin du mois. »

Le temps des frivoles promenades était bien révolu ; quelques mois plus tard, Hortense s'entendait déclarer dans un court billet : « ... Vous me rappelez des songes ; je ne rêve plus : je dors ! »

La seconde saison de Néris ne fut guère plus favorable au « pauvre impotent » ; ainsi se désignait-il à Mme Récamier. Parti au lendemain de l'accident qui, à Neuilly, coûta la vie à l'héritier du trône, il fut un mois captif des remèdes et des eaux ; sur les chemins du voyage, il n'avait rencontré personne, « hormis quelques cantonniers solitaires occupés sur les ornières des roues des voitures » ; « ils me suivaient, dit-il, comme le temps qui marche derrière-nous en effaçant nos traces ». Qui s'en peut défendre ? « Pauvre d'Orléans ! A quoi bon la jeunesse ? » Mais il ajoute : « Je parle comme le renard mutilé ». Il avait promis à Mme Récamier qui se reposait à Saint-James, dans le bois de Boulogne, de la rejoindre à Maintenon ; mais il en voulait fort au maître du lieu qui, portant ses condoléances « à Philippe », n'avait pas rougi de paraître au château de Neuilly :

Néris, mardi matin, 2 août,

« J'emprunte ce matin la main d'Hyacinthe pour aller plus vite. Je vous ai écrit à Saint-James : j'espère qu'on vous renverra ma lettre. Je vois que vous avez quitté votre première solitude, que vous ne partirez que le 6 pour Maintenon ; ainsi je pense que ce petit mot écrit aujourd'hui le 2 d'août aura le temps de vous arriver jeudi à Paris, le 4, avant votre départ pour Maintenon qui doit avoir lieu le 6. Je vous avoue que je suis désolé de passer chez la femme de Louis XIV : plus mon isolement en politique augmente, plus j'en suis fier et plus ma répugnance augmente pour les hommes du jour. M. de N. (oailles) est allé à Neuilly en qualité de parent : c'est apparemment pour cela qu'il signe César ; mais en lisant avec plus d'attention on trouve le Duc. J'en veux à M. Brifaut de sa rage de bonne compagnie. J'ai écrit à Mme de Chateaubriand pour la sonder sur cette petite course : j'attendrai sa réponse avant de rien décider. Elle est si malade que j'ai hâte de l'aller garder dans sa rue du Bac. J'ai honte de faire quelque chose pour mes vieux os, tandis qu'elle souffre ; je rougis de m'occuper d'une paire de jambes aussi usées que des idées caduques qui trottent comme de lamentables rats dans mon cerveau. »

Reprenant alors la plume à Hyacinthe, il traçait, de ses doigts gourds :

« Ah ! grands dieux, soyez heureuse ! je vous écrirai à Maintenon : depuis ma réponse outre-Rhin, je n'ai rien appris de nouveau ? N'oubliez pas votre colonie. Si vous avez vu Mme de Ch (ateaubriand), j'ai peur que vous lui ayez parlé de mon projet de voyage. »

Il préférait en parler, habilement, lui-même. Mais le lendemain, il n'était guère en humeur vagabonde :

Néris, mardi 3 août,

« Je me préparais à vous parler des eaux lorsqu'un de ces rhumes qui m'arrivent deux ou trois fois l'an, m'a pris à la gorge. J'ai eu une nuit déplorable, et si je n'avais un peu calmé la douleur en prenant de l'opium, je crois que j'aurais crevé. Je suis donc obligé de retarder les bains et peut-être ferais-je mieux de ne pas les prendre du tout. Le temps est mauvais ; il fait froid, et je suis dans une chambre humide au rez-de-chaussée. Voilà ce que c'est que de vous quitter : on ne m'y prendra plus. Je me suis levé un petit moment ; j'ai dicté ce petit billet à Hyacinthe et je me recouche. J'ai reçu ce matin même votre lettre de Paris. Vous êtes la meilleure des femmes vous pensez à mes misères, à celles de ce pauvre Ballanche, aux regrets de M. Ampère : aussi un mot de vous fait toute ma joie. »

Pour se distraire, il n'a que les péripéties du traitement :

« ... Je vais à la piscine avec un de ces majors anglais, comme il y en a à toutes les eaux. Il crie quand on le met dans l'eau, puis nous causons en anglais et cela le console. Il a une potée de filles et une femme dont je vois repasser les robes tous les matins dans la cour. »

Réaumur précurseur de Pasteur. — *Extrait d'une étude de M. Torlais.* (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 19 juillet 1936).

..... Grand précurseur, sa méthode de travail a été déjà celle qu'aura Pasteur dans ses fameux *Cahiers*. Réaumur, étudiant la parthénogénèse des pucerons, vérifiant et revérifiant ce que ces correspondants, lui écrivent cependant dans les moindres détails, accumulant des faits, les tournant et les retournant, les consignant tels qu'ils se présentent sans rien ajouter ni rien omettre, mais, n'est-ce point à deux siècles de distance, déjà la méthode pastorienne ?

L'hypothèse, comme le rappelait si justement dans un récent article le Docteur Sabouraud (1), ne sort pas du laboratoire ; on ne la mentionne même pas sur le cahier, sinon pour ne pas oublier de la vérifier, de la soumettre à l'expérience. Or, Messieurs, je vous étonnerai peut-être autant que je le fus moi-même, lorsque je vous dirai qu'en feuilletant les papiers inédits de Réaumur aux Archives de l'Académie des sciences, je découvrais de tout petits bouts de papier écrits de sa main et portant mention en une ligne ou deux d'une idée, d'une hypothèse de recherche, d'une réflexion parfois d'un tiers qui lui paraissait intéressante. Rapprochement saisissant, n'est-il point vrai ? L'hypothèse pour Réaumur comme Pasteur dirigeait l'expérience, mais ne valait que par l'expérience.

Autre fait qui rapproche singulièrement ces deux chercheurs : Réaumur a nettement entrevu l'existence du microbe. En 1747, Buffon et l'abbé Needham avaient fait porter leurs observations microscopiques sur des infusions de germes d'amandes séparés de leurs lobes, du blé niellé, de jus de viande qu'ils enfermaient dans des bouteilles soigneusement bouchées. Huit jours après, « ils apercevaient un petit mouvement dans quelques particules. » Et ils en concluaient « que ce mouvement venait d'un effort de quelque chose qui agissait à l'intérieur de la particule ». Réaumur avec le P. de Lignac reprenait ces observations durant l'été de 1751 et il objectait à Buffon et à Needham » qu'ils ne s'étaient pas assurés qu'il n'y avait pas d'animaux répandus dans l'air que contenaient les fioles où dans les germes d'amandes... ». « Qui leur a dit, ajoutait-il, que des animaux imperceptibles même à l'œil aidé du microscope ne s'étaient pas emparés des débris de germes d'amandes... les petits animaux ou leurs œufs ont pu rester attachés aux parois du verre. Nous ne savons pas quel degré de chaleur peuvent soutenir les animaux aériens, si leurs œufs n'ont pas besoin pour éclore d'une chaleur bien supérieure à celle qui fait éclore nos volatils. » L'existence et la biologie du microbe est tout entière contenue dans cette hypothèse....

Le baccalauréat devrait-il comporter une épreuve d'éducation physique ? — *De M. Jules Wogue dans* Le Journal (16 juillet 1936) :

Il serait facile d'intercaler, entre l'écrit et l'oral du baccalauréat, une épreuve de culture physique, avec programme analogue à celui du certificat d'études primaires mais un peu plus difficile, puisqu'il s'adresserait non plus à des enfants de douze ans, mais à des adolescents de quinze à seize ans.

Telle que je la conçois, cette épreuve serait facultative pour empêcher qu'elle n'apparût comme tyrannique et ne se heurtât à une hostilité redoutable. On s'y présenterait ou on s'en abstiendrait en toute liberté. Seulement, en cas de succès, elle assurerait la prime *d'un certain nombre de points supplémentaires.*

Ainsi, sans qu'il en résultât la moindre dépense pour l'Etat, la moindre charge pour les familles, le moindre surmenage pour les élèves, le moindre accroc de la supériorité de l'esprit sur le corps, on assurerait à la culture physique la part qui lui revient dans une éducation générale bien comprise.

« Le nombre invraisemblable des étudiants en médecine ne s'explique pas du tout par la vocation. Les jeunes qui choisissent une carrière croient que c'est en faisant leur médecine qu'ils ont le plus de chance de gagner rapidement leur vie avec le minimum d'efforts. C'est du reste un peu vrai si l'on considère la moyenne des médecins et la moyenne des étudiants en droit, en lettres ou sciences. Je ne dis rien de ceux qui sont tentés par les arts et meurent de faim. Un médecin ignorant mange, il n'en est pas de même pour un avocat, un ingénieur, un artiste. » (Dr René Toupet. — Réponse à une enquête de *L'Hôpital*, B-juin 1936, sur la vocation médicale.)

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 33 LE NUMÉRO : 50 Centimes 15 AOUT 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale

J. GUYOT : Sur une malade atteinte de tumeur abdominale 1303

Thérapeutique

R. MOLINE : Chimiothérapie des parasitoses intestinales 1311

Radiologie

La radiothérapie dans la maladie de Basedow 1312

Les épanchements pleuraux invisibles 1313

Revue de Presse parisienne 1313

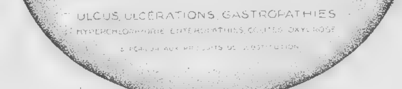
Nouvelles 1299

Il y a cent ans 1300

Echos et Glanures 1317

Bibliographie 1308

Les Livres de la semaine 1318



NOUVELLES

Faculté d'Aix-Marseille. — Par décret du 31 juillet 1936, M. Roche, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er janvier 1937, professeur de chimie médicale à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille (dernier titulaire de la chaire : M. Moitessier).

Ecole du Service de santé de la Marine. — Liste des élèves admis à subir les épreuves orales :

(Epreuves orales à Brest, le lundi 17 août, à neuf heures).

Ligne médicale. — MM. Anglade (H.-P.), Betrom (G.-J.-C.), Brémond (H.-J.-B.), Chochon (E.-F.-M.), Chrétien (M.), Collos (J.-M.), Courapied (L.-F.-A.), Dechazal (E.-L.), Dijonneau (A.-M.-H.), Duval (C.), Georgelin (R.-F.-A.), Grosbois (B.), Guyader (L.-A.), Heuls (J.-E.-L.), Lancien (P.-Y.-R.), Langlois (M.-R.-M.), Le Borgne (A.-L.-M.), Le Bras (R.-M.), Leclère (J.-B.-A.), Le Gall (P.-R.-G.-A.), Le Meur (M.-P.-J.), L'Hermitte (J.-A.-L. , Liabot (V.-J.), Lijour (M.-Y.-J.-M.), Mahé (J.-A.-J.), Nicol (J.-Y.), Pinson (J.-M.-J.), Ploye (P.-M.), Poher (L.-J.), Quémener (Y.-A.-M.), Quentel (J.-Y.), Raimbault (R.-N.-J.-F.), Raoul (A.-H.-Y.), Renault (R.-H.), Saillour (P.-M.), Saugrain (J.-A.-L.), Tétart (H.-L.), Vaillant (A.-R.).

Ligne pharmaceutique. — MM. Billerach (G.), Colas (P.-F.-M.), Larvor (F.-J.-M.), Le Monze (M.-R.-C.).

(Epreuves orales à Rochefort, le mardi 25 août, à neuf heures).

Ligne Médicale. — MM. Achiary (A.-J.-M.), Aury (G.-C.-F.), Bache-Gabrielsen (G.), Bloch (L.-F.), Buet (P.-M.-L.), Buscail (J.-A.-A.), Chaussat (P.-E.-F.), Couture (H.-M.-L.), Demarque (D.-M.-J.), Durand (E.-L.-R.), Fouanon (E.-A.), Gilbert-Desvallons (J.-R.-E.), Gobin (C.-E.), Humbert (J.-M.-E.), Lacouture-Dugue (F.-G.-L.), Le Bas (R.-J.-F.), Lorey (J.-A.), Lucrèce (G.-H.), Nicolas (R.-J.-L.-M.), Noël (E.-M.), Orthlieb (T.-G.-H.), Palanque (A.-L.-J.), Pelle (J.-J.), Porcq (R.), Rippe (P.-J.), Robert (P.-A.-H.), Savattier (R.-M.), Trouillot (R.-J.-J.), Verdier (V.-J.-M.).

Ligne pharmaceutique. — MM. Carnet (J.-R.), Chinonis (L.-J.-J.), Flandrin (P.-P.), Marzas (J.-R.), Steffen (L.-J.), Tonnaud (J.-E.-M.-A.).

(Epreuves orales à Toulon le jeudi 3 septembre, à neuf heures).

Ligne médicale. — MM. André (L.-M.-E.), Augier (A.-M.), Autheman (R.-F.-M.-L.), Besle (A.-F.), Boissrige (H.-L.-M.-J.), Pruère-Dawson (R.-A.-M.), Brumpt (V.-R.), Cabrol (P.-J.), Cazaux (H.-A.-J.), Cazenave (J.-E.), Chauvet (R.-L.), Chiozza (E.-J.-A.), Colonna (J.-S.), Desprez (P.-E.-L.), Dulue (J.-M.-H.), Dutour (A.-M.-J.), Empéraire (A.-J.), Gontier (J.-L.-C.), Guibert-Germain (A.-L.), Habay (J.-L.), Klefstad-Sillonville (F.-E.-L.), Lecalve (F.-M.-J.-P.), Le Saux (E.-Y.-J.), Lesnard (L.-H.), Lombard (P.-E.), Luciani (D.), Martin (A.-E.-A.), Michel (R.-H.-F.), Ootter J.-P.-M.,) Penau (J.-R.-M.), Perrot) (M.-L.), Pontich (G.-A.-J.), Quentel (A.-J.), Renner (R.-L.-J.), Rispe (R.-M.-G.), Rouayrenc (E.-E.), Runacher (A.-H.), Sine (H.-F.), Sommer (M.-J.), Vallino (R.-F.-L.-B.), Vivie (E.-E.-L.), Vuillet (F.-L.).

Ligne pharmaceutique. — M. Gay (L.-J.).

Tous les candidats (lignes médicale et pharmaceutique) devront être rendus aux dates et heures sus-indiquées dans les ports où ils doivent subir les épreuves orales, et se présenter à l'hôpital maritime quinze minutes avant le commencement desdites épreuves.

Hôpital général de Nevers. — Un concours sur titres est actuellement ouvert pour le poste de médecin de l'hôpital de Nevers, chargé du laboratoire de biologie.

Les candidats devront avoir déposé leur titres et diplômes avant le 15 septembre 1936.

Ils sont priés de joindre à leur lettre de candidature leurs titres et travaux scientifiques, notamment les diplômes et stages concernant les différents laboratoires où ils auront pu exercer ainsi que la preuve du dépôt de leur diplôme d'Etat de docteur en médecine à la préfecture de la Nièvre.

Ces pièces devront être déposées sous pli cacheté chez M. le directeur de l'hôpital de Nevers.

Maison de santé de Charenton. — Une place d'interne en médecine est vacante au service de psychiatrie du Docteur Baruk à la maison nationale de santé de Charenton. Les candidats sont priés de s'adresser à la direction de cet établissement, 57, Grande-Rue, Saint-Maurice (Seine).

La IVe Réunion européenne d'hygiène mentale se tiendra à Londres du 5 au 8 octobre 1936.

PROGRAMME. - Lundi 5 octobre, à 14 h. 30. Premier rapport : *L'Hygiène mentale et le Cinéma.* Rapporteurs : MM. Jakob BILLSTRÖM (Stockholm), A. REPOND (Monthey, Suisse).

Mardi 6 octobre, à 10 h. 30. Deuxième rapport : *L'Hygiène mentale et l'Infirmière.* Rapporteurs : MM. Hans RŒMER (Illenau, Allemagne) ; José GERMAIN (Madrid) ; E. ESCARDO Madrdi) ; Heinrich KOGERER (Vienne).

Mardi 6 octobre, à 14 h. 30. Troisième rapport : *L'Hygiène mentale et les enfants de 11 à 18 ans.* Rapporteurs : Professeur K.-H. BOUMAN (Amsterdam) ; Professeur L. ROCHLIN (Charkoff) ; M. J.-R. REES (Londres) ou M. H. TOMASSON (Islande).

Le soir du 5 ou 6 octobre : Réception par His Majesty's Government à Lancaster House, Londres. *Mercredi et jeudi* 7 et 8 *octobre* : Diverses visites des hôpitaux psychiatriques, cliniques, colonies, etc., de Londres et des environs.

Les séances auront lieu dans le « Conference Hall, Ministry of Health, Whitehall », Londres.

Les langues officielles du Congrès seront : l'allemand, l'anglais et le français.

Les médecins français désirant assister à cette réunion sont priés de s'adresser à la Ligue d'hygiène mentale, chargée de désigner la délégation française.

Pour tous renseignements, s'adresser au « National Council for Mental Hygiene, 77, Chandos House, Palmer Street, London, S. W. 1, et pour la France, à la Ligue d'hygiène mentale, 1, rue Cabanis, Paris.

Légion d'Honneur. *Ministère de la guerre.* — Sont promus ou nommés, les Docteurs :

OFFICIERS

Médecins. — MM. Villa, 3e région ; Rauzy, 17e région ; Cazottes, 17e région ; Périé, 17e région ; Bénard, 20e région ; Trollat, 18e région ; Humbel, 5e région ; Fourmentin, 1re région ; Nurdin, 7e région ; Fabregat, 17e région ; Josse, 19e corps d'armée ; Laporte, région de Paris ; Pascal, région de Paris ; Monraisse, 13e région ; Lannou, 11e région ; Robert, 9e région ; Malartic, 15e région ; Sévérac, 9e région ; Cade, 14e région ; Cerise, région de Paris ; Jousset, 18e région ; Colat, 4e région ; Benjamin, 18e région ;

CHEVALIERS : MM. Boudon, 15e région ; Boussuge, 14e région ; Grandjean, région de Paris ; Charrasse, 15e région ; Vanlaer, 1re région ; Ronce, région de Paris ; Chapotin, 5e région ; Copreaux, 8e région ; Geffroy, 19e corps d'armée ; Bruneau, 15e région ; Eliot, région de Paris ; Molas, 17e région ; Le Treut, 4e région ; De Raymond, 16e région ; Lancon, troupes de Tunisie ; Douffiagues, 19e corps d'armée ; Roger, 11e région ; Breton, 5e région ; Loze, 1re région ; Brisard, 11e région ; Thévenot, 14e région ; Barrois, 1re région ; Chapuis, 2e région ; Ménage, 9e région ; Gaté, 14e région ; Routier, 2e région ; Baudot, 6e région ; Faure-Beaulieu, troupes du Maroc ; Delemontey, 19e corps d'armée ; Algan, 20e région ; Duhot, 1re région ; Renevey, 5e région ; Besnard, région de Paris ; Guyonnet, 9e région ; Philip, 15e région ; Rigaud, 17e région ; Huc, 9e région ; Corbineau, 9e région ; Lavoine, 3e région ; Galippe, 15e région ; Simon, région de Paris ; Noël, 20e région ; Giron, région de Paris ; Gastelli, 19e corps d'armée ; Barbaux, 3e région ; Blatin, 13e région ; Genairon, 13e région ; Serre, 13e région ; Morere, 18e région ; Poissonnier, 13e région ; Dufils, 9e région ; Jais, 19e corps d'armée ; Caillebar, 17e région ; Aubry, 20e région ; Binet, 19e corps d'armée ; Eynard, 14e région ; Dourthe, 18e région ; Rimey, 7e région ; Guichou, 17e région ; Trillat, 14e région ; Poisson, 15e région ; Fontaine, région de Paris ; Binet, 9e région ; Proust, 8e région ; Nicolas, 11e région ; Sauvé, 3e région ; Le Droumaguet, 11e région ; Paranteau, 18e région ; Gauthier, 3e région ; Rostagni, 15e région ; Hostalrich, 15e région ; Laparra, 18e région ; Sauvan, 15e région ; Peiffert, 1re région ; Juif, 8e région ; Sahut, 13e région ; Michel, 15e région ; Wattez, 1re région ; Bettinger, 6e région ; Dana, 19e corps d'armée ; Huguet, 16e région ; Clap, 15e région ; Lauze, 15e région ; Gautier, 4e région ; Pfeiffer, 2e région ; Legal-Lasalle, 4e région ; Barbier, 11e région ; Marcou, 16e région ; Besson, troupes du Maroc ; Cerutti, 14e région ; Guichard, 14e région ; Chastel, 2e région ; Chevallier, 6e région ; Masson, 14e région ; Faveret, 5e région ; Jacquot, 20e région, Jullian, 15e région ; Panou, 9e région ; Bourdeaux, région de Paris ; Durantet, 13e région ; Marx, région de Paris ; Lugnier, 6e région ; Dumont, 20e région ; Hutin, 20e région ; Brettmon, région de Paris ; Bessière, 20e région ; Baufle, 7e région ; Triller, 15e région ; Salle 8e région ; Violle, région de Paris.

Corps de santé des troupes coloniales. — Par décision ministérielle du 22 juin 1936, les mutations suivantes ont été prononcées :

En Nouvelle-Calédonie : M. le médecin capitaine Bare, du 10e rég. d'artillerie coloniale.

A la Guyane : M. le médecin commandant Bernier, du 12e rég. de tirailleurs sénégalais. Servira hors cadres à l'administration pénitentiaire. — M. le médecin lieutenant Lacorde, du 2e rég. d'infanterie coloniale. Servira hors cadres à l'administration pénitentiaire. — M. le médecin lieutenant Hélary, du 11e rég. d'artillerie coloniale. Servira hors cadres à l'administration pénitentiaire.

A la Guadeloupe : M. le médecin lieutenant-colonel Conil, du 23e rég. d'infanterie coloniale. Servira hors cadres en qualité de chef du service de santé de cette colonie.

ANNULATIONS DE DÉSIGNATIONS COLONIALES. — La désignation de M. le médecin colonel Trividic, pour servir en Afrique occidentale française, est annulée. La désignation de M. le médecin lieutenant Monin, pour servir en Afrique équatoriale française, est annulée.

IL Y A CENT ANS

UNE SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — *Voici le compte rendu de celle du 16 août (d'après la* Gazette des hôpitaux), *fertile en incidents qui furent pour une part à l'origine de la création du* Bulletin de l'Académie de médecine.

« Cette séance a été consacrée à la discussion sur le rapport de M. Cruveilhier relatif aux mémoires de M. Jules Guérin sur les moyens de distinguer les déviations simulées des déviations morbides de la colonne épinière.

« La première conclusion du rapport a été rejetée, la deuxième et le troisième adoptées, la quatrième a été retirée par la commission.

« Le renvoi du mémoire au comité de publication a été ensuite adopté. Nous croyons inutile de rendre compte de cette discussion qui a dégénéré trop souvent en personnalités académiques.

« M. le Secrétaire général a donné lecture en commençant d'une lettre de M. Malgaigne, qui repousse la solidarité des articles contenus dans la Gazette médicale *sur les séances précédentes.*

« M. Husson a également donné lecture d'une correspondance qui a eu lieu entre M. Malgaigne et lui sur le même objet. Il a de plus communiqué un numéro du Bulletin de Bordeaux, *dans lequel se trouve l'annonce de l'Institut orthopédique de M. Guérin.*

« Ces diverses communications, pour ainsi dire privées, ont produit un effet pénible sur l'auditoire et sur l'Académie.

« La presse a été mise aussi en cause de nouveau par M. Husson et quelques membres, et défendue spirituellement par M. Rochoux.

« Les attaques contre la presse sont trop usées pour que nous y prêtions la moindre attention, et nous ne nous donnerons certainement pas la peine de la défendre.

« M. Husson demande du reste que l'Académie publie un bulletin de ses séances.

« M. Renauldin dit qu'il a été nommé rapporteur de la commission chargée de mettre à exécution ce projet, et qu'il travaille à son rapport qu'il espère publier bientôt.

« M. Bouvier présente une pièce pathologique recueillie sur une jeune fille de 22 ans, affectée depuis son enfance d'un torticolis du côté droit. Le sterno-mastoïdien droit est atrophié, pâle et presque de moitié plus court que le gauche. Il opposait une forte résistance sur le cadavre, quand on faisait effort pour redresser la tête, qui, aussitôt après sa section, a pu être porté dans tous les sens avec la plus grande failité. La division du faisceau sternal avait même suffi pour ramener le cou à la rectitude.

« Une conséquence importante qu'on peut tirer de ce fait, sous le point de vue thérapeutique c'est que, contre l'opinion de Sharp, adoptée par Boyer, dans son « Traité des maladies chirurgicales », la cause de la torsion réside, même dans le torticolis qui date de l'enfance, uniquement dans le sterno-mastoïdien, et qu'on peut encore remédier à cette affection dans l'âge adulte, soit à l'aide des appareils qui allongent ce muscle, soit au moyen d'une légère opération ayant pour but de le diviser en tout ou en partie. »

CLINIQUE CHIRURGICALE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ

Sur une malade atteinte de tumeur abdominale

Par le Professeur J. GUYOT (de Bordeaux)

Messieurs,

La malade qui va faire l'objet de cette clinique est une jeune femme de 35 ans qui habite Arcachon d'où elle a été envoyée dans le service par son médecin, le Docteur Doche. Elle est couchée à la salle 32, lit 20.

Cette malade a été adressée à l'hôpital pour des phénomènes fébriles s'accompagnant de douleurs abdominales avec augmentation de volume du ventre.

Si nous l'interrogeons au point de vue de ses antécédents héréditaires, nous voyons qu'il n'y a rien à signaler. Son père et sa mère sont vivants, se portent bien et, dans son histoire, on trouve simplement que mariée avec un homme d'apparence bien portant celui-ci a subi un traitement, une série de piqûres sur la nature desquelles nous ne sommes pas renseignés : ce que je puis vous dire dès maintenant, c'est que l'on a fait la réaction de Wassermann, qui chez elle, est absolument négative.

Au point de vue personnel, son enfance s'est passée sans incident ; elle a eu la rougeole et les oreillons. Elle est arrivée à l'âge de 16 ans sans faire d'autres maladies. A cet âge elle a été réglée : ses règles se sont installées d'emblée, très bien, sans douleurs, abondantes, venant régulièrement tous les mois.

A 23 ans, elle a présenté une maladie importante au point de vue de l'affection dont elle est atteinte aujourd'hui. Elle a été prise pendant un mois de phénomènes d'entérite rebelle, avec fièvre puis un jour, son ventre s'est ballonné, est devenu douloureux. Elle a eu des nausées, des vomissements : le médecin a porté le diagnostic de péritonite. Le Docteur de Batz, qui la soignait, a constaté au niveau d'une base pulmonaire quelques petits râles : il a pensé à une poussée pleurale au niveau de la base droite, poussée pleurale insignifiante qui, comme vous le verrez dans son histoire, ne s'est plus traduite par rien.

Traitée de cette poussée de péritonite par une application de glace sur le ventre, le repos au lit, au bout d'un mois et demi elle se levait et partait dans les Pyrénées faire sa convalescence.

A 29 ans, elle s'est mariée et, fait important, n'a jamais eu ni fausse-couche, ni grossesse.

En dehors de ces faits, elle avait un état de santé assez satisfaisant, lorsque, il y a exactement trois ans (elle avait 32 ans), elle a présenté du côté du membre inférieur gauche des phénomènes de gène de la marche, de claudication, sans température. Le médecin traitant appelé a porté le diagnostic de *sacro-coxalgie gauche*. Cette femme a été soignée pendant trois ans par le repos, l'héliothérapie et les ponctions car elle a fait une collection froide dans la fosse iliaque externe. Cette collection a nécessité du mois de septembre 1932 au mois de janvier 1933, huit ponctions successives. On a retiré la première fois un verre de pus ayant les caractères du pus des abcès froids. Dans les ponctions ultérieures le liquide s'était modifié ; la dernière fois on n'a retiré qu'une très petite quantité de liquide clair.

Toutes ces ponctions ont été des ponctions simples ; il n'y en a pas eu une seule suivie d'injection modificatrice.

La malade était en voie de guérison, elle commençait à se lever, n'avait plus de tuméfaction dans sa fosse iliaque gauche lorsque sont survenus les accidents aigus qui ont nécessité son entrée dans notre service.

En somme, c'est au déclin d'une maladie grave, alors qu'elle commençait à se lever, qu'elle a présenté brusquement les signes sur lesquels il me reste maintenant à attirer votre attention.

Sans cause elle fut prise d'un gros accès de fièvre qui dura quatre jours, en même temps qu'elle accusait des douleurs abdominales. Son médecin appelé constata au-dessous de l'ombilic une tuméfaction douloureuse qui se développa dans l'espace de quelques jours.

J'insiste sur ce fait qu'il n'y a pas eu de douleurs violentes avec nausées, pas de vomissements. Le signe important a été une grosse fièvre associée à un endolorissement du bas-ventre avec augmentation de volume rapide de la région sous-ombilicale.

C'est avec ces renseignements cliniques que nous allons l'examiner.

EXAMEN : Jeune femme qui n'est pas évidemment d'une apparence très robuste. A un moment donné, à 23 ans, elle ne pesait que 45 kilogrammes. Elle a augmenté depuis grâce à l'immobilisation au cours de la sacro-coxalgie dont elle a été atteinte. Actuellement elle a repris d'après ce qu'elle affirme, 8 ou 10 kilogrammes. C'est une femme un peu pâle, un peu maigre, qui n'a pas de fièvre et dont le pouls est bien frappé à 80.

Quand on l'examine, on voit qu'elle n'est pas oppressée, qu'elle ne tousse pas, qu'elle n'a aucune expectoration.

Les examens cliniques et radiologiques montrent que la sacro-coxalgie est guérie. Il n'y a plus de trace d'abcès, plus d'empâtement : le toucher rectal, sur la face interne des os iliaques, ne montre même pas de points douloureux ; la radio atteste que les lésions osseuses sont réduites au minimum.

Nous n'allons pas nous attarder sur ces séquelles de la maladie dont elle a été atteinte et qui paraît actuellement bien guérie, après trois ans de traitement.

En examinant cette malade, nous sommes frappés par l'existence sur la face antérieure du poignet droit d'une tuméfaction limitée qui paraît remonter sur la face antérieure de l'avant-bras. Cette tuméfaction est contemporaine du début de la sacro-coxalgie ; elle n'a pas sensiblement augmenté depuis. A son niveau on note un signe tout à fait caractéristique : c'est *le bruit de chaînon de Dupuytren* symptomatique d'une synovite à grains riziformes qui a évolué chez elle de façon très lente et paraît s'être stabilisée.

Au point de vue abdominal, nous notons tout de suite que la région sus-ombilicale a son aspect normal, et que la tuméfaction que cette femme présente est nettement sous-ombilicale. C'est une masse qui déforme la région hypogastrique, remonte même à un ou deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic sur le côté gauche et s'étend dans la fosse iliaque gauche. Si vous regardez le côté droit vous notez que la fosse iliaque de ce côté est plus libre que celle du côté opposé : ces faits vous sont confirmés par la palpation.

Un signe négatif, c'est qu'il n'y a pas de circulation veineuse collatérale, pas de signes inflammatoires du côté

de la peau ou de la paroi abdominale, pas de déformation de la région ombilicale. Lorsqu'on fait respirer la malade très profondément, cette tuméfaction ne bouge pas, elle reste en place en gardant les mêmes caractères.

A la palpation, on trouve une tuméfaction régulièrement globuleuse sur laquelle la main appuyée perçoit une sensation de tension avec une certaine dureté. Mais en poussant plus loin cet examen, vous percevez très nettement, une sensation de fluctuation. Les contours de cette poche ne sont pas nets ; il y a autour une zone d'infiltration et d'empâtement douloureux. Cette zone d'infiltration remplit en partie la fosse iliaque droite s'étend aussi à gauche, remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure. La malade accuse des phénomènes douloureux lorsqu'on palpe les contours de la tuméfaction.

Pas de crépitation neigeuse ; la partie haute du ventre, est normale et souple : la région épigastrique et les hypocondres ne sont le siège d'aucun signe pathologique.

Nous n'avons pas décelé d'ascite libre (1). En percutant la tumeur, la moitié supérieure est sonore ; pour avoir de la matité, il faut arriver à deux travers de doigt au-dessus du pubis, à cet endroit on trouve une zone de matité qui s'étend dans les deux sens vers les fosses iliaques et dont les limites n'ont pas cette matité à convexité supérieure que l'on trouve parfois. Enfin, la percussion comme la palpation réveille de la douleur.

Au toucher vaginal, le col n'est pas dans l'axe du vagin ; il existe une tuméfaction qui correspond au pôle inférieur de la poche liquide et donne une sensation nette de fluctuation. Sur la partie latérale droite on trouve le col qui est déjeté contre la paroi droite du bassin et ne présente aucun caractère pathologique : col de nullipare.

En somme, l'examen par le toucher confirme les données obtenues par le palper de la paroi abdominale : poche nettement fluctuante située à gauche, entourée d'empâtement douloureux au milieu duquel, à droite, on arrive à individualiser l'utérus non augmenté de volume et non douloureux.

Le toucher rectal donne ces mêmes signes sans en ajouter aucun nouveau. L'ampoule rectale présente un aplatissement sur sa partie antérieure correspondant à la tuméfaction pelvienne.

Il s'agit d'une tumeur liquide *fixée*, n'ayant aucune mobilité ni dans le sens antéro-postérieur, ni dans le sens transversal et qui a rejeté l'utérus complètement du côté opposé. La malade accuse un peu de dysurie qu'elle n'avait pas autrefois. Nous avons alors examiné le rectum à la radiographie après lavement opaque. Les clichés obtenus vous montrent au négatoscope que l'anse sigmoïde a été déjetée complètement à droite et qu'il existe un degré appréciable d'aplatissement de l'intestin qui ne se traduit pas au point de vue fonctionnel, cette femme allant à la selle régulièrement et ne présentant aucun signe de subobstruction.

Au niveau du membre inférieur gauche : pas le moindre œdème, pas de varices, pas de compression nerveuse.

Chez cette femme nous nous trouvons donc en présence d'une tumeur abdomino-pelvienne ayant débuté par un gros accès de fièvre, sans syndrome péritonéal, avec apparition en quelques jours d'une tuméfaction douloureuse fixe, nettement fluctuante qui refoule l'utérus du côté opposé.

(1) Camille LIAN et ODINET. — Le double bruit ascitique et le signe de la matité horizontale dans la station debout : importance du diagnostic des ascites. (*Presse Médicale*, 1934.)

Au point de vue pleuro-pulmonaire, pas de signes fonctionnels ; la radio ne présente, rien du côté de ses sommets, simplement ces grisailles que vous voyez au niveau du médiastin qui traduisent des adénites latentes si fréquentes dans cette région.

L'exploration systématique des ganglions lymphatiques sur lesquels le B. K. a une prédilection à se fixer a été négative : ni dans les régions cervicales axillaires, inguinales nous n'avons pu noter d'adénopathie sensible : ceci est un peu anormal.

DIAGNOSTIC : En présence de cette malade, nous devons discuter le diagnostic de l'affection abdominale aiguë pour laquelle elle est entrée à l'hôpital. Je vous donnerai au fur et à mesure les résultats des examens de laboratoire qui me serviront d'argument dans cette discussion.

Chez une femme qui présente une tuméfaction fluctuante de la région hypogastrique à apparition rapide, vous devez toujours penser, en premier lieu, à la *rétention d'urine* qui peut être le point de départ d'erreurs regrettables de diagnostic. Dans le doute, il suffit de sonder la malade pour voir disparaître la tumeur.

Chez une femme jeune, il faut aussi penser à la *grossesse*. Ici, ce diagnostic peut être éliminé facilement car l'hystérographie pratiquée a donné la preuve irréfutable qu'il ne peut s'agir d'une grossesse.

Nous signalerons simplement les tumeurs venant de l'étage supérieur : *kystes du foie, de la rate* que l'on voit exceptionnellement dans la région hypogastrique : ce sont des tumeurs mobiles qui réintègrent facilement la région où elles ont pris naissance. Dans ces cas, l'épreuve de Trendelenburg est très utile. En mettant cette malade dans cette position, la tuméfaction ne subit aucun déplacement.

Etant donné le siège et la consistance de la tumeur, il faut penser aux *kystes du mésentère*. Ces kystes ont été bien étudiés en 1892 par Braquehaye ; agrégé de la Faculté de Bordeaux et chirurgien de l'hôpital français de Tunis, qui montre, dans son mémoire, que ces kystes sont médians, siégeant dans la région ombilicale et ayant une paroi nettement limitée. A la percussion, ils sont sonores car ils sont souvent cravatés par une anse intestinale grêle qui donne une sonorité suspendue entre deux matités.

Ici ce signe n'existe pas plus que le « signe de Tillaux » qui consiste dans l'existence d'une zone de sonorité séparant le kyste du pubis.

Une affection à laquelle il faut encore penser, ce sont les *kystes hydatiques abdomino-pelviens* (1). Nous avons, en ce moment, dans le service, une malade du Docteur Aubac, de Saint-Macaire, atteinte d'une volumineuse tumeur abdominale chez laquelle les diagnostics de kystes de l'ovaire et de cysto-épithéliome ont été portés. A l'ouverture du ventre nous avons trouvé un énorme kyste hydatique du petit bassin qui remplissait presque toute la cavité abdominale.

Ces kystes hydatiques abdomino-pelviens sont souvent méconnus chez la femme et pris pour des kystes de l'ovaire. Chez un autre de mes malades de l'hôpital A. Boursier, nous pensions à une *péritonite tuberculeuse* parce que la tumeur dure, bosselée, irrégulière avait eu une longue évolution : à la laparotomie, il s'agissait d'un kyste hydatique abdomino-pelvien. Dans ces cas, seuls les examens de laboratoire peuvent empêcher les erreurs (réaction de Weingerg ; eosinophilie).

Le diagnostic qu'il faut toujours discuter de près en présence d'une tumeur fluctuante de la région hypogas-

(1) CHARRIER et LANGE. — *Bordeaux Chirurgical*, 1934.

trique chez une femme jeune c'est le *kyste de l'ovaire*.

Il ne saurait ici bien entendu s'agir d'un *kyste simple* avec une température à 39°, une tumeur douloureuse et fixe. Le kyste non compliqué est une tumeur arrondie, bien limitée, indolente et mobile. J'ai opéré il y a quelques jours une jeune femme enceinte de trois mois. Elle avait un kyste de l'ovaire qui avait ces caractères et dont le diagnostic ne donnait lieu à aucune difficulté.

Chez notre malade, s'il s'agit d'un kyste de l'ovaire, ce ne peut être qu'un *kyste compliqué*. Le signe clinique dominant chez elle est la *fixité* de la tumeur.

Ne pourrions-nous avoir affaire à un *kyste inclus du ligament large* ? Ces tumeurs se développant entre les deux feuillets du ligament large sont susceptibles de déterminer des phénomènes de compression de voisinage. Dans ces cas, il faut alors recourir à *l'épreuve de Claude Béclère* qui consiste à entourer les limites de la tumeur avec un fil de plomb souple fixé avec des bandes de leucoplaste sur la paroi abdominale. On fait ensuite une hystéro-salpingoraphie. Cette exploration a été faite ici dans d'excellentes conditions : elle vous montre les contours de la tumeur nettement située à gauche et ayant refoulé l'utérus complètement contre la paroi droite du bassin. Cette épreuve radiographique permet de rejeter l'hypothèse d'une grossesse. La présence de lipiodol dans le péritoine atteste la perméabilité des trompes et le déplacement considérable de la matrice collée sur les parois du bassin est en faveur d'un kyste de l'ovaire gauche.

Dans les tumeurs incluses du ligament large, l'utérus en même temps qu'il est refoulé est *élevé* ; il est attiré en haut. Quand on veut, examinant ces malades, avoir le col il faut aller le chercher très haut. Enfin, ces kystes ont une évolution apyrétique et ne sont pas douloureux.

Avec la fièvre, l'évolution aiguë, l'empâtement et la fluctuation on aurait pu penser à une *salpingite* suppurée, à un *pyosalpinx*. Quoique cette femme n'a pas le passé d'une métrite ancienne ; elle n'a pas eu les signes péritonéaux : nausées, vomissements et les poussées antérieures. Ce diagnostic se trouve d'ailleurs tout naturellement éliminé par le résultat de l'hystéro-salpingoraphie.

S'agirait-il d'un *kyste suppuré* adhérent aux parties voisines et, de ce fait, devenu fixe ? Nous ne le croyons pas, car si le début a été fébrile, la température est actuellement normale et ne présente pas cette courbe à grandes oscillations symptomatiques des collections suppurées.

Nous en arrivons à la complication la plus fréquente : la *torsion du pédicule*. La fixité du kyste, l'empâtement douloureux qui l'entoure, le refoulement de l'utérus du côté opposé constituent un ensemble de signes qui plaident en faveur d'un kyste compliqué de torsion : malheureusement pas le moindre signe clinique permettant d'appuyer ce diagnostic, dans l'histoire récente de cette femme, pas de douleur vive, brusque, pas de nausées, pas de vomissements. Pour ces raisons nous ne pensons pas avoir affaire à un kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

D'autre part, les renseignements fournis par cette malade, son passé, la synovite qu'elle porte au niveau du poignet, la sacro-coxalgie suppurée dont elle a été soignée en 1923 et qui s'est accompagnée d'une aménorrhée de quatre mois, le début fébrile des accidents avec apparition rapide en quelques jours d'une tumeur fluctuante constituent autant d'arguments cliniques en faveur d'une *péritonite tuberculeuse*.

Je dis péritonite et non *annexite tuberculeuse bilatérale* dont l'hypothèse ne peut être discutée après l'examen radiographique au lipiodol dont vous avez les résultats sous les yeux.

Quelle est l'affection dont est atteinte cette femme ? J'aurais conclu, il y a quatre ou cinq ans, sans hésiter, mais aujourd'hui il est une affection qu'on ne peut passer sous silence : elle a donné lieu à de nombreuses communications à la Société de chirurgie, je veux parler de la *péritonite chronique encapsulante*, très bien décrite en 1931 par Wilmot et Patel. Sous ce nom, on décrit un syndrome dont le caractère constant est d'être chaque fois cause d'une erreur de diagnostic. Jusqu'à ce jour le diagnostic n'a jamais été fait. Chez la malade de Lenormant, on diagnostique *fibrome de l'utérus*, pour d'autres, *kyste du mésentère*, *péritonite tuberculeuse* et chez le plus grand nombre, *kyste de l'ovaire*.

Voulez-vous que nous prenions comme type la malade de Wilmot et Patel : on l'apporte sur la table d'opération avec le diagnostic de fibrome. Le ventre ouvert, au lieu d'apercevoir les anses intestinales, on voit une membrane lisse formant sac, de coloration blanchâtre, très régulier qui cache complètement l'intestin. Dans ce cas, il s'agit d'une membrane unique enveloppant tout le tractus intestinal. D'ans d'autres cas, il y a deux ou trois poches blanchâtres qui ressemblent à d'énormes saucisses. Dans tous les cas c'est la même chose cette membrane régulière recouvre et cache l'intestin.

Bazy, opérant une malade, pense à un kyste de l'ovaire ; il prend le trocart, ponctionne, ouvre l'intestin dont la muqueuse fait hernie, ce qui nécessite une suture immédiate.

Si on incise cette membrane de péritonite chronique que l'on pourrait encore appeler *péritonite engainante*, on tombe sur l'intestin. Tous les auteurs sont d'accord pour dire que la surface intestinale n'est pas adhérente à cette membrane qui est surtout *adhérente au méso*. Si en libérant l'intestin, on tire sur la partie qui tient au méso, il se produit des *désinsertions mésentériques*, comme le fait a été rapporté à la Société de chirurgie. En pratique, l'opération consiste à libérer l'intestin le plus possible et à refermer le ventre. Un chirurgien a pu réopérer sa malade deux ans après, il a constaté que la membrane avait complètement disparu et que la malade était complètement guérie.

Cette péritonite plastique peut être consécutive à *l'appendicite*, à un *traumatisme* (1), mais il y a déjà un certain nombre d'observations où le laboratoire a montré des lésions tuberculeuses manifestes. On peut aujourd'hui reconnaître une forme tuberculeuse de la péritonite encapsulante (trois fois sur trente cas).

Cette femme a-t-elle une péritonite encapsulante ? Je ne le crois pas ; ce n'est pas impossible, mais sans l'intervention il est difficile de l'affirmer.

Sous ces réserves, je pense que cette malade est atteinte de *péritonite tuberculeuse*. Ce n'est pas la *péritonite ascitique* des jeunes filles, ce n'est pas non plus la *péritonite fibro-caséeuse* avec ses damiers, ses placards, ses zones alternativement sonores et mates, mais c'est la *péritonite ascitique enkystée* avec, probablement, tout autour, de l'infiltration tuberculeuse des anses intestinales : ce qui nous explique le début fébrile et l'apparition rapide de la tumeur kystique entourée d'adhérences et peut-être d'épiploïte. En somme, pelvi-péritonite tuberculeuse abdomino-pelvienne laissant le haut-ventre libre, souple et non-envahi.

PRONOSTIC : Chez une femme adulte la constatation de plusieurs manifestations tuberculeuses ostéo-articulaire, synoviale et péritonéale en évolution comporte un pronostic sérieux. Les éléments favorables sont l'état pulmo-

(1) Paul GUIBAL. — Péritonite tuberculeuse traumatique. (*Presse Médicale*, 1932).

naire sain, l'absence de ganglions, l'absence de fièvre, la régularité anormale des règles et l'état général plutôt floride chez cette malade longtemps immobilisée à Arcachon et qui nous dit avoir nettement augmenté de poids.

TRAITEMENT : Quel traitement appliquer à cette malade ? Admettons chez elle le diagnostic de péritonite tuberculeuse qui, malgré tout, doit comporter certaines réserves. Nous devons étudier successivement les avantages du traitement médical et du traitement chirurgical.

Traitement médical. — Ce traitement comporte l'usage alterné de trois médicaments : huile de foie de morue, arsenic et iode. Le traitement spécifique, la tuberculinothérapie, défendue par Rochat, doit être rejetée en raison de ses dangers. Le traitement idéal serait la climatothérapie : 1° cure marine : Arcachon, Biarritz, Hendaye ; 2° cure d'altitude : Font-Romeu.

Les agents physiques utilisés chez ces malades et qu'il faut que vous connaissiez sont : 1° l'héliothérapie naturelle, 2° l'héliothérapie artificielle, 3° les rayons X.

1° *L'héliothérapie naturelle,* mise au point surtout par Rollier (1) (de Leysin) doit être pratiquée « au compte-gouttes » pendant une période qui varie de 9 à 24 mois et demande une installation approprié. Elle donne 50 % de guérisons, 30 % d'améliorations et 20 % d'échecs. N'oubliez pas qu'elle est contre-indiquée dans les cas fébriles.

2° *Héliothérapie artificielle.* Les rayons ultra-violets ont été étudiés par Léon (2). Ils constituent une méthode utile : ils ont deux contre-indications : la fièvre et les lésions pulmonaires en évolution.

3° *La rœntgenthérapie,* méthode excellente qui rend de très grands services, étudiée par Gibert (3), de Montpellier. Vous y aurez recours avec profit chez des polybacillaires fébriles après une laparotomie blanche, enfin comme complément des interventions chirurgicales, même avec fistules. Les rayons X enfin sont encore utiles chez ces femmes, comme l'a dit Sabourin, en supprimant les règles.

Traitement chirurgical. — La ponction simple est à rejeter, ainsi que l'injection d'air ou d'oxygène. La ponction suivie de lavage de la poche à l'éther préconisée par Basset (4) ne parait pas encore être entrée dans la pratique.

Le seul traitement chirurgical, est la *laparotomie* qui n'est pas simplement un traitement, mais aussi et surtout chez des malades chez lesquelles, comme chez cette femme, subsiste malgré tout un doute, un *précieux moyen de diagnostic* susceptible de donner la *certitude* de la nature des lésions tuberculeuses. Rien que pour cette raison nous pratiquerons chez cette malade *une laparotomie.* Il faut, dans ces cas, inciser la paroi très haut dans une zone où l'on peut espérer trouver un péritoine sain.

Cette laparotomie sera à la fois exploratrice et curatrice. Si, en effet, la laparatomie a été le traitement classique des formes ascitiques depuis l'observation classique de Spencer Wels, depuis quelques années les chirurgiens ont opéré des péritonites à forme fibro-adhésive en recherchant le point du ventre qui n'était pas envahi et en faisant « entrer de l'air » dans cette partie du péritoine avec des résultats excellents.

Un de mes premiers opérés fut un homme, de Langon, qui me fut adressé par mon ami le Professeur Jacques Carles. Il faisait de la fièvre et présentait une tumeur abdominale fluctuante avec deux poches séparées ; diagnostic : péritonite tuberculeuse enkystée : laparotomie, ouverture des deux cavités remplies de liquide citrin et dont les parois étaient criblées de tubercules. Cet homme a guéri complètement après cette laparotomie : sa guérison se maintient depuis plusieurs années.

(1) ROLLIER (de Leysin). — Congrès actinologie, 1929.
(2) LÉON. — Thèse Paris, 1926.
(3) GIBERT. — Congrès de gynécologie, Paris, 1933.
(4) BASSET. — *Bul. Soc. Chir.*, 1932.

Je tiens à vous signaler la technique de Témoin (1) qui, sur 300 malades, a associé avec succès à la laparotomie des séances de 5 à 10 minutes « *d'héliothérapie à ventre ouvert* ». Sur six cas dans lesquels Villard (de Lyon) utilisa cette méthode, il obtint quatre guérisons et deux améliorations.

Desplat (1) avait essayé l'application de rayons ultra-violets au cours de la laparotomie : il ne semble pas que cette méthode ait donné les résultats aussi favorables que ceux obtenus avec les rayons solaires.

Chez notre malade, si la laparotomie confirme le diagnostic de *péritonite tuberculeuse,* je verrai très bien l'emploi post-opératoire de la radiothérapie dont l'action est nulle sur le bacille de Koch (Gibert), mais atteint le follicule tuberculeux en le détruisant.

Enfin, en stérilisant par les rayons X ces femmes on obtient des résultats favorables : Simonin a pu justement écrire dans le livre jubilaire du Prof. Daniel (de Bucarest) : « Les femmes tuberculeuses meurent de leurs règles ».

En terminant cette clinique sur ce cas de *péritonite tuberculeuse,* diagnostic que nous contrôlerons par laparotomie, je tiens à vous présenter un infirmier de l'hôpital, donneur universel, qui a servi vingt-trois fois en deux ans dans des services divers pour des transfusions. Venu à la clinique pour une hernie ombilicale, on a constaté au cours de l'intervention qu'il était atteint de péritonite tuberculeuse : c'est à ce titre que je crois devoir vous le montrer.

Son observation est instructive : vous vous rappellerez, Messieurs, qu'un donneur universel ne doit pas servir indéfiniment : on l'expose à des dangers. Il est légitime de penser aussi, et ceci donne sérieusement à réfléchir, que les derniers bénéficiaires des transfusions faites avec ce donneur ont pu recevoir le germe dont il était porteur (2).

(1) TÉMOIN. — *Bul. Soc. Chir.*, 1923.
(1) DESPLAT. — *Bul. Soc. Chir.*, 1929.
(2) La malade qui fait l'objet de cette clinique a été opérée quelques jours après. La laparotomie a montré qu'elle n'était pas atteinte de *péritonite tuberculeuse,* mais présentait un *kyste de l'ovaire à pédicule tordu* très adhérent qui fut facilement enlevé. Les suites opératoires furent simples : cette femme a quitté l'hôpital complètement guérie.

« Il y a une trentaine d'années cet esprit encyclopédique qui avait été longtemps le propre des grands médecins et même des médecins tout court était passé de mode.

« Je me rappelle la semonce que s'attira un de mes camarades de son maître, grand patron d'alors (il est mort depuis longtemps et je ne risque pas d'éveiller un souvenir qu'il se croirait obligé de répudier). « Que faites-vous le dimanche ? avait-il demandé à mon camarade. Et celui-ci, dans l'innocence de son âme, avait répondu « Eh bien ! je vais entendre un concert, voir une exposition ; je lis un beau livre ; je vais regarder les arbres en banlieue ». « Malheureux ! s'était écrié le grand patron, et quand ferez-vous des questions ?

« Vingt ans plus tard mon camarade fut interrogé de la même façon par le même : « Que faites-vous le dimanche ? » Instruit par l'expérience il jugea habile de répondre : « Je prépare mes concours ». « Ce n'est pas cela qu'il faut, trancha l'ancêtre : Cultivez-vous, et venez voir un jour ma galerie de tableaux ».

« Les idées avaient évolué et l'ancêtre avait changé d'opinion. Mais son opinion première est encore trop souvent celle du médecin. » (Georges DUHAMEL. — Cité par G. Lavalée, *in Concours Médical,* 21 juin 1936).

BIBLIOGRAPHIE

Divers

La Suisse romande, par C.-F. RAMUZ. Un vol. de format 16.5 × 23 — 202 pages, couverture de Théophile-Jean Delaye, 224 héliogravures. Collection « *Les Beaux Pays* ». B. Arthaud, éditeur à Grenoble, 1936.

La Suisse romande est un pays d'une grande diversité. Elle le doit à ses montagnes. C'est l'altitude qui la met en mesure de rapprocher et de juxtaposer, sur un territoire des plus exigus, les climats les plus différents, qui vont de la vigne ou du figuier aux mousses du pôle. La neige ne quitte jamais ses sommets, tandis que les bords de ses lacs et la vallée du Rhône bénéficient déjà d'une température très semblable à celle qu'on trouve de l'autre côté des Alpes, en Italie. C'est le pays de Rousseau, de Mme de Staël, de Benjamin Constant ; c'est le pays de grandes agglomérations citadines comme Genève, et c'est en même temps un pays où se cachent encore, dans les replis des vallons reculés, des populations qui n'ont guère changé depuis le temps des Romains. C'est le pays de la Société des Nations et du plus authentique folklore.

On veut bien le louer pour la beauté de ses paysages, dont on trouvera, dans le présent volume, de nombreuses présentations ; mais, peut-être, ne faut-il pas oublier que le tourisme véritable doit aussi s'occuper de l'homme, parce que l'homme est en fonction des *sites* où sa naissance l'a mis.

Histoire de la Littérature Allemande, par Geneviève BIANQUIS. Un volume in-16. Collection Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris (Ve). Broché, 10 fr. 50.

Le champ de la littérature allemande est vaste et fécond. C'était presque une gageure que d'en vouloir faire le tour en un modeste volume. Mlle Geneviève Blanquis, professeur de littérature allemande à l'Université de Dijon, a néanmoins réalisé ce prodige. Sous une forme à la fois claire et concise, elle a su donner une image vivante de cette littérature depuis les origines jusqu'à nos jours. Les grands écrivains sont caractérisés avec ampleur, les auteurs secondaires groupés par écoles ou par tendances.

Le lycéen, l'étudiant, le lecteur cultivé trouveront plaisir à ordonner leurs connaissances dans le cadre souple de cette étude. Elle leur suggérera aussi de compléter leurs lectures en plus d'un sens.

En cours de route, l'auteur a indiqué, au moins sommairement, les ressources nouvelles que la littérature allemande a tirées de son étroit contact avec la France ou l'Angleterre.

Ainsi ce volume qui embrasse toute la littérature allemande, se présente en même temps comme un chapitre de la grande histoire de la littérature européenne, en train de se constituer peu à peu ; par delà les spécialistes, il s'adresse à tout le public cultivé.

Érasme (1466-1536), par L. GAUTIER-VIGNAL. Un vol. in-8° de la *Bibliothèque historique*, avec 8 gravures hors texte, 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

M. L. Gautier Vignal, qui a déjà fait paraître dans la *Bibliothèque historique* une vie de Machiavel, publie, à l'occasion du quatrième centenaire de la mort d'Erasme, une importante biographie du grand humaniste.

Bien qu'Erasme ait connu, de son vivant, une gloire internationale qui, sans doute, n'a jamais été égalée par aucun écrivain ; bien que son nom demeure un des plus illustres de l'histoire littéraire, on doit constater que, de nos jours, sa personnalité et son œuvre même (avec l'exception de l'*Eloge de la Folie* et des *Colloques*) sont généralement mal connus du public. Nul doute qu'à l'occasion de ce quatrième centenaire, on veuille se renseigner sur celui qui n'est pas seulement le plus grand écrivain de la Renaissance, mais aussi — pour ceux-là mêmes qui n'ignorent pas sa vie ni ses œuvres — une des figures les plus énigmatiques de l'histoire des Lettres.

Ce nouvel ouvrage de la *Bibliothèque historique* répond donc à l'attente de nombreux lecteurs. Il est le résultat d'une longue fréquentation de son auteur avec le célèbre humaniste et le fruit de la plus sûre érudition. Mais sur un sujet aussi vaste et aussi complexe — car il embrasse à travers Erasme, la Renaissance, l'Humanisme, la Réforme — M. L. Gautier Vignal a su néanmoins écrire un livre qui demeure à chaque page vivant et coloré. Il suit Erasme depuis sa naissance jusqu'à sa mort, le situe constamment dans le cadre des événements historiques et nous présente un nombre considérable de personnages, parmi les plus importants de l'époque, avec lesquels il fut en rapport.

M. L. Gautier Vignal ne se borne pas à étudier la vie et l'œuvre d'Erasme ainsi que le rôle qu'il a joué dans la Littérature et dans les commencements de la Réforme ; il nous trace du grand humaniste un portrait original, nous signale les contradictions de son caractère et nous apporte, semble-t-il, la solution d'un certain nombre de problèmes souvent posés à son sujet.

Si dans ce livre, écrit avec la plus entière impartialité, les faiblesses du grand écrivain n'ont pas été passées sous silence, l'auteur ne lui ménage pourtant pas les éloges. Il met en relief son énergie, sa loyauté à l'égard de ses amis, la constance de ses opinions : il nous montre combien, dans le drame de la Réforme, son attitude a été ferme et logique, contrairement à ce qui a été si souvent écrit. M. L. Gautier-Vignal nous indique enfin ce qui rend Erasme si proche de nous par l'aspect de sa pensée et par ses préoccupations politiques, qui sont encore exactement les nôtres.

La Circoncision. Son histoire et son importance au point de vue hygiénique, par le Docteur E. Baras. In-8°, 56 p. Librairie Lipschutz, 4, place de l'Odéon, Paris, 1936.

L'auteur étudie les différentes étapes subies par cet acte chirurgical qui est une des premières opérations connues dans l'histoire des peuples et montre ses avantages et ses indications.

THÉRAPEUTIQUE

Chimiothérapie des parasitoses intestinales

par le Dr **R. MOLINE**

Chef de Clinique à la Faculté de Paris

« Nous croyons que l'extension de l'*endemia amibæ* dans nos régions métropolitaines constituera dans un proche avenir un des problèmes les plus graves dont l'hygiène publique aura à s'occuper ».

F. MOULAERT
Médecin du Centre de gastro-entérologie de Bruxelles

Il était autrefois extrêmement rare de voir, en France, des malades atteints d'affections parasitaires du tube digestif et les cas observés ne se voyaient guère que chez des coloniaux de retour à la Métropole.

La situation, à ce point de vue, a notablement changé. Depuis une quinzaine d'années les parasitoses intestinales sont en voie de prendre, surtout dans certaines régions, un caractère endémique et autochtone. L'explication de ce fait se trouve, d'abord, dans les contaminations de guerre : des foyers de contamination ont été allumés, en France, par les soldats revenus des fronts d'Orient et par les indigènes amenés dans la métropole qui ont transporté avec eux les parasites si fréquents en Afrique du Nord et en Indochine. La contamination a été favorisée encore par la plus grande facilité et la plus grande rapidité des transports. De nombreux métropolitains se rendent pour un temps dans les colonies ou pays d'outre-mer où les parasitoses sont endémiques et en reviennent infestés. Des contaminations familiales ou de voisinage assurent alors une première extension locale aux parasitoses importées. Sous des influences climatiques différentes de celles de leur lieu d'origine ces infestations parasitaires aboutissent à des formes frustes, difficiles à déceler, ce qui, pour l'amibiase en particulier, justifie pleinement la conclusion que donnait Moulaert à sa communication au Congrès de l'amibiase (sur Le diagnostic de l'amibiase chronique), conclusion que nous avons reproduite en tête de cet article.

La plus répandue de ces parasitoses est certainement l'amibiase qui sévit avec fréquence dans l'Afrique du Nord et en particulier au Maroc. Le Congrès qui lui fut consacré à Casablanca et à Rabat en avril 1936, a grandement contribué à montrer toutes les modalités qu'elle peut revêtir dans l'étiologie des côlites, confirmant cette double notion sur laquelle on ne saurait trop insister :

1° L'amibiase ne se manifeste point toujours sous l'aspect classique sous lequel les traités la décrivent ; elle peut revêtir, et c'est fréquent, des formes insidieuses et larvées.

2° Son dépistage et son diagnostic sont très difficiles dans un grand nombre de cas.

Il s'en suit que lorsqu'on se trouve en face de malades souffrant de troubles intestinaux vagues et diffus, sur lesquels il est difficile de porter un diagnostic étiologique précis, il faut toujours penser à une infection amibienne possible et interroger par conséquent le malade sur ses antécédents d'habitat, ses voyages et son entourage. Il faut faire effectuer des recherches parasitologiques par un laboratoire compétent. Mais les examens ne sont valables que s'ils sont faits avec des méthodes rigoureuses. Il faut répéter ces examens quand ils sont négatifs car l'élimination des amibes peut être très intermittente (Deschiens). S'ils restent négatifs, le malade présumé amibien peut être soumis à un traitement d'épreuve qui parfois permettra, par ses effets rapides, de porter un diagnostic *a posteriori* de probabilité.

Trois grandes classes de médicaments sont utilisées pour lutter contre l'infection amibienne : l'émétine, les arsenicaux pentavalents, les dérivés de la quinoléine.

L'émétine est un médicament classique, surtout spécifique des complications hépatiques de l'amibiase, médication très active mais dont l'usage ne peut être continué longtemps, et pour laquelle les intolérances individuelles sont malheureusement fréquentes. Il est impossible de fixer d'avance la dose utile d'émétine chez un malade donné, celle-ci ne pouvant être atteinte que par approximation et par progression croissante des doses, avec surveillance de tous les instants afin de guetter le seuil de la tolérance qu'il ne faut dépasser sous aucun prétexte, sous peine de voir la thérapeutique devenir dangereuse.

Les arsenicaux sont irritants pour la muqueuse digestive et, de ce fait, déterminent assez vite des réactions inflammatoires ; d'autre part, leur action sur le foie les contre-indique chez nombre de malades de cette catégorie qui sont aussi des hépatiques. Enfin, on connaît la gravité des névrites optiques observées après l'emploi des arsenicaux pentavalents.

Parmi les dérivés de la quinoléine, l'iodochloroxyquinoléine a fait depuis quelques années l'objet de recherches nombreuses et celles-ci semblent devoir faire classer ce médicament parmi les plus actifs, les plus sûrs et certainement les mieux tolérés. L'iodochloroxyquinoléine a été expérimentée par un certain nombre d'auteurs résidant en pleins foyers endémiques d'amibiase et des autres affections parasitaires du tube digestif. C'est ainsi qu'à San Francisco elle a fait l'objet d'études très longtemps poursuivies par David, Johnstone, Reed, Leake, Herbert Van Dalsem et Anderson. Ces auteurs ont étudié les effets de la médication, d'une part, chez des malades de clientèle libre se traitant chez eux, d'autre part, sur des patients incarcérés à la prison de San-Quentin de Californie. L'efficacité du traitement était vérifiée par des examens répétés des selles fraîches. On considérait comme critère de guérison l'absence de parasites dans les selles pendant au moins trois mois après la cure. Cette surveillance comportait des prélèvements de selles, trois jours consécutifs, toutes les deux semaines.

Mille hommes furent ainsi examinés, parmi lesquels un assez grand nombre d'amibiens furent traités par des doses convenables (d'une façon générale 200 à 250 milligrammes par kilogramme de poids, soit 0 gr. 75 en moyenne par jour, pendant une période de dix à quinze jours suivie de sept à huit jours de repos). Un examen rigoureux des selles de ces malades, pendant le traitement et pendant une période de trois à six mois après celui-ci montra des résultats immédiats et éloignés excellents, soit jusqu'à 90 % de guérison chez tous les prisonniers, mais sensiblement moins bons chez les sujets libres exposés à se réinfecter. Les auteurs ont été ainsi amenés à la conclusion que si l'iodochloroxyquinoléine peut guérir la plupart des cas d'amibiase, le résultat n'est acquis qu'autant que les sujets sont soustraits aux contaminations subséquentes, presque fatales en milieu familial infesté ou lorsque les vivres sont manipulés par des personnes atteintes de l'affection.

Deux auteurs italiens, Leo Taddia et Mario Giordano, sont arrivés à des résultats semblables avec des doses à peu près identiques. Le dernier a utilisé aussi le médicament chez les porteurs de lamblias, dont il ne peut affirmer qu'ils furent stérilisés, mais dont les parasites disparurent néanmoins des selles.

Le Docteur El Biblawi, médecin chef du Manchieh Hospital Wakf du Caire, aidé par le Docteur Tamches pour les examens microscopiques, a administré l'iodochloroxyquinoléine à plusieurs amibiens aigus et a noté l'atténuation rapide des symptômes inflammatoires, douleurs, diarrhée, ténesme, sang, mucus, et la disparition concomitante des parasites dans les selles. Il a constaté une action favorable du médicament dans les poussées aiguës comme dans les formes chroniques rebelles

(pour lesquelles il a utilisé parfois la voie rectale en lavements) coïncidant avec la disparition des parasites, même sous leur forme kystique. Il a pu traiter ainsi, sans aucun effet secondaire fâcheux, de tout jeunes enfants et des femmes enceintes.

Nous avons repris ces expériences à l'aide de l'iodochloroxyquinoléine spécialisée sous le nom d'Entéro-vioforme. Ce produit, préparé pour l'usage interne, est associé à une substance émulsionnante qui en favorise la dispersion et la répartition régulière sur toute la muqueuse côlique. Ce composé, insoluble dans l'eau, n'est ni toxique ni caustique ; c'est un cicatrisant fréquemment utilisé dans le pansement des ulcérations cutanées et muqueuses. Cette action cicatrisante se conjugue avec l'action parasiticide du médicament et augmente ainsi son efficacité dans la côlite amibienne, comme d'ailleurs dans presque toutes les côlites parasitaires, semble-t-il. Dans le cas de l'amibiase on réalise indirectement, en traitant l'atteinte intestinale, la prophylaxie des complications hépatiques ou pulmonaires.

Notre observation porte sur deux petits groupes de faits. Le premier, dépisté à partir d'une recto-côlite hémorragique, nous a permis de traiter, chez des sujets retour de la colonie, cinq cas d'amibiase chronique que nous considérons comme guéris. Le second comprend des indigènes nord-africains séjournant à Paris. Ceux-ci, plus difficiles à observer d'une manière suivie, ont été très améliorés, quelques-uns sont encore porteurs de germes mais peut-être y a-t-il eu réinfestation.

Ces faits concordent avec ceux observés à l'étranger et justifient la continuation de l'expérimentation.

Nous croyons donc qu'il y aurait intérêt à entreprendre en France, chez les coloniaux ou indigènes porteurs d'amibes ou d'autres parasites intestinaux, des traitements avec l'iodochloroxyquinoléine. Etant donné les conditions de vie de la métropole, on aurait d'autant plus de chance d'agir curativement, que les sujets sont moins exposés à la réinfestation que dans les pays d'origine. Celle-ci est cependant possible en France puisque, comme nous le disions au début, l'amibiase, la lambliase et peut être d'autres parasitoses intestinales encore, tendent à prendre un caractère autochtone et endémique. Pour cette raison, nous verrions volontiers le traitement par l'iodochloroxyquinoléine institué chez tous les diarrhéiques ou entéritiques dont les troubles intestinaux ne peuvent reconnaître une pathogénie certaine, excluant la présence de parasites. D'ailleurs Deschiens et Lenoir en 1924, établissant la statistique de 2.000 malades du Centre de gastro-entérologie de l'hôpital Saint-Antoine, ont pu prouver la présence de parasites intestinaux chez 60 pour cent d'entre eux.

L'emploi de l'iodochloroxyquinoléine est, en tout cas, autorisé toutes les fois qu'une origine parasitaire est soupçonnée dans les troubles dont se plaignent les malades. L'iodochloroxyquinoléine semble devoir être esssayée utilement dans le traitement des diarrhées infantiles de la période estivale où l'infection exogène avec une flore bactérienne variée est de règle.

Son administration paraît pouvoir être tentée, enfin, dans les helminthiases et les états infectieux à déterminations intestinales : affections à Eberth ou à Para, ou même colibacilloses. Dans ces différentes applications un élément de sécurité autorise toujours l'essai d'une telle thérapeutique : c'est son absence de toxicité et sa tolérance vis-à-vis de tous les sujets chez lesquels on l'a employée.

BIBLIOGRAPHIE

James (Wm.-M). — Remarks on the diagnosis of intestinal amebiasis. *XVth Annual Report of Medical Department of United Fruit C°*, 1926, 82.

Reed (A.-C). — Clinical amebiasis and newer methods or treatment *North west Med.*, décembre 1931, XXX, 525.

Leake (C.-D.) — Chemotherapy of amebiasis. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, January 16, 1932, XCVIII, 395.

Reed (A.-C.). and Johnstone (H.-G.). — Method for diagnosis of amebiasis. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, August 27, 1932, XCIX, 729.

Johnstone (H.-G.). David (N.-A.). and Reed (A.-C.). — A protozoal survey of one thousand prisoners. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, March 11, 1933, c., 728.

David (N.-A.-Johnstone (H.-G.). Reed (A.-C.), and Leake (C.-D.) — The treatment of amebiasis with iodochlorhydroxyquinoléine (Vioform N. N. R.) *Journ. Americ. Med. Assoc.*, may 27, 1933, c. 1858.

Alfred-C. Reed and Herbert G. Johnstone, with the technical Assistance of Miss Jeanette Van Dalsem Anderson. — Amebiasis among one thousand prisoners. — *From the Pacific Institute of Tropical Medicine, University of California. The American Journal of Tropical Medicine*, vol. XIV, n° 2, march 1934.

F. Blanc et J. Fournier. — L'amibiase dans la pratique médicale militaire en France. *Le Sud Médical et Chirurgical*, 15 juillet 1935.

A. El Biblawi. — The treatment of the different forms of dysentery and other intestinal disorders. *The Journal of Egyptian Medical Association*, vol. XIX, 1, January, 1936.

R. Deschiens. — Comment déceler les infections parasitaires du tube digestif. *Revue Coloniale de Médecine et de Chirurgie*, 15 juin 1936.

Congrès de l'amibiase à Casablanca-Rabat, avril 1936. *Cf. Travaux et communications in Maroc Médical*, n° 166, 167, 168, 169, avril, mai, juin et juillet 1936.

RADIOLOGIE

La radiothérapie dans la maladie de Basedow

L'expérience que l'on a de la radiothérapie appliquée à la maladie de Basedow est assez vaste. Mais bien des divergences de vue persistent encore et il a semblé nécessaire à MM. Brull, Van Pee et Dumont (*Arch. d'Electric. méd.*, mars-avril 1936), d'acquérir une opinion personnelle qu'ils résument ainsi :

« L'irradiation du goitre basedowien par les rayons X ou le radium est susceptible de faire atrophier la glande et de faire disparaître la symptomatologie basedowienne.

« La sensibilité des cas divers est assez variable, et il ne paraît pas aisé de standardiser le traitement.

« En général, le résultat est assez tardif, ne se complétant pas souvent que plusieurs mois après deux ou trois séries d'irradiations. Il n'est pas certain qu'un effet complet puisse être obtenu dans tous les cas. Parmi les cas graves, nous n'en avons pas vu qui fussent complètement réfractaires.

« L'irradiation peut dissocier la symptomatologie basedowienne. Elle produit plus facilement la chute du métabolisme et le gain du poids que la stabilisation circulatoire. L'instabilité cardiaque peut mieux persister alors qu'un myxœdème léger, mais indiscutable, s'est déjà installé.

« L'effet destructeur ou paralysant de la glande thyroïde est souvent précédé de poussées thyréotoxiques qui ressemblent en tous points aux poussées habituelles de l'affection et peuvent être graves, exceptionnellement mortelles.

« Il faut éviter d'irradier les grands agités.

« Comme autres accidents, on peut observer exceptionnellement, notamment avec le radium, une anémie profonde, se rapprochant du type Biermer, curable. Nous avons observé un cas de glycosurie massive passagère. Ces cas ont guéri.

« L'irradiation thyroïdienne peut dépasser le but et conduire au myxœdème léger, particulièrement chez les malades qui sont à la ménopause, celle-ci étant par elle-même un facteur important du myxœdème.

« Il nous est impossible de prévoir l'avenir des malades jeunes, dont la glande s'est atrophiée avec disparition concomitante des symptômes. Le fait que leur thyroïde est souvent cliniquement entièrement atrophiée fait penser qu'ils sont plus exposés à l'hyperthyroïdie, peut-être les femmes deviendront-elles toutes myxœdémateuses à la ménopause...

« Il est malaisé de comparer les résultats de la radiothérapie à ceux de la thyroïdectomie subtotale. Cette dernière produit des résultats rapides et, de ce fait, plus brillants et plus démonstratifs, surtout pour ceux qui n'ont pas la patience d'attendre les effets souvent tardifs des irradiations. On a souvent dit que la radiothérapie expose moins la vie des malades. Cela dépend sans doute beaucoup de l'expérience des chirurgiens et aussi de celle des radiothérapeutes. Parmi nos malades, nous avons

à déplorer une mort dans un cas où, nous le voulons bien, le pronostic était d'avance des plus sombres.

« Un autre malade a succombé à une perforation aiguë de l'estomac, sans aucun syndrome. Nous ne pensons pas que cet accident ait quelque rapport avec le traitement.

« Mais on ne doit pas se laisser aller à la trop naturelle tendance de considérer comme inévitables les pertes que l'on a faites pour ne s'attribuer que les résultats positifs. La radiothérapie peut être dangereuse, même mortelle, exceptionnellement, nous le voulons bien, mais cela doit être dit.

« Il y a un rapprochement, cependant, que nous ferions volontiers entre les deux méthodes chirurgicales et radiologiques, c'est qu'elles nous paraissent également brutales toutes deux. Quand on enlève la grosse part d'un goitre ou qu'on l'irradie, on sait qu'on a de fortes chances de dissiper les symptômes basedowiens, mais on ne sait jamais où s'arrêteront les effets thérapeutiques.

« Les myxœdèmes, frustes du moins, sont loin d'être exceptionnels dans les deux alternatives ; l'un de nous dispose à ce sujet d'une intéressante documentation personnelle.

« Nous sommes convaincus que la thyroïdectomie ou l'irradiation constituent à l'heure actuelle les meilleurs moyens pour mettre un malade à l'abri de l'évolution menaçante d'une maladie de Basedow. Nous conseillons ces thérapeutiques à nos malades, mais nous n'y voyons que des thérapeutiques d'attente, qu'il y a lieu sans doute de perfectionner le plus possible, mais qu'il importerait encore plus de remplacer par un traitement plus physiologique. »

Les épanchements pleuraux invisibles

Les épanchements pleuraux invisibles à la radiographie existent d'une façon indiscutable, mais englobent des faits très disparates que M. W. Pescarolo vient d'étudier dans un important travail (Thèse de Paris, 1936).

Les épanchements liquidiens invisibles d'une façon absolue, quelle que soit l'incidence, semblent être dus à des pleurésies lamellaires, « en manteau », non-tuberculeuses. Ces pleurésies réactionnelles, cardiaques ou brightiques, se font dans des feuillets pleuraux souples, non-adhérents, autour d'un poumon congestif. Leur volume peut atteindre 500 c. c.

Les épanchements liquidiens masqués ou invisibles sur un seul cliché de face ou de profil, sont constitués par de petits épanchements collectés dans un cul-de-sac costo-diaphragmatique et ne dépassant guère 200 c. c.

Les épanchements liquidiens peuvent être cachés, par une obscurité thoracique due à un fibrothorax, à une coque pleurale ou à de l'atélectasie pleuro-pulmonaire.

Les épanchements gazeux, masqués ou invisibles, comprennent les pneumothorax artificiels ou spontanés inapparents sur les clichés.

Ces pneumos masqués sont des aspects particuliers et peu fréquents des pneumothorax partiels. Ils présentent une individualité propre du fait de leur localisation, presque constamment à droite, de leur aspect radiographique, de leurs difficultés diagnostiques, nécessitant des examens lipiodolés et des radiographies croisées.

« L'Assistance opératoire n'est pas une fonction de deuxième zone, ni du temps perdu pour l'éducation chirurgicale immédiate. C'est en aidant, et en aidant beaucoup et bien, qu'on apprend son métier, mieux qu'en opérant soi-même et hors de toute discipline rigoureuse. Avoir assisté directement à cinquante hystérectomies correctes vaut mieux que d'en avoir fait cinquante au petit bonheur, et je garantis que la première opération de l'assistant sera meilleure que la cinquante et unième de l'opérateur autodidacte qui soustrait son expérience au contrôle méprisé d'une assistance régulière et prolongée. « Ne vous exposez pas à tout mal faire, disait Farabeuf, en ne vous préparant à [illegible]. » (J. Okinczyc. — Les petites règles de la chirurgie parfaite. Un vol. 1936, Masson, édit.,

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine infantile

Un abcès du poumon peut se constituer après une amygdalectomie ou une ablation des végétations adénoïdes ; mais c'est une complication rare. Beaucoup de laryngologistes et de pédiatres n'en ont pas observé. Certaines statistiques américaines mentionnent un, trois, huit cas sur 10.000 interventions.

A Paris, Le Mée dit n'en avoir pas observé, à l'Hôpital des Enfants-Malades, sur 20.000 interventions environ. M. André Bloch a vu un cas sur 12.000 tonsillectomies environ.

Il convient cependant de faire des réserves à propos de la rareté de ces abcès. Les enfants, opérés à l'hôpital, partent après l'intervention, ou ne sont hospitalisés que pendant peu de jours ; on ne les suit pas, et, comme l'abcès du poumon est une complication tardive, il peut rester ignoré de l'opérateur.

Le cas suivant a été observé par M. Nobécourt.

Un garçon de 10 ans subit l'ablation des végétations adénoïdes.

Six jours après l'intervention débute un état infectieux, avec fièvre élevée, dont l'examen clinique ne révèle pas la cause.

Le dix-neuvième jour de la fièvre, un examen radiologique fait découvrir un abcès du poumon.

Cet abcès reste cliniquement occulte. L'enfant n'a pas de vomiques ; il expectore quelques crachats qui contiennent des pneumocoques et des cocco-bacilles du type Friedlander.

L'évolution est rapide ; le vingt-sixième jour de la fièvre, survient la défervescence ; le trente-sixième jour, les signes radiologiques ont disparu.

Malgré la fréquence, au cours de l'intervention, de la pénétration du sang dans les voies respiratoires inférieures, l'abcès post-opératoire ne paraît pas dû à une infection descendant par la voie aérienne. Il résulte habituellement de la pénétration des germes par la voie pharyngée dans la circulation lymphatique et la circulation sanguine ; les germes gagnent le poumon par la voie sanguine. Il s'agit d'un cas particulier des infections broncho-pulmonaires et pulmonaires à point de départ pharyngé.

L'abcès débute tardivement, huit à quinze jours après l'intervention. Il s'agit d'un abcès aigu, causé généralement par le pneumocoque.

Les abcès aigus à pneumocoques revêtent, soit une forme avérée, soit une forme larvée. Ils guérissent, en général, rapidement, sans traitement spécial, mais ils peuvent être graves et entraîner la mort.

(Professeur Nobécourt. Sur un garçon atteint d'une forme larvée d'abcès à pneumocoques du poumon après ablation des végétations adénoïdes. *Journal des Praticiens*, 16 mai 1936.)

Une observation de « synovite crépitante des jeunes sujets » mérite de retenir l'attention.

Un nourrisson de 11 mois, ne peut marcher que chaussé de ses souliers. Si on le pose à terre les pieds nus, il se met à pousser des cris, s'accroche à son berceau et refuse obstinément d'avancer

A l'examen on constate que les fléchisseurs plantaires sont raides et contracturés, en faisant effectuer quelques mouvements de va-et-vient, on perçoit une véritable crépitation neigeuse, une sensation analogue à celle que donne « la synovite crépitante ».

L'explication suivante peut être proposée.

L'enfant, pieds nus, est conscient de son instabilité, son polygone de sustentation est des plus réduits et les surfaces sur lesquelles il repose ne sont pas planes. Il contracte ses fléchisseurs pour s'agripper au sol et, dans cet effort désespéré et continu, ses frêles tendons épuisent le liquide synovial de leurs gaines. On peut donc bien parler de « synovite crépitante » et dès lors, on comprend pourquoi la répétition du même mouvement reproduit le même phénomène.

Par contre, lorsque l'enfant est chaussé, il repose sur une surface plus large et à peu près plane ; il se sent en sécurité et ne se cramponnant plus au sol, il ne crispe plus ses fléchisseurs et partant n'éprouve plus aucune douleur.

Le même fait s'est reproduit pendant deux semaines envi-

ron ; puis la confiance étant définitivement acquise, tout a disparu, et l'enfant, pieds nus ou chaussé, s'est livré sans crainte à ses ébats.

Un cas identique vient d'être observé par l'auteur. En quinze jours tout rentra dans l'ordre.

(Docteur Paul Durand, Courville. Un nourrisson qui ne peut marcher les pieds nus. *Journal des Praticiens*, 16 mai 1936.)

Dans les conditions usuelles, il y a lieu de déconseiller formellement l'usage du lait cru pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. — Le danger que peut offrir le lait cru aux jeunes enfants tient essentiellement aux risques d'infection

Outre certaines affections plus ou moins déterminées, qui peuvent y trouver leur origine, colibacillémies, fièvre aphteuse, provoquant chez le nourrisson des fièvres prolongées, dont on ne suspecte pas toujours la cause, il faut surtout insister sur la fréquence de l'infection tuberculeuse.

A cet égard, des recherches nombreuses poursuivies en France et plus encore à l'étranger sont très significatives.

La clinique nous montre parfois des cas où nous soupçonnons à bon droit l'infection par le lait. Il s'agit plutôt d'enfants que de nourrissons, enfants élevés à la campagne, atteints de tuberculose péritonéale ou osseuse et chez qui l'on peut relever l'usage de lait cru.

A l'étranger, S. Griffith a étudié en 1930-31, dans le Lancashire, 63 cas de méningite tuberculeuse, et il a pu reconnaître 19 fois, soit dans 30 p. 100 des cas, les caractères du bacille bovin. Le même auteur chiffre à 700 le nombre des décès provoqués dans les années 1928-30 par méningite tuberculeuse due au bacille bovin.

Pour Mumo et Scott, dans le Sud de l'Angleterre, le nombre de méningites tuberculeuses par bacille bovin serait dans la proportion de 80 p. 100.

Jensen, de Copenhague, fournit des résultats analogues et dont voici l'essentiel :

Méningite tuberculeuse :

Jusqu'à 15 ans	32,95 p. 100 des cas
De 15 à 30 ans	14,15 — —
Au-dessus de 30 ans	11,11

Un travail dû à MM. Lesné, A. Saenz, M. Fontes Magarao et L. Costil, et présenté à la Société de Biologie (4 janvier 1936), indique la découverte du bacille bovin dans sept liquides céphalo-rachidiens sur 106 cas de méningite tuberculeuse étudiés.

La pasteurisation bien faite suffit à faire disparaître tout danger de contamination de l'enfant par une infection mammaire de la vache d'ordre banal ou tuberculeux.

(Weill-Hallé. Le lait de vache cru : ses inconvénients dans l'alimentation des jeunes enfants. *L'Hygiène Sociale*, 25 avril 1936.)

Clinique chirurgicale

Les fistules intestino-cutanées consécutives aux interventions par appendicites aiguës sont loin d'être une exception. Sur environ 100 cas d'appendicites aiguës opérées à chaud, et dont plus d'une cinquantaine présentaient à l'opération du pus dans la cavité abdominale, on a relevé une dizaine de fistules post-opératoires.

Elles surviennent ordinairement à la suite des appendicites gangréneuses et perforées, entraînant un sphacèle secondaire plus ou moins marqué des parois intestinales juxta-appendiculaires, de la paroi cæcale notamment. Ce fut le cas dans sept des observations rapportées.

Elles se produisent aussi, mais avec moins de fréquence dans les appendicites aiguës sans perforation. Il semble dans ces cas qu'on puisse incriminer le contact des drains, ou la présence d'une collection purulente péri-appendiculaire pré ou post-opératoire.

La fistule est quelquefois la conséquence d'un iléus qui disparaît aussitôt que la fistule est constituée.

Il est des fistules qui évoluent spontanément et rapidement vers la guérison. D'autres nécessitent des interventions souvent itératives obligeant le malade à séjourner parfois fort longtemps dans les services hospitaliers. La mort peut survenir, par dénutrition, déshydratation, cachexie, lorsqu'elles ne sont pas traitées avec assez de diligence et d'à-propos.

(Pierre Smith. Les fistules intestino-cutanées après appendicectomie. *Le Bulletin Médical*, 14 mars 1936.)

La radiographie sans préparation doit être faite systématiquement en présence de toutes les occlusions intestinales et de toutes les affections abdominales dont le diagnostic est incertain. Elle fournit pour le diagnostic de l'occlusion des renseignements capitaux qui doivent modifier le pronostic actuel si redoutable.

Les renseignements fournis par la radiographie abdominale sans préparation s'ajoutent à ceux que donnait déjà la clinique. Il ne peut jamais y avoir contradiction entre ce nouveau moyen d'investigation et les solides données que nous donne l'examen du malade. La radiographie sans préparation ajoute à nos connaissances et ne retranche rien de ce que nous savions déjà.

(P. Moulonguet. La radiographie sans préparation dans le diagnostic des occlusions intestinales aiguës. *Paris Médical*, 4 avril 1936.)

Tuberculose

La fréquence et l'importance des manifestations tuberculeuses de l'œil échappent aux omni-praticiens. C'est le plus souvent sous forme de maladies du tractus uvéal (iris, corps ciliaire et choroïde) que se présente la tuberculose oculaire.

Ces affections du tractus uvéal (irido-cyclite, irido-choroïdite et choroïdite) apparaissent tantôt sous forme de nodules iriens, tantôt et beaucoup plus souvent sous forme d'inflammations diffuses surtout chroniques.

Alors qu'en France la plupart des auteurs attribuaient ces maladies à la syphilis ou au rhumatisme, on les considérait depuis longtemps en Allemagne, en Suisse, en Hollande, en Autriche, comme tuberculeuses, en Amérique comme manifestations oculaires d'une infection à point de départ dentaire, amygdalien ou intestinal — focal infection.

Le diagnostic différentiel entre la syphilis et la tuberculose est des plus délicats, souvent même, il reste un diagnostic de probabilité et de présomption.

L'examen général du malade, même en utilisant toutes les ressources modernes — réactions sérologiques, réactions à la tuberculine, radiographies, collaboration étroite entre le radiologiste, l'oculiste et le phtisiologue, ne nous donne pas toujours un diagnostic abolument précis, d'autant plus que, de l'avis de tous les observateurs compétents, il y a un antagonisme marqué entre les signes de tuberculose pulmonaire et les signes oculaires.

La tuberculose oculaire n'est que rarement accompagnée de lésions tuberculeuses actives ou évolutives ; l'interprétation des radiographies exige une grande expérience et se réduit très souvent à la découverte de lésions discrètes des ganglions hilaires.

Depuis plusieurs années, on assiste à une réaction dont le point de départ est surtout en Suisse, en Autriche et en Allemagne, et d'après laquelle la très grande majorité des iridocyclites (60 à 90 p. 100) serait à remettre sur le compte de la tuberculose, et en particulier de la forme ganglionnaire.

Le traitement de ces malades est donc à modifier.

En l'absence de tout signe de syphilis, au besoin après un traitement d'épreuve au cyanure de mercure, nous devrons, tout en continuant le traitement oculaire, avoir recours aux traitements généraux antituberculeux.

Seules de toutes les formes de tuberculose, et peut-être parce que leur origine tuberculeuse a été trop longtemps méconnue, les affections oculaires n'ont pas jusqu'ici bénéficié des cures sanatoriales d'altitude.

Depuis quelques années seulement on voit cependant s'opérer un revirement dans ce sens. La première impulsion est partie de Suisse. Les résultats obtenus sont des plus encourageants et doivent inciter les oculistes à soumettre leurs malades à des cures sanatoriales.

On ne laissera pas les tuberculoses en contact avec des porteurs de bacilles, mais on les réunira dans des pavillons spéciaux sous le contrôle d'un oculiste, possédant, à côté des connaissances ophtalmologiques, une certaine expérience en phtisiologie.

Il doit être assez facile de réaliser en France ce que l'on a obtenu dans d'autres pays, en particulier en Suisse, où nous voyons, à côté des malades aisés, les assurés sociaux atteints de tuberculose oculaire bénéficier dans une large mesure du traitement sanatorial.

(G. Weill. Les manifestations oculaires de la tuberculose et leur traitement dans les sanatoria. *La Presse Médicale*, 25 mars 1936.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifflant, par cy par là, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Le sens de l'autorité. — *M. Georges Duhamel* (MERCURE DE FRANCE, 1er août 1936), *après avoir conté l'aventure de ce chirurgien, professeur à la Faculté, qui ayant demandé un infirmier pour le service de la salle d'opération, se vit envoyer un sujet novice qui ne fréquentait les salles d'opérations que depuis une quinzaine, mais avait été proposé par le syndicat, s'élève contre la tactique qui subordonnerait tout à l'arbitraire et au favoritisme.*

Elle ne serait cependant pas nouvelle, si l'on en juge par la seconde anecdote que conte M. Georges Duhamel :

« En 1918, l'autochir à laquelle j'étais attaché perdit le sergent infirmier du quartier opératoire. Notre chef, Charles Viannay, chirurgien admirable et caractère d'une rigoureuse droiture, demanda que le sergent fût remplacé le plus vite possible. Nous reçûmes en effet, à quelques jours de là, un charmant garçon qui, de toute sa vie n'avait vu ni couler le sang, ni stériliser des compresses ? Notre chef, l'ayant interrogé, le renvoya, purement et simplement. Le G. Q. G., qui tenait sans doute à cette nomination, fit montre d'autorité en nous imposant l'incapable. Je vois encore, j'entends encore la froide et belle colère de Charles Viannay devant cette situation. Ainsi donc, il avait la charge de précieuses vies humaines et, au lieu de l'assister, on le gênait dans son travail. Il enleva ses gants et son masque, s'assit au téléphone et, pendant une petite heure, avec une froide obstination, il plaida la cause du bon sens et déclara fermement qu'il refusait d'obéir.

« Les gens du G. Q. G., se rendirent à tant de bonne foi. L'incapable fut remplacé. L'homme sage et responsable demeura maître de sa tâche. Ainsi soit-il ! ».

On ne saurait formuler d'autre vœu.

Talamon et Dieulafoy. — *Détaché d'un article de M. le Professeur Castaigne dans* LE JOURNAL MÉDICAL FRANÇAIS (juin 1936) : LA COLIQUE APPENDICULAIRE DE TALAMON :

.....Après avoir suivi pas à pas (et en me servant de ses textes), l'argumentation de Dieulafoy, il me sera bien permis, à moi qui représente la postérité immédiate de ces deux éminents médecins et qui, tout en ayant été l'interne de Talamon, ai une profonde admiration pour l'œuvre accomplie par Dieulafoy, parce qu'il a su imposer la thérapeutique actuelle de l'appendicite grâce à laquelle on a sauvé tant de vies humaines, il me sera bien permis de porter le jugement qui s'impose à notre génération à l'égard de ces deux grands médecins.

On ne saurait trop le redire et le proclamer hautement, Dieulafoy devrait être classé parmi les médecins qui furent les plus grands, parmi les bienfaiteurs de l'humanité, même si, dans toute sa vie médicale, il n'était parvenu qu'à une seule chose (et il en a fait bien d'autres), c'est-à-dire à imposer, comme il a eu le grand mérite de le faire, la ligne de conduite, résumée dans la phrase suivante qui est l'aboutissant de toute son œuvre sur les maladies de l'appendice : « attendre pour opérer, que l'appendicite soit refroidie, c'est faire fausse route, c'est conduire le malade à la mort ».

Mais cette vérité fondamentale, et essentielle, une fois bien établie, je dois reconnaître que, dans sa dialectique, il fut particulièrement injuste pour un de ses collègues qui honorait grandement le corps des hôpitaux de Paris.

Talamon était un grand savant et un médecin hors pair, dont la modestie égale à sa valeur l'empêchait d'aborder les luttes oratoires vers lesquelles, il ne se sentait pas attiré.

Il se contentait donc de nous montrer cliniquement beaucoup de malades atteints d'appendicites, dans son beau service de Tenon où j'eus l'honneur d'être son interne, et sur des pièces opératoires il nous faisait voir des appendices contenant des scybales non encore organisées, qui oblitéraient certains appendices et il nous commentait ses travaux et ses conceptions. C'est lui qui m'a montré l'existence non douteuse du type morbide qu'il a nommé colique appendiculaire et que je vais décrire tout à l'heure du point de vue clinique, en montrant que ce type morbide mérite mieux que l'exécution sommaire, brutale, et qu'on croyait définitive, qui en fut faire à la tribune de l'Académie de médecine.

Je n'oserais pas faire la comparaison dont je vais parler, si elle ne m'avait été établie par Talamon, lui-même, car je craindrais qu'elle soit offensante pour sa mémoire que j'honore, mais il tenait à cette comparaison et y est revenu bien souvent dans les conversations si précieuses, entre chef de service et interne, que nous avions, vers la fin de l'année 1897. « Voyez-vous, dans toute cette histoire de l'appendicite, je songe à « La Peste » de La Fontaine et c'est à mon tour d'être traité de « pelé et de galeux » par le « Roi des Animaux ».

« On est bien obligé de m'accorder, ajoutait-il, puisque je l'ai écrit et répété, que l'oblitération de l'appendice est dangereuse, mais on me chicane, en me montrant que, dans certains cas, on trouve des calculs, alors que si souvent la scybale oblitérante n'est aucunement organisée, mais on passe cela sous silence. J'ai mis en relief le « vase clos », mais c'est un terme mort-né, parce qu'il est perdu au milieu de théories inexactes, mais on s'empresse de le ressusciter immédiatement sous le nom de « cavité close ».

Et il continuait ses travaux, avec sa modestie coutumière, se rendant bien compte, néanmoins, qu'il avait été le premier, en France, à insister sur l'importance de l'appendice en clinique et que c'était lui qui, le premier, avait montré qu'il fallait « y penser toujours, en présence de phénomène aigus abdominaux ».

La question de l'appendicite en 1894. — *A Talamon revient le mérite d'avoir fait connaître les symptômes cliniques pouvant permettre de reconnaître l'appendicite avant qu'elle soit compliquée. M. Castaigne, en le rappelant dans un article récent* (JOURN. MÉD. FRANÇAIS, juin 1936), *conte l'anecdote suivante* :

« Je me rappelle qu'à l'époque où je fus nommé externe des hôpitaux de Paris, c'est-à-dire en 1894, au concours de l'internat fut donnée, à l'écrit, comme question de pathologie « les abcès péri-cæcaux ». Et ce fut, pour le jury lui-même, une véritable surprise, quand un jeune et très brillant candidat lut une copie, dans laquelle il montrait que l'appendicite était la cause habituelle de ces abcès, dont l'étiologie paraissait, naguère encore, si différente. Mais la copie, signée Gosset, fournissait des arguments si probants et si bien exposés, que la surprise des juges se transforma en admiration à la fin de la lecture de cette copie qui, si elle valut la place de premier à son auteur, eut, d'autre part, le grand mérite de convaincre un certain nombre de juges qui, jusque-là, ne croyaient pas à une telle importance de l'appendicite. »

Menu d'un hôtel de Ville d'eau, il y a un siècle. — *Mlle Madeleine Sautel rapporte dans sa thèse* (Paris, 1936), *d'après un voyageur qui séjourna à Luchon en 1842, le menu d'un hôtel où la pension était de 300 francs par mois* :

« Après quelques minutes d'attente, à cinq heures trois quarts, une fille de service, propre et élégante, annonça que le dîner était servi. Seize convives, officiers, poètes, femmes du meilleur monde, commencèrent à attaquer les huîtres de La Rochelle, les arrosant de bordeaux rouge et blanc. Deux potages dignes de Véry et des frères Provençaux, obtinrent les suffrages de l'Assemblée. A leur suite, le bouilli et les légumes flanqués de plusieurs vol-au-vent, furent solennellement apportés, puis la morue maître d'hôtel et deux plats de fricandeau, dont la couleur et le goût flattaient les yeux et le palais. Deux poulardes farcies accompagnaient un civet de lièvre aux couennes fondantes. Des hors-d'œuvre légers n'étaient pas négligés, ils maintenaient les mâchoires en perpétuel mouvement.

« Tel fut le premier service, terminé par un filet de bœuf sauce piquante, dont la vue seule ranima les appétits trop rapidement rassasiés. On revenait à tous les plats, sans parvenir à les achever.

« Les ogres dévorèrent ainsi une dinde bourrée de marrons et d'olives, un coq de bruyère et deux chapons de Muret, des petits pois au sucre, deux crèmes montées et l'obligatoire salade de saison, avec ail et œufs durs.

« Malgré ces excès de table, les goinfres faisaient assaut d'esprit, sans offenser les oreilles par quelques propos douteux.

Le dessert apparut enfin, escorté d'un moka délicieux, servi dans de fines tasses, tandis que les liqueurs de marques coulaient dans de grands verres à facettes. »

Malgré son abondance, la description de ce menu pantagruélique fait songer à ces vieilles cuisines de jadis, où la chimie était inconnue, où les cuivres reluisaient et qui avaient inspiré le pinceau de Chardin.

Il régnait, en effet, tant d'honnêtetés dans ces préparations culinaires qu'à onze heures, lorsque les dîneurs se séparaient, le sieur Hureau de Bachevilliers allait se coucher et s'endormait aussitôt, ayant à se lever, le lendemain, avec l'aurore, pour prendre part à une chasse à l'ours.

Une autre citation du même auteur nous indique comment, à la fin du XVIIIe siècle et au commencement du XIXe, on se traitait au point de vue gastronomique, tout en suivant la cure thermale. « Sans que je l'eusse commandé, on nous servit un dîner parfait. A Bagnères-de-Luchon, on trouve, comme je l'ai déjà dit, tout ce qui est nécessaire à la vie et tout ce qui peut flatter les goûts gastronomiques les plus délicats. Je dois encore donner quelques détails à ce sujet, ils ne seront pas de trop pour que les gastronomes qui me liront y viennent en foule satisfaire leur passion gastronomique. Les volatiles y sont parfaits : la perdrix grise, la blanche, la rouge, la bartavelle y abondent, le coq de bruyère y est assez commun ; le lièvre s'y trouve ainsi que toute espèce de bécasses et d'oiseaux d'eau ; l'ortolan, le râle des genêts, et la caille y sont en quantité selon la saison ; le chevreau y est délicieux ; le bœuf, le mouton, le veau y sont d'une excellente qualité ; l'izard est commun ; les truites de la Pique, de l'One, des divers lacs, surtout du lac d'Oo, y sont parfaites, les légumes et les fruits de toutes espèces s'y trouvent ; les fraises et les framboises y sont d'une abondance extraordinaire depuis le 15 juillet jusqu'au 15 et même fin septembre ; on sait que ces fruits des montagnes sont préférables à ceux des potagers ?

« L'art culinaire est porté, dans tous les hôtels, aussi loin qu'il peut l'être, selon son goût, on peut faire apprêter les mets de mille manières diverses ; le fameux cordon bleu est le code des cuisiniers de Bagnères. On peut avoir, suivant qu'on le désire, des pensions depuis 45 francs jusqu'à 300 francs par mois ; à 45 francs vous avez une bonne cuisine bourgeoise. »

L'incinération en Allemagne. — JE SUIS PARTOUT (25 juillet 1936) :

L'incinération est un usage beaucoup plus répandu en Allemagne, pays aux deux tiers protestant, qu'en France et dans les autres pays catholiques. Il n'est pas de ville de moyenne importance qui ne possède son four crématoire : il s'en rencontre même dans nombre de petites villes (moins de 20.000 habitants).

Des chiffres que l'on vient de publier, il résulte qu'en 1935, 69.928 personnes décédées ont été brûlées, ce qui représente une proportion de 27 % dans les communes ayant des fours crématoires. Cette proportion s'élève à 32,9 % à Berlin, 39 % en Saxe, 54 % en Thuringe. A Weimar, capitale de ce « pays », elle atteint même 69 %, et dans la petite ville de Lauscha 93 % ! Par contre, elle est très basse dans les villes de l'ouest : 9 % à Mayence, 8 % à Dortmund, 6 % à Hagen, 3 % à Duisbourg.

On remarquera que ces villes sont situées dans l'Allemagne catholique. Par contre, la Thuringe n'est pas seulement protestante, c'est la région où est né le néoprotestantisme : c'est aussi ce « pays » qui a eu le premier un gouvernement national-socialiste.

Le terrain, le microbe et l'état infectieux. Claude Bernard ou Pasteur ? — *En terminant l'article qu'il a publié sous ce titre,* (REVUE SCIENTIFIQUE, 25 juillet 1936), *M. Kopaczewski le résume ainsi* :

Conformément aux conceptions de Claude Bernard, l'expérimentation moderne démontre la fixité, parfois stricte, des caractères physiques et chimiques du milieu interne et, *eo ipso*, l'existence d'un pouvoir régulateur général de ce milieu à l'égard de toute action extérieure tendant à la modification éventuelle de cette fixité. Les travaux récents permettent de préciser le mécanisme de ce pouvoir-régulateur en particulier en ce qui concerne la réaction réelle, la tension superficielle, etc. De sorte que les conceptions de Pasteur, et surtout celles élaborées par les élèves de Pasteur, selon lesquels l'éclosion de maladies infectieuses serait due, avant tout, aux facteurs extérieurs, biologiques, les microbes, apparaissent comme unilatérales : le milieu joue un rôle de premier plan, et s'oppose à l'action de ces facteurs externes, tant que le pouvoir régulateur de l'organisme reste intact. Ainsi s'évanouissent les espérances des cliniciens, si on ne peut pas diagnostiquer divers états pathologiques, grâce à la détermination des écarts, soit dans les caractères chimiques, soit dans les propriétés physiques des humeurs. Une orientation nouvelle se dessine, ayant pour but d'évaluer, non ces caractères en eux-mêmes, mais le degré du pouvoir régulateur dynamique de l'organisme, son pouvoir de résistance à l'action des agents extérieurs divers, physiques, chimiques ou biologiques (réserve alcaline, degré de dispersion, etc.).

Des controverses, de plus en plus fréquentes, s'engagent entre les biologistes, afin de savoir quel est le facteur prédominant dans l'apparition des manifestations morbides. Est-ce le terrain ou l'agent pathogène externe ? Nous pouvons, semble-t-il, répondre aujourd'hui par l'affirmation suivante : tant que le pouvoir régulateur de l'organisme reste intact, l'action extérieure est neutralisée ; l'état pathologique n'est que la résultante de ces deux phénomènes.

Claude Bernard ou Pasteur ? L'un et l'autre : ces deux génies, ayant suivi, chacun à part, une route différente, ont apporté à la médecine expérimentale une contribution expérimentale immense, en reprenant les faits dûment établis, et en s'inspirant de leurs idées pour en découvrir d'autres, la médecine moderne est en train de faire le point.

Trop de vacances. — *M. L. Spillmann, doyen de la Faculté de médecine de Nancy, dans un article intitulé : Quelques réflexions sur l'enseignement de la médecine et le recrutement du personnel enseignant* (REVUE MÉDICALE DE NANCY, 1 août 1936) *proteste contre cette débauche de congés, de vacances qui fait que, dans nos Facultés, 160 jours à peine sont consacrés à l'enseignement* :

Il semble que depuis quelques années, le niveau des études médicales ait sensiblement baissé. Si la valeur de l'enseignement n'a pas diminué, je crois que la raison de ce regrettable état de choses doit être recherchée dans l'augmentation continuelle de la durée des vacances accordées aux étudiants dans les Facultés de médecine. Les vacances légales ont lieu du 1er août au 1er novembre, mais l'interruption des cours, cliniques et travaux pratiques est, en réalité, d'une durée très supérieure. Les examens dits de fin d'année bouleversent complètement la fin de l'année scolaire. Dans les Facultés un peu importantes, les examens commencent dès le 15 juin et je ne suis pas très sûr que cette date de soit sensiblement avancée dans certains grands centres. Dès que la période des examens est ouverte, les enseignements chôment, les stages sont virtuellement supprimés. Aux trois mois normaux de vacances s'ajoute donc un mois et demi pendant lequel la scolarité régulière est suspendue. Nous arrivons ainsi à un total de quatre mois et demi auxquels vont s'ajouter 10 jours au moins au nouvel an, et 15 jours à Pâques, soit 25 jours, ce qui donne 5 mois et 10 jours. En ajoutant encore à ce chiffre le 15 premiers jours de novembre et les quelques congés dus aux fêtes légales et aux événements tristes ou gais survenus au cours de l'année, on arrive péniblement à 6 mois d'enseignement, dont il faut défalquer 24 dimanches. En résumé, les Facultés de médecine donnent environ 160 jours d'enseignement par an qui sont divisés, ô dérision, en deux semestres de 80 jours ouvrables chacun ! Il est impossible de faire du bon travail en un espace de temps aussi court et il est urgent d'enrayer cette débauche de congés. Une telle organisation donne raison à ceux qui combattent l'institution d'une sixième année d'études, charge très lourde pour les étudiants et leurs familles.

Il serait infiniment préférable de conserver seulement cinq années de scolarité, mais de les bien employer.

Les Livres de la semaine

BIOT, CHARBAT, etc. — **Médecine et adolescence.** Suite de **Médecine et Education** (1re et 2e séries). In-8 écu, 311 p. Br. : 15 fr. ; Franco : 16 fr. 50 ; Et. : 18 fr. (2454). (Lyon, Lavandier).

JAQUET (Dr A.). — **La médecine qui guérit et la médecine qui tue.** In-16. Br. : 15 fr. français. (2486). (Lausanne, Payot et Cie et M. L. F.)

REGNAULT (Dr J.). — **Fille ou Garçon ?** In-8. 304 p. Br. : 18 fr. (2476-2477). (Ed. Médicis.)

Le Gérant : Dr Victor GENTY
CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 34 LE NUMÉRO : 50 Centimes 22 AOUT 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Clinique infantile

P. NOBÉCOURT : Sur une fille de 15 ans atteinte d'une néphrite chronique d'emblée avec hypertension artérielle et azotémie.... 1327

Faits cliniques

DALOUS, ROQUES, J. FABRE, CANTEGRIL et PONS : Réticulo-endothéliome du poumon à image arrondie..... 1336

Maladies professionnelles

A propos des anémies professionnelles, par J. COTTET........... 1338

Notes cliniques et thérapeutiques

Le traitement par la folliculine de la grande hémophilie familiale. — Traitement de l'urticaire par l'acide lactique à forte dose. Etc......... 1338

Nouvelles 1323

Echos et Glanures.................. 1341

Bibliographie 1332

NOUVELLES

Légion d'Honneur. — MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Sont nommés chevaliers : MM. Bonthoux, fabricant de produits pharmaceutiques à Villefranche-sur-Saône ; Burnet, docteur en médecine, à Marseille ; Chevrey, docteur en médecine à Orléans.

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. — *Cours de chirurgie oculaire* (octobre 1936). — M. le Professeur F. TERRIEN, assisté de M. le Professeur LACASSAGNE ; MM. les Professeurs agrégés VELTER et RENARD ; MM. VEIL et DOLLFUS, les Docteurs J. BLUM, HUDELO et Mme BRAUN-VALLON et M. JOSEPH, fera un cours de chirurgie oculaire à l'Hôtel-Dieu.

Le cours commencera le vendredi 16 octobre à 10 heures à l'Amphithéâtre Dupuytren (Hôtel-Dieu) et continuera les jours suivants. Il comprendra douze leçons. Les cours théoriques seront complétés par une série d'exercices pratiques : séances opératoires, exercices pratiques à l'Ecole de médecine ; démonstrations, visite à l'Institut du radium, etc...

Des séances opératoires spéciales seront organisées pendant la durée du cours.

PROGRAMME DES LEÇONS. — *Première leçon.* — Opération de la cataracte : Extraction simple et combinée. Complications opératoires et post-opératoires.

Deuxième leçon. — Améliorations de l'opération de la cataracte : Lambeau et pont conjonctival. Suture de la cornée. — Extraction totale. Extraction à la pique. Cataractes secondaires. Indications opératoires.

Troisième leçon. — Opérations dirigées contre l'hypertonie Hypertension dans les iritis et les irido-cyclites. Paracentèse de la chambre antérieure. Hypertension primitive. Iridectomie antiglaucomateuse. — Opérations fistulisantes. Opération de Lagrange et d'Elliott dans le glaucome chronique. — Ciliairotomie et sclérotomie postérieures.

Quatrième leçon. — Décollement de la rétine : Notions pathogéniques. Diagnostic clinique ; recherche de la déchirure. Technique de son repérage. Diagnostic de l'intervention (formes favorables et formes défavorables).

Cinquième leçon. — Décollement rétinien : Indications opératoires. Procédés récents d'intervention ; leurs résultats.

Sixième leçon. — Les opérations sur les muscles de l'œil : Ténotomie, avancement ou plissement musculaire ; avancement après résection du tendon ; raccourcissement musculo-tendineux.

Septième leçon. — Les opérations sur les voies lacrymales. Exploration. Stricturotomie. Ablation du sac. Dacryocystorhinostomie. Technique et indications des différents procédés. Les opérations sur les glandes.

Huitième leçon. — Les autoplasties palpébro-conjonctivales. Principes généraux. Obtention des plaies chirurgicales aseptiques. Traitement préalable des cicatrices. Autoplasties par glissement et lambeaux pédiculés. Greffes cutanées sans pédicule. — Greffes épidermiques. Autoplasties conjonctivales par glissement et lambeaux. Greffes de la muqueuse buccale. Réfections conjonctivales totales.

Neuvième leçon. — Radiumthérapie des tumeurs de la conjonctive et des paupières, par M. le Professeur Lacassagne.

Cette leçon sera suivie de la visite de l'Institut du radium.

Dixième leçon. — Les opérations sur l'orbite. Orbitotomie. Opération de Knapp-Lagrange pour les tumeurs du nerf optique. Opération de Kroënlein. Exentération de l'orbite.

Onzième leçon. — Traitement chirurgical de l'entropion et de l'ectropion : Entropion spasmodique. Sutures de Snellen et de Gaillard. Résection de l'orbiculaire. Entropion cicatriciel ; marginoplasties. Entropion type paralytique. Etude critique des différents procédés.

Douzième leçon. — Traitement du ptosis. Procédés de suppléance. Méthode de Panas et ses dérivés. Opérations d'Angelucci et de De Lapersonne. Procédés de Motais et de Parinaud.

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours.

Se faire inscrire les lundis, mercredis, vendredis, à partir du 1er septembre au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) ou à l'A. D. R. M. salle Béclard (Faculté de médecine), qui facilitera les formalités d'inscription.

Congrès d'Alger (Pâques 1937). — Le Congrès, organisé chaque année par la Fédération des Sociétés des sciences médicales de l'Afrique du Nord, aura lieu les 22, 23 et 24 mars 1937, sous la présidence de M. le Professeur Gillot.

Plusieurs rapports seront présentés sur la question mise à l'ordre du jour qui est la suivante : les typhus. Des discussions suivront la présentation des rapports ; des communications seront admises.

A l'occasion de ce Congrès, la Ligue française contre le rhumatisme a décidé de tenir sa prochaine réunion à Alger.

Pour tout renseignement, concernant le Congrès d'Alger, s'adresser aux secrétaires du Congrès : Professeur Senevet, Faculté de médecine d'Alger, et Docteur Sarrouy, 47 *bis*, rue d'Isly, Alger.

Médaille d'honneur de l'Assistance publique. — Il est attribué pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique les récompenses ci-après :

Médaille d'or. — M. le Docteur Baruk (de Sainte-Gemmes, sur-Loire).

Médaille d'argent. — MM. les Docteurs Bachy (de Saint-Quentin), Debret (de Troyes), Duclos (de Condom), Loubat (de Bordeaux), Jallot et Lamy (de Renazé), Mignot (de Château-Gontier), Plagnieux (de Sarreguemines), Beaufils (de Moulins-Engelbert), Dehaine (d'Aire sur la Lys), Rhenter (de Lyon), Chatelot (de Villersexel), Durand (de Montreuil), Rocher (de Rouen).

Médailles de bronze. — MM. les Docteurs Papin (du Mans), Aubert (de Bry-sur-Marne), Gaillard (de Valensole), Jacquelin (de Troyes), Coulomb et Teissier (de Nîmes), Jourdran (de Saint-Egrève), Bouvet, Mandy et Porte (de Saint-Etienne),

Boue et Delteil (d'Agen), Lambert (d'Ingrandes), Hermann (de Revigny), Gelly (de Bar-le-Duc).

Ministère de l'Education nationale. — Il est créé à ce ministère un Comité supérieur des Œuvres en faveur des étudiants. Ce Comité est placé sous la présidence du directeur de l'Enseignement supérieur. Il groupe :

MM. les recteurs des Académies.

Le président et le secrétaire général de l'Union nationale des étudiants.

Les présidents ou leurs représentants :

Du sanatorium des étudiants et du centre de documentation des Centres universitaires d'hygiène sociale ;
Du Bureau universitaire de statistique ;
De l'Office du tourisme universitaire ;
De l'Office du sport universitaire ;
Du Centre de documentation des cités universitaires.

Ce Comité a pour but :

1° D'assurer la répartition des crédits de toute nature réservés aux œuvres créées en faveur des étudiants ;
2° De permettre des échanges de vues entre les dirigeants des principales œuvres créées en faveur des étudiants ;
3° De favoriser la coordination des efforts entrepris en faveur de ces diverses œuvres ;
4° De constituer une documentation permanente susceptible d'être mise à tous instants à la disposition des recteurs ou des dirigeants de ces œuvres.

4e Congrès de la Presse médicale latine (Venise : 29 septembre-3 octobre 1936). — Nous rappelons à nos lecteurs que le IVe Congrès de la Presse médicale latine aura lieu à Venise, du mardi 29 septembre au samedi 3 octobre 1936, sous le haut patronage de S. E. M. le Ministre de l'Education nationale d'Italie et sous la présidence du sénateur Professeur D. Giordano.

Le Comité de patronage du Congrès comprend, à côté de S. A. R. le prince Ferdinand de Savoie, Duc de Gênes, les plus hautes autorités politiques, administratives et scientifiques d'Italie et, en particulier, de la province de Venise.

Les séances de travail du Congrès comportent trois questions :

1° Histoire de la Presse médicale dans les Pays latins. Rapporteurs : Prof. Tricot-Royer (Louvain), Docteur E. Noguera (Madrid), Prof. Laignel-Lavastine et Levy-Valensi (Paris), Prof. Rondopaulos (Athènes), Prof. Pazzini (Rome), Prof. Da Silva Carvalho (Lisbonne), Prof. V. Bologa (Cluj).

2° Influence sociale de la Presse médicale. — Rapporteurs : Prof. A. Le Sage (Montréal), Docteur T. Oliaro (Turin), Docteur J.-B. Pereira (Rio de Janeiro).

3° L'enseignement médical et la pratique médicale dans les Pays latins. Rapporteurs : Prof. Hartmann (Paris), Prof. Pérez (Rome), Prof. Danielopolu et Pavel (Bucarest), X... (Madrid).

En dehors des séances de travail, le Congrès comportera :

— des conférences des Prof. Maurice Loeper (de Paris), Nicolas Pende (de Rome), A. Castiglioni (de Padoue) ;
— une excursion aux Iles de la Lagune de Venise, offerte par la municipalité de Venise ;
— un concert de la « Banda Citadina » sur la place Saint-Marc, avec illumination de la basilique et du Campanile ;
— une visite de l'hôpital Marin, au Lido ;
— une excursion de deux jours en autocars à Aquileia, Trieste, Abbazia, aux Grottes de Postumia, etc., avec visite des champs de bataille de la guerre de 1915-1918 ;
— une réception offerte par le Président du Congrès à l'hôtel Danieli ; un banquet, etc...

Tous les médecins des Pays latins peuvent assister au Congrès, ainsi que les personnes de leur famille.

La cotisation est fixée à 80 lire, ou 100 francs français, pour les membres *titulaires* (directeurs, rédacteurs en chef ou délégués officiels d'un périodique médical), et à 40 lire, ou 50 francs français, pour les membres *adhérents* (journalistes médicaux, médecins non journalistes, personnes accompagnant les Congressistes).

Le Secrétaire du Congrès est le Professeur Saraval, hôpital civil à Venise.

Les adhésions peuvent luiêtre adressées directement ; elles peuvent l'être également, pour les congressistes non-italiens, au Docteur L.-M. Pierra, secrétaire général de la Fédération de la Presse médicale latine, « L'Hermitage », Luxeuil (Haute-Saône), ou à M. Robert Cardette, secrétaire administratif de la Fédération, 23, rue du Cherche-Midi, Paris.

« Il y a quelques mois, un ancien ministre voulut faire passer, dans le train des décrets-lois de M. Doumergue, un texte limitant le publicité médicale dans les journaux non-médicaux en la soumettant au contrôle d'une Commission spéciale. Mais Havas veillait. Le texte ne passa pas. (Docteur Vincent, du groupe Médecine et Travail. *La Flèche*, 18 juillet 1936.)

CLINIQUE INFANTILE

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

Sur une fille de 15 ans atteinte d'une néphrite chronique d'emblée avec hypertension artérielle et azotémie (1)

Professeur **P. NOBÉCOURT**

Voici l'histoire d'une fille de 15 ans, Henriette M..., qui est atteinte d'une néphrite chronique d'emblée avec hypertension artérielle et azotémie. Elle comporte, vous le verrez, des enseignements fort instructifs.

Son père est actuellement âgé de 60 ans ; il a eu, à 23 ans, une maladie de Bouillaud et est porteur d'une cardiopathie. Sa mère, âgée de 52 ans, est atteinte d'un rhumatisme chronique déformant ; mais nous ne l'avons pas examinée. Sa sœur, âgée de 32 ans, est bien portante. Son frère est mort de tuberculose aiguë en 1930.

Elle est née le 10 août 1920, après un accouchement normal. Elle est allaitée artificiellement en nourrice ; à 18 mois, elle a une diarrhée verte ; elle a successivement la varicelle, la rougeole, les oreillons ; elle est sujette aux bronchites.

En 1928, à l'âge de 8 ans, elle subit l'ablation des végétations adénoïdes. A cette époque des radiographies faites à plusieurs reprises révèlent la présence de ganglions hilaires, qui sont considérés comme inactifs.

Cependant, en décembre 1930, à 10 ans, après la mort de son frère, on l'envoie dans un préventorium, en Corrèze.

A l'entrée au préventorium, le 18 décembre 1930, elle a 10 ans et 4 mois : sa taille est de 122 cm., son poids de 23 kgr. 200.

A sa sortie, huit mois après, le 22 août 1931, elle a 11 ans : sa taille est de 124 cm. ; son poids de 26 kgr. 200.

Nous verrons tout à l'heure l'intérêt de ces constatations.

C'est en 1932-1933, alors qu'elle est dans sa treizième année qu'elle présente les premières manifestations de l'affection actuelle. A cette époque, elle accuse des douleurs lombaires assez vives, auxquelles on n'attache pas grande importance. Puis elle commence à se plaindre de la tête, à être fatiguée le soir, à s'essouffler facilement. Les maux de tête reviennent par accès plus ou moins éloignés et deviennent de plus en plus intenses.

En octobre 1934, à 14 ans, survient un anthrax qui dure quatre mois ; l'examen des urines ne révèle pas d'albumine.

En mars 1935, alors qu'Henriette à 14 ans et 7 mois, un médecin, en présence des symptômes qu'elle accuse, fait faire une analyse d'urines : le 14 mars, elles sont abondantes (2.400 c. c. par vingt-quatre heures) ; elles sont claires et contiennent 0 gr. 75 d'albumine par litre, 1 gr. 80 par vingt-quatre heures. On prescrit un régime approprié.

On répète les analyses.

Le volume des urines est généralement abondant ; on note, par exemple, au mois d'avril, 2.400 c. c., 2.500 c. c., 2.000 c. c. par vingt-quatre heures ; dans les mois de juin et juillet, 2.500 c. c., 2.000 c. c. ; le 18 septembre, 3.500 c. c.

L'albumine est, par litre, de 1 gr. 40 le 22 mars, de 0 gr. 30 le 21 avril ; puis elle se maintient à 0 gr. 40 ou 0 gr. 50.

(1) Leçon clinique faite à l'Hôpital des Enfants-Malades le samedi 9 mai 1936.

Notons deux hématuries : la première, à la fin de mars, qui dure une huitaine de jours ; la seconde, au mois de mai-juin, qui dure trois semaines.

Enfin, le 26 mai, survient un incident important : au cours d'un accès de céphalalgie très violent, accompagné de vomissements, s'installe tout à coup une hémiplégie gauche avec difficulté de la parole et hébétude ; il n'y a pas de convulsions. On fait une saignée, on applique des ventouses scarifiées. Au bout de quatre ou cinq heures, ces symptômes disparaissent et tout rentre dans l'ordre.

En mai, on prend pour la première fois la *pression artérielle*, avec l'appareil de Vaquez-Laubry. Elle est successivement dans les jours qui se suivent :

22	pour la maxima,	14	pour la minima ;
19	»	13,5	»
18	»	13	»

Au mois de juin la pression est plus faible :

17	pour la maxima,	12	pour la minima,
15,5	»	11	»

Du mois de juillet au mois d'octobre, elle se maintient à 17 ou 18 pour la maxima, à 12 ou 13 pour la minima ; parfois on trouve 20 pour la maxima, 13 pour la minima.

Plus récemment, je relève, en février 1936, une pression maxima de 23 et une minima 15,5 ; en mars, une pression de 20-14.

La pression se maintient donc toujours élevée.

D'autre part, on dose à plusieurs reprises l'*urée* dans le sérum sanguin ; je relève :

En 1935,	le 29 mai	0 gr. 55 d'urée par litre de sérum
	le 3 juin	0 gr. 54
	le 2 juillet.....	0 gr. 47
	le 21 décembre.	0 gr. 49
En 1936,	le 14 février...	0 gr. 67

On poursuit d'autres recherches, on calcule la constante d'Ambard : elle est élevée :

En mai 1935........	0 gr. 10
Le 18 septembre 1936.	0 gr. 096
Le 14 février 1936. ..	0 gr. 242

L'élimination de la *phénolsulfonephtaléine*, recherchée le 17 février 1936, est très réduite, inférieure à 10 %.

Le 5 avril 1936, Henriette entre à la salle Parrot. Je l'examine et la suis avec mon chef de clinique Brisset.

Elle est âgée de 15 ans et 7 mois.

Elle est petite, maigre, a le teint pâle, terreux.

M. Danhier précise ses caractères anthropométriques :

Sa taille est de 144 cm. 5, au lieu de 152 cm. 5 ; c'est celle d'une fille de 12 ans 7 mois avec laquelle il faut comparer ses mesures.

Son buste B est de 73 cm. 5 ; celui d'une fille de 12 ans 7 mois = 76 cm.

La hauteur réduite des membres inférieurs S est de 71 cm. ; celle d'une fille de 12 ans 7 mois = 68 cm. 5.

Le rapport $\frac{S}{B}$ = 0 cm. 965 ; celui d'une fille de 12 ans 7 mois = 0 cm. 901.

La grande envergure mesure 148 cm. ; celle d'une fille de 12 ans 7 mois = 148 cm.

Le périmètre thoracique est 62-69 cm., soit 65 cm. 5 ; celui d'une fille de 12 ans 7 mois = 66 cm.

Le poids est de 32 kg. 300 ; celui d'une fille de 12 ans 7 mois = 35 kg. 750.

Le périmètre cranien est de 52 cm. 5 ; celui d'une fille de 12 ans 7 mois = 52 cm. 5.

A 15 ans 7 mois, Henriette présente une réduction staturale de 8 cm., soit 5.2 % ; elle a la taille d'une fille de 12 ans 7 mois. Ses mesures sont proportionnées à sa taille. Elle a des membres inférieurs un peu longs, un rapport de Manouvrier $\frac{S}{B}$ trop fort ; elle est macroskèle ; mais sa grande envergure, son périmètre thoracique, son périmètre cranien sont conforment ; son

poids est inférieur de 3 kgr. 450, soit 9,6 %, et elle est un peu maigre. En somme elle est bien conformée, sa morphologie est harmonieuse. Elle est à la limite des tailles normales et des tailles caractérisant une hypotrophie staturale légère ; cette hypotrophie est simple.

Par ailleurs, Henriette ne présente aucun caractère sexuel secondaire : elle n'a pas de poils dans la région pubienne, ni dans les aisselles, elle n'a pas de seins ; elle n'est pas encore réglée. Etant donné son âge, on peut commencer à parler d'infantilisme.

La peau, le squelette, la denture sont normaux ; il n'y a aucun signe de rachitisme.

Il n'y a pas d'œdème.

Le pouls est tendu, un peu rapide, à 100 ; la pression artérielle au Vaquez-Laubry est :

le 6 avril : 19,5	pour la maxima, 125,	pour la minima ;
le 7 avril : 19	pour la maxima, 13	pour la minima ;
le 9 avril : 18	pour la maxima, 12	pour la minima ;
le 11 avril : 17	pour la maxima, 12	pour la minima.

Par conséquent la pression est élevée.

Le cœur est gros à la percussion et à l'exploration radiologique. Les orthodiagrammes dessinés, le 1er et le 6 avril, ont les dimensions suivantes :

Le 1er avril la ligne D'G' mesure 10 cm., la ligne G'G', 9 cm. 6, la flèche du ventricule gauche, 1 cm. 6 ; le rapport ventriculaire $\frac{D'G'}{G'G'} = 1,04$.

Le 6 avril, le cœur est un peu moins gros : D'G' mesure 9 cm., G'G', 8 cm., la flèche du ventricule gauche 1 cm. 2, $\frac{D'G}{G'G'}$ 1 cm. 12.

En position transverse, le diamètre de la crosse de l'aorte est, le 1er avril, de 2 cm. 3, c'est-à-dire presque le double du diamètre normal.

Le second bruit aortique est très fort, clangoreux.

Nous constatons donc, chez Henriette : une forte hypertension artérielle portant sur la maxima et la minima, de l'hypertrophie du ventricule gauche et une dilatation de la crosse de l'aorte.

Les autres organes ne présentent rien de particulier. Le système nerveux est normal.

Il n'y a aucun signe de tuberculose, bien que la cutiréaction à la tuberculine soit positive, ni aucun signe de syphilis : les réactions de Bordet-Wassermann et de Kahn sont négatives.

Les radiographies du thorax et du crâne ne décèlent aucune lésion ; en particulier la selle turcique est normale.

L'enfant ne présente aucun trouble subjectif de la vision. Toutefois l'examen du fond de l'œil décèle un exsudat périmaculaire qui a l'aspect de la rétinite azotémique.

Les *urines*, dont le volume est d'un litre environ par jour, contiennent, par litre, d'abord 1 gr. 20, plus tard 0 gr. 75 d'albumine. Au microscope, on voit des cellules pavimenteuses, des petites cellules rondes, granuleuses, isolées et en placards, des leucocytes en assez grand nombre ; il n'y a pas de cylindres, pas d'hématies.

A l'examen du *sang*, on note :

Hémoglobine	80 %
Globules rouges	3.980.000 par mm³
Leucocytes	2.800

Il y a une anémie légère et de l'hypoleucocytose avec polynucléose neutrophile (82 %) et éosinophilie (8%).

L'examen chimique du sang pratiqué par Mme Laroche et M. Briskas, le 6 avril, donne les résultats suivants :

Urée par litre	0 gr. 80	
Glucose	0 gr. 98	
Chlore globulaire	1 gr. 49	rapport = 0,40
Chlore plasmatique	3 gr. 69	
Protides totaux............	78 grammes	
Sérine....................	59 gr. 28	rapport = 3,1
Globuline..................	18 gr. 72	
Cholestérol	2 gr. 50	rapport = 0,21
Lipides totaux	11 gr. 50	

Rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{lipides totaux}} = 5,1$

Il existe donc : une légère diminution du chlore globulaire (normal : 1 gr. 7-1 gr. 8) du rapport $\frac{\text{Cl. globulaire}}{\text{Cl. plasmatique}}$ (normal : 0,47 à 0,55), une augmentation de la sérine (normal : 40 à 50 gr.), une diminution de la globuline (normal : 25 à 30 gr.), une élévation du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ (normal : 1,2-1,8), une augmentation du cholestérol (normal : 1 gr. 50) et des lipides totaux (normal : 5 à 8 gr.), leur rapport restant normal (0,21), une diminution du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{lipides totaux}}$ (normal : 7,5 à 9,5).

L'élimination de la *phénolsulfonephtaléine* est de 10 % inférieure à la normale.

L'épreuve de la *glycémie provoquée* est négative. On dose dans le sang :

à jeun	1 gr. 32 de glucose ‰
à 9 h. 15	1 gr. 81
à 10 heures	1 gr. 34
à 10 h. 45	1 gr. 06
à 11 h. 30	1 gr. 11

Le métabolisme de base, à la date du 9 avril, est de 35 calories par heure et par mètre carré. Pour l'âge de la malade (15 ans et 7 mois) la moyenne est de 43 cal., le métabolisme d'Henriette est donc inférieur de 8 calories, soit de 18,6 %. Pour l'âge correspondant à la taille (12 ans et 7 mois), le métabolisme basal moyen est de 47 cal., ; le métabolisme d'Henriette est donc inférieur de 12, soit de 25,7 %.

Telles sont les constatations que nous avons faites pendant le court séjour de la malade à l'hôpital ; elle en sort en effet le 11 avril.

Nous la revoyons le 20 avril.

Sa pression artérielle est de 18-12.

Les urines contiennent 0 gr. 75 d'albumine par litre.

Dans le sang, le taux de l'urée est de 0 gr. 95 par litre de sérum ; le taux du glucose de 0 gr. 81 par litre de sang total.

Nous la revoyons encore le 23 avril.

Sa pression est de 20 pour la maxima et de 12,5 pour la minima.

A cette date un électro-cardiogramme montre, qu'en dérivation II, T est négatif, ce qui comporte un pronostic réservé.

Telle est, aussi résumée que possible, l'observation d'Henriette.

Nous devons porter pour elle, en nous conformant à la classification de Widal, le diagnostic de NÉPHRITE CHRONIQUE D'EMBLÉE, HYPERTENSIVE ET AZOTÉMIQUE.

Sans prendre position dans les discussions qui sont toujours en cours, il serait peut-être plus exact de dire *néphrite chronique avec hypertension et avec azotémie.*

Le syndrome clinique correspond à des *lésions* des reins, qui consistent en une sclérose rénale avec atrophie, en une néphrite chronique interstitielle.

L'*étiologie* de ces lésions est obscure. La néphrite chronique interstitielle se rencontre surtout chez les adultes à partir de 50 ans, mais elle est loin d'être exceptionnelle chez les adultes jeunes, chez les jeunes gens et même chez les enfants de tous âges ; les observations recueillies chez ces derniers sont nombreuses.

Chez les enfants et chez les jeunes gens le terme de néphrite n'est peut-être pas très exact ; il peut s'agir d'une dystrophie ou d'une dysplasie rénale. Dans cet ordre d'idées, Lancereaux, en 1876, a décrit une *néphrite par aplasie vasculaire.* Babès, en 1896, une *néphrite hypogénétique* ; enfin, V. Hutinel et Marcel Maillet, en 1921, parlent d'*aplasie rénale.*

* * *

Comme l'a établi Widal, les deux phénomènes caractéristiques de la néphrite chronique interstitielle sont l'HYPERTEN-

SION ARTÉRIELLE et L'AZOTÉMIE. Ils peuvent être isolés ou combinés, et réaliser trois grandes formes :

— la forme azotémique pure,
— la forme hypertensive pure,
— la forme combinée, azotémique et hypertensive.

J'adopte cette classification sans discuter les relations de l'hypertension avec l'affection rénale. Je reste sur le terrain clinique.

Chez les enfants on rencontre ces trois formes.

Voici quelques observations personnelles qui ont été l'objet de plusieurs leçons et des observations publiées par divers médecins.

1° FORME AZOTÉMIQUE PURE.

Dans ma leçon du 11 juin 1922, qui est publiée dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* sur *Les affections de l'appareil urinaire* et est consacrée aux *Néphrites chroniques azotémiques et hypertensives chez les enfants*, je relate l'observation d'une fille, Andrée. Les premiers symptômes cliniques apparaissent à 10 ans 3 mois. Je la perds de vue à 13 ans et 11 mois. Elle a une néphrite chronique azotémique sans hypertension.

2° FORME HYPERTENSIVE PURE.

Dans la même leçon, je raconte l'observation de Simone, atteinte de cette forme hypertensive. Le début clinique est à l'âge de 10 ans et demi. La malade meurt à 13 ans et demi, sans avoir jamais eu d'azotémie.

Une autre observation est celle d'un malade de MM. Bibent et Pierre Bézy. Jean atteint d'une *néphrite chronique hypertensive*, publiée dans les *Archives de médecine des enfants* de janvier 1926. Ce garçon est vu à l'âge de 12 ans ; le début clinique remonte à l'âge de 13 mois. Il n'y a pas d'azotémie.

M. Lucien Garot, dans les *Archives de médecine des Enfants* de février 1935, relate un cas de *néphrite chronique hypertensive avec hypotrophie, migraines, crises abdominales douloureuses et éclampsie mortelle chez une fillette de huit ans et demi*. Le début clinique remonte à l'âge de 4 ans ; la malade meurt à 8 ans et demi ; elle n'a pas d'azotémie.

Dans mes leçons des 14 et 25 décembre 1935, qui sont publiées dans *Le Progrès médical* des 8 et 15 février 1936, je rapporte les observations de deux filles, Mauricette et Michelle, dont l'affection a débuté à 3 ans et 11 mois à 15 mois. Elles présentent de l'*hypertension artérielle permanente sans symptômes de néphrite chronique*. Elles n'ont pas d'azotémie. Mais ces enfants sont jeunes et il faut attendre la suite de leur histoire avant de se prononcer sur l'état des reins.

3° FORME HYPERTENSIVE ET AZOTÉMIQUE.

Dans ma leçon du 6 décembre 1923 reproduite dans mon livre de *Clinique* que je viens de citer sur *Pyélites et pyélonéphrites des enfants*, je cite l'observation de Marcelle. A 3 ans, elle est atteinte d'une pyélo-néphrite. Quand je la vois, à 8 ans 8 mois, la pyélo-néphrite persiste, il y a de l'hypertension artérielle et de l'azotémie, avec 0 gr. 67 d'urée par litre de sérum. L'enfant meurt à 9 ans 3 mois. L'interprétation de ce cas est assez difficile à cause de la pyurie ; il est probable qu'il s'agit d'une pyélo-néphrite évoluant sur une sclérose rénale.

Dans un mémoire sur *Malignant hypertension nephritis ; primary sclerotic Kidney*, publié, en mars 1923, dans *American Journal of diseases of children*, Herman Schwartz relate, entre autres, un cas de néphrite hypertensive chez une fille. Le début clinique de l'affection remonte à l'âge de 11 ans et demi, l'enfant meurt à 12 ans, avec une azotémie progressive.

Les trois formes que je viens de mentionner peuvent être bien caractérisées. Mais elles ne sont cependant pas toujours aussi tranchées. Il existe des FORMES INTERMÉDIAIRES.

Il y a des cas où *l'hypertension est le symptôme dominant, l'azotémie est épisodique ou tardive* : c'était le cas par exemple d'une fille, Renée que j'ai présentée dans ma leçon du 27 novembre 1926, publiée dans le *Concours Médical* du 6 février 1927 sur *l'hypertension artérielle permanente dans l'enfance*. Le début clinique remonte à l'âge de 12 ans 8 mois ; la malade meurt à 13 ans 7 mois, probablement, tout au moins, car elle quitta l'hôpital dans un état désespéré. On constate une hypertension artérielle permanente et, à un certain moment, une azotémie transitoire.

Dans ma leçon du 13 mai 1933, publiée également par *Le Concours Médical*, du 10 décembre 1933 sur *Le syndrome d'hypertension intracrânienne dans les néphrites chroniques hypertensives de l'enfance*, je rapporte l'observation de Pierre. Le début clinique remonte à l'âge de 6 ans 8 mois. L'enfant meurt à 7 ans 2 mois. Il s'agit d'une néphrite hypertensive avec azotémie passagère.

M. A. Bernard, à la *Société médicale et anatomo-clinique de Lille*, en 1934, rapporte une observation de *Néphrite chronique hypertensive chez un enfant de 9 ans*, Simone. Les premiers symptômes apparaissent à 8 ans ; l'enfant meurt à 9 ans et demi avec une azotémie légère.

Dans d'autres formes intermédiaires l'*azotémie domine, l'hypertension est légère*. Il en était ainsi chez un de mes malades, Marcel, que j'ai présenté dans ma leçon du 16 février 1929, publiée dans mon livre de *Clinique* sur *La syphilis chez l'enfant*. L'affection débute cliniquement à 4 ans ; nous voyons l'enfant à 8 ans 7 mois et le suivons jusqu'à 8 ans 11 mois, puis nous le perdons de vue.

Je ne cite pas toutes les observations publiées, il conviendrait de les soumettre à une critique assez sévère, car certaines n'ont pas été recueillies avec une technique suffisamment précise.

***

Dans les leçons que je viens de citer, j'ai donné une ÉTUDE CLINIQUE complète des différentes formes de la néphrite chronique d'emblée chez les enfants. Je ne la refais pas à nouveau. Je veux simplement aujourd'hui analyser l'observation d'Henriette. Elle est caractéristique.

Chez Henriette l'affection DÉBUTE insidieusement par des douleurs lombaires et surtout par de la *céphalée*. Comme dans la plupart des cas d'hypertension artérielle, la céphalée, est le symptôme qui attire l'attention. Elle survient par accès de plus en plus forts, de plus en plus rapprochés. Chez notre malade, l'accès s'accompagne rarement de vomissements, alors qu'il en existe généralement.

Henriette n'a pas d'attaques d'éclampsie ; celles-ci sont un accident fréquent. Tantôt les accès de céphalée, tantôt les convulsions sont les premières en date ; à un moment donné, les deux symptômes s'intriquent généralement ; ils reconnaissent d'ailleurs la même pathogénie.

Henriette a présenté une manifestation encéphalique qui est assez rare. Deux ans ou deux ans et demi après les premiers symptômes cliniques, au cours d'un accès violent de céphalée avec vomissements, survient une *hémiplégie gauche* avec hébétude et difficulté de trouver les mots, qui disparaît au bout de quatre ou cinq heures.

Ces *hémiplégies transitoires*, assez communes chez les adultes, ne sont pas exceptionnelles chez les enfants. Elles restent flasques et souvent disparaissent en quelques heures ; elles peuvent persister pendant dix à quinze jours, puis disparaître.

Dans d'autres cas, il s'agit d'hémiplégies durables, débutant soit par des accès de convulsions, soit par une attaque d'apoplexie. Alors, si le malade survit, apparaissent bientôt de l'hyperréflectivité et des contractures. Le tableau clinique de l'hémiplégie cérébrale infantile s'installe. La cause en est généralement une hémorragie cérébrale.

Les accès de céphalée, les attaques d'éclampsie, l'hémiplégie sont des éléments du SYNDROME D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE. Ce sont des manifestations paroxystiques qui sont liées à des poussées d'hypertension artérielle au cours de l'hypertension artérielle permanente. Elles sont liées, comme je me suis attaché à le montrer dans ma leçon du 11 décembre 193x, à une hypertension du liquide céphalo-rachidien.

D'après Vaquez, les poussées hypertensives résultent de spasmes vasculaires et les paralysies transitoires sont dues à

un spasme localisé au niveau de l'encéphale. Quand l'hémiplégie se prolonge dix à quinze jours il est probable que le spasme entraîne des lésions discrètes et curables de l'encéphale.

Quant à l'hémiplégie persistante avec contracture, elle est généralement causée par une hémorragie cérébrale, laquelle est d'ailleurs la conséquence de l'hypertension.

Pour Henriette la pression artérielle n'a été prise que deux ans et demi après l'apparition des premiers symptômes cliniques. Le diagnostic d'hypertension artérielle a donc été posé tardivement.

Chez les enfants qui ont des accès de céphalée ou des accès d'éclampsie, ne négligez jamais de prendre la pression artérielle, car parmi les causes de ces phénomènes, l'hypertension est une des plus importantes ; sa constatation évite les erreurs de diagnostic, avec la migraine, une tumeur cérébrale, par exemple.

Chez Henriette, l'hypertension artérielle est forte. A l'époque de sa constatation, elle est de 22 pour la maxima, 14 pour la minima ; au bout de quelques jours, elle diminue à 20-12,5, mais elle reste toujours élevée.

Rappelez-vous que, chez une fille de 15 ans, âge d'Henriette, la pression est en moyenne de 14,5 pour la maxima, 8,5 pour la minima ; que chez une fille de 13 ans dont Henriette a la taille, elle est de 13,5 pour la maxima, de 8 ou 8,5 pour la minima.

Chez notre malade, depuis la première constatation, la tension reste élevée. L'hypertension est permanente. Toutefois elle ne reste pas toujours au même niveau ; elle s'abaisse à certaines périodes et s'élève à d'autres.

L'hypertension porte à la fois sur la maxima et sur la minima, généralement surtout sur la maxima et la pression différentielle est augmentée.

Les variations de la maxima et de la minima ne se font d'ailleurs pas toujours dans le même sens.

L'élévation de la minima témoigne d'un barrage sur l'appareil circulatoire périphérique ; l'élévation de la maxima, de fortes contractions cardiaques.

Chez Henriette, nous n'avons pas de renseignements sur l'état du cœur avant notre examen fait deux ans et demi environ après le début clinique. Le cœur est gros ; l'hypertrophie porte surtout sur le ventricule gauche ; le rapport ventriculaire est abaissé. Le volume du cœur s'est d'ailleurs modifié, entre nos deux examens faits à six jours d'intervalle. Le 1er avril le cœur est plus gros qu'il ne l'est le 6. Cette augmentation passagère est due à une dilatation des ventricules. Les dilatations passagères du cœur sont fréquentes ; elles sont dues à des élévations de la pression artérielle.

Chez certains malades, la dilatation du cœur prend une grande importance. Elle entraîne l'apparition du syndrome d'insuffisance du ventricule droit, de l'asystolie. Celui-ci pourrait d'ailleurs, d'après M. Laubry, résulter de la déficience du cœur gauche.

L'hypertension artérielle est le phénomène primaire ; l'hypertrophie du ventricule gauche, le clangor du second bruit aortique, la dilatation de l'aorte et dans certains cas la dilatation du ventricule droit, sont des phénomènes secondaires à l'hypertension artérielle.

Ces symptômes caractérisent le SYNDROME CARDIO-VASCULAIRE des néphrites chroniques avec hypertension artérielle.

Chez Henriette, l'*examen des urines*, fait une première fois, en octobre 1934, un an et demi environ après le début de la céphalée, au cours d'un anthrax, n'a pas décelé d'albumine. C'est au deuxième examen, en mars 1935, qu'on a trouvé 0 gr. 75 d'albumine par litre. L'apparition tardive de l'albuminurie chez un malade atteint de sclérose rénale n'est pas pour nous surprendre, car la sclérose rénale peut, pendant longtemps, ne pas entraîner d'albuminurie, ou s'accompagner d'une albuminurie discrète et passagère.

En tout cas, en mars 1935, on note une polyurie de 2 litres, 2 litres et demi, 3 litres par jour ; une albuminurie, qui, dès lors, est permanente, légère, de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 par litre, et parfois augmente sans dépasser 1 gr. 40.

Actuellement, l'enfant n'a plus de polyurie ; l'albuminurie est de 0 gr. 75 par litre.

L'examen cytologique ne décèle pas de cylindres, pas d'hématies ; on trouve des leucocytes et des cellules rondes, tous ces symptômes sont ceux qui réalisent le SYNDROME URINAIRE de la néphrite interstitielle.

Dans cette néphrite bien plus importante est l'étude des FONCTIONS RÉNALES.

Henriette, comme il est de règle, n'a *jamais eu d'œdème* ; elle n'a *pas d'hydrochlorurémie*, pas de rétention chlorurée. L'examen du sang décèle un faible taux du chlore globulaire et un rapport $\frac{\text{chlore globulaire}}{\text{chlore plasmatique}}$ abaissé.

Le phénomène dominant est l'*azotémie*. Elle a été constatée dès le premier examen du sang, le 29 mai 1935. Depuis, elle est permanente ; d'abord faible, elle a actuellement tendance à augmenter ; le taux de l'urée par litre de sérum était de 0 gr. 55, le 29 mai 1935 ; il est, le 20 avril 1936, de 0 gr. 95.

L'enfant ne présente pas de symptômes cliniques liés à l'azotémie. Mais un examen du fond de l'œil, qui doit toujours être fait en pareils cas, décèle un début de *rétinite azotémique*. Cette rétinite azotémique, bien étudiée par Widal, Morax et André Weil en 1910, est souvent précoce ; elle débute alors que l'azotémie est encore légère et ne dépasse pas 0 gr. 50 par litre ; elle entraîne un mauvais pronostic, parce qu'elle est, en général, le témoin d'une azotémie progressive.

De fait, actuellement, chez Henriette, le taux de l'urée du sang approche d'un gramme par litre ; il atteint la limite où l'azotémie commence à devenir préoccupante.

Avec l'azotémie, nous constatons une *constante d'Ambard* élevée et une élimination très diminuée de la *phénol-sulfonephtaléine*.

Pour Henriette, le diagnostic de néphrite chronique azotémique est donc bien établi ; mais chez elle, jusqu'à présent, l'azotémie est au second plan, tandis que l'hypertension artérielle est au premier plan.

Notons qu'elle a eu deux *hématuries* deux ans et demi après le début clinique. Ces hématuries sont la conséquence de l'hypertension artérielle.

Je n'insiste pas sur les résultats des dosages dans le sang du chlore globulaire, du chlore plasmatique, de la sérine, de la globuline, du cholestérol et des lipides totaux, car ils ne conduisent, à l'heure actuelle, qu'à des hypothèses plus ou moins discutables.

Il en est de même pour l'abaissement du métabolisme basal, observé chez Henriette.

Je veux maintenant vous dire quelques mots à propos de la TAILLE et du DÉVELOPPEMENT SEXUEL d'Henriette.

A 15 ans 7 mois, elle est petite, elle a la taille d'une fille de 12 ans 7 mois, elle ne présente aucun des caractères sexuels secondaires qui caractérisent l'évolution de la puberté.

Ces manifestations sont souvent assez marquées pour individualiser des *néphrites chroniques avec nanisme* ou *avec infantilisme*.

Les relations entre ces phénomènes et les affections rénales sont diversement interprétées par les auteurs. Je les ai discutées à diverses reprises et notamment dans ma leçon du 6 mai 1932, sur *Hypotrophie staturale chez un garçon de treize ans atteint d'une pyélo-néphrite chronique à gonocoques et d'un rétrécissement de l'urètre*. Cette leçon est dans mon livre de *Clinique* consacré aux *Troubles de la croissance, de la puberté, de la nutrition et des glandes endocrines*.

Deux hypothèses ont été formulées.

Première hypothèse : la réduction staturale est la conséquence de la néphropathie.

Deuxième hypothèse : la réduction staturale est intriquée à la néphropathie, mais ne lui est pas subordonné.

Pour choisir entre ces hypothèses il est indispensable de suivre l'évolution de la croissance staturale. A cet égard, l'observation d'Henriette est instructive.

Voici la taille d'Henriette et les tailles moyennes des filles aux mêmes âges, ainsi que les réductions staturales.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Pédiatrie pratique. *Répertoire de mises au point. Indications et moyens thérapeutiques,* par Eugène Terrien. Un volume de 248 pages, 24 francs Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre n'est ni un formulaire, ni un ouvrage didactique. L'auteur y groupe pour la pratique courante 116 études cliniques susceptibles d'apporter au médecin des indications nouvelles concernant presque exclusivement le diagnostic et la thérapeutique.

Il élimine systématiquement certaines notions même très spéciales à l'enfant, qui sont banales et étudiées dans tous les traités de pathologie infantile, il ne conserve que celles qui se rattachent à des types cliniques peu fréquents, et à des moyens de diagnostic ou de traitement plus rarement employés ou qui firent l'objet de travaux relativement récents.

L'auteur a voulu surtout mettre en évidence certaines catégories d'affections auxquelles l'âge du petit malade peut imprimer diverses particularités, et qui de ce fait donnent à la clinique infantile son aspect si spécial.

Ces notes sont classées par ordre alphabétique comme dans un répertoire mais une table analytique groupe celles qui se rattachent à un sujet commun ou au même organe.

La Diphtérie, par G. Carrière. Un volume de 214 pages, avec 46 figures et 3 planches hors texte en couleurs, 35 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cette monographie clinique et thérapeutique a été écrite pour le praticien. L'auteur y expose tout ce qui doit être retenu de cette affection, de ces localisations et de ces complications ainsi que les moyens actuels que nous avons de la combattre. On y trouvera les notions bactériologiques suffisantes, les méthodes d'examen très complètes, les applications de la sérothérapie et de la vaccination, du tubage et de la trachéotomie.

Tendance de la médecine contemporaine. *La médecine à la croisée des chemins,* par P. Delore. Un volume de 226 pages, 27 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris

La médecine participe à la fermentation des idées et au trouble qui se font jour actuellement dans la plupart des domaines de l'activité humaine.

L'auteur, s'appuyant sur les récentes manifestations de la pensée médicale, en dégage le sens général et met en lumière les tendances et les préoccupations de la médecine nouvelle. Renouveau de l'esprit de synthèse. Retour à la culture générale, à la grande tradition hippocratique, au pythagorisme. Retour à la médecine du terrain et renouveau des notions de diathèse, de tempérament, d'hérédité morbide de prédisposition, de prétuberculose et de précancer. Renouveau de la notion de l'unité de l'être humain et étude des relations du corps et de l'esprit. Acheminement vers un nouvel humanisme, vers une science de l'homme dans laquelle les conceptions synthétiques de la psycho-physiologie auront une part prépondérante. Souci des relations de l'individu avec le reste de l'univers. Orientation vers une science de la santé qui ouvre de vastes horizons à la médecine préventive. Extension de la physiologie pathologique. Étude des premiers déséquilibres fonctionnels permettant le diagnostic de la maladie à la période biologique ou préclinique.

L'ouvrage analyse ensuite certaines tendances de la thérapeutique : caractère synthétique et pathogénique — recherche de l'individualisation — utilisation grandissante des agents physiques et des procédés simples et naturels — mise en œuvre des réactions nerveuses.

Un chapitre est consacré au brûlant et délicat problème des pratiques dites traditionnelles et empiriques.

Le renouveau de nombreuses notions jadis exclusivement empiriques, loin d'être un simple retour, marque un progrès en raison du caractère scientifique qu'il comporte et qui se retrouve notamment dans les analyses du terrain morbide, dans la cosmobiologie la physiothérapie, la crénothérapie, la phytothérapie.

Dans une certaine mesure les nouvelles tendances apparaissent comme contraire à celles de la médecine de la fin du XIX[e] siècle caractérisée par la prédominance des sciences morphologiques et du laboratoire, la méconnaissance du terrain, la séparation artificielle du corps et de l'esprit, de l'homme et du milieu. Mais une des idées maîtresses de l'ouvrage, c'est qu'il ne faut pas opposer les deux points de vue : analyse et synthèse, laboratoire et clinique, pas plus qu'il ne faut opposer l'anatomie à la physiologie, la forme à la fonction, la quantité à la qualité. Il importe de concilier les deux points de vue si l'on veut dissiper le malaise actuel.

L'auteur insiste notamment sur la nécessité d'élargir la conception pathogénique de la maladie et de ne pas concevoir isolément l'intervention des deux facteurs : le terrain et l'agent de déséquilibre.

Il montre que certains grands problèmes médicaux ont été ainsi mal posés et doivent être repris sous un angle plus large, plus synthétique. Il applique notamment sa conception au problème de la tuberculose et du cancer.

Riche de points de vue originaux, ce livre témoigne d'un sens aigu de notre époque. Il montre combien les tendances médicales nouvelles sont légitimées par l'orientation même de la science contemporaine vers l'unité, la synthèse, la pythagorisme. Il laisse entrevoir le tournant actuel et les magnifiques perspectives de la médecine de demain. Il porte à de nombreuses réflexions et sa lecture intéresse aussi bien les praticiens qui y trouveront des données fécondes que les esprits cultivés, soucieux des grands mouvements de la pensée contemporaine.

	Tailles		
	Henriette	Moyenne	Réductions staturales
à 10 ans 4 mois.	122 cm	129 cm.	7 cm., soit 5,4 %
à 11 ans.......	124 cm	135 cm.	11 cm., soit 8,1 %
15 ans 7 mois..	144 cm. 5	152 cm. 5	8 cm., soit 5,2 %

A 10 ans 4 mois, Henriette a déjà une petite taille.

De 10 ans 4 mois à 11 ans, elle grandit de 2 cm., alors que la croissance normale est de 6 cm.

A ce moment il n'est pas question de néphrite. C'est dans le courant de la treizième année qu'apparaissent les premières manifestations de la néphrite.

Or, de 11 à 15 ans 7 mois, soit en quatre ans sept mois, l'accroissement statural est de 20 cm. 5, alors que l'accroissement normal est de 17 cm. 5. La croissance staturale d'Henriette est plus forte que chez une fille normale, tandis que les troubles liés à la néphrite se précisent ; l'insuffisance de l'accroissement statural n'est donc pas la conséquence de ces derniers. Il est vraisemblable qu'il existe une dystrophie générale intriguée à une dystrophie rénale, mais qui n'est nullement subordonnée à celle-ci.

On peut penser, d'après d'autres observations, que la même dystrophie générale est également la cause de l'absence de PUBERTÉ. Mais pour Henriette, la chronologie ne donne pas la preuve de cette opinion, car chez les filles, la puberté évolue de 12 à 15 ans et les premières règles surviennent à 13 ans ou pendant la quatorzième année.

* * *

Actuellement, le début clinique de la néphrite, dont est atteinte Henriette, date de trois ans et demi ; son état s'aggrave graduellement. Le PRONOSTIC paraît fatal, à brève échéance, d'après les observations que nous connaissons.

Pour les malades, dont j'ai cité les observations tout à l'heure, la mort est survenue après le début clinique :

pour Simone	au bout de 3 ans
pour Renée	— 1 an
pour Pierre	— 6 mois
pour la fille soignée par Herman Schwartz.	— 8 mois
pour la fille soignée par Lucien Garot......	— 4 ans et demi
pour la fille soignée par A. Bernard.......	— 1 an et demi

La mort survient généralement assez vite après le début des premiers symptômes cliniques.

Les CAUSES DE LA MORT sont diverses. Généralement elle est due à des *accidents nerveux* subordonnés à l'hypertension artérielle et est causée par une *hémorragie cérébrale*.

Renée est prise brusquement d'une hémiplégie droite avec aphasie. La malade de Lucien Garot est prise de convulsions, tombe dans le coma et a une hémiplégie droite.

Quelquefois la mort est due à *l'urémie*.

Pierre présente un syndrome d'urémie avec somnolence, fixité du regard, myosis, respiration lente, irrégulière, vomissements, diarrhée ; il meurt au bout d'une huitaine de jours.

Quelquefois la *défaillance cardiaque* s'associe à l'urémie.

La malade de Bernard a une céphalée croissante, maigrit, devint très pâle ; le taux des globules rouges est de 2.900.500 par millimètre cube. La pression artérielle tombe de 19-12 à 16,5-12 ; l'albuminurie monte d'un gramme par litre à 4 grammes. Surviennent des crampes et une respiration de Cheyne-Stokes. L'enfant meurt en une vingtaine de jours.

Quelquefois l'enfant meurt *d'œdème aigu du poumon*, comme une de mes malades, dont l'observation est relatée dans la thèse de Mlle Kœssler.

Enfin la mort peut être le fait d'une *maladie intercurrente* : broncho-pneumonie, rougeole, etc...

* * *

Le pronostic est d'autant plus sévère qu'il n'y a pas de TRAITEMENT susceptible d'arrêter ou de ralentir l'évolution de la sclérose rénale.

Nous pouvons, tout au plus, essayer de parer aux dangers qui menacent le malade.

Les dangers qui menacent Henriette sont l'*azotémie* et surtout l'*hypertension artérielle*.

Pour y parer, il faut insister sur l'*hygiène générale*, existence calme, éviter les émotions, les fatigues, les intempéries ; faire vivre l'enfant si possible, dans un climat tempéré.

Le traitement de L'AZOTÉMIE consiste, avant tout, dans le régime alimentaire : *régime hypoazoté* de Widal, *régime glyco-amylacé* d'Achard et Paisseau.

On permet peu d'aliments azotés de nature animale ; on donne surtout des aliments d'origine végétale, en tenant compte de leur teneur en azote. On ne supprime pas le sel.

Il convient, pour les enfants surtout, de bien régler l'alimentation. Ces régimes sont des régimes de restriction, si celle-ci est trop grande, le malade maigrit.

En voici un exemple emprunté à ma leçon de 1922.

Andrée, la malade atteinte de néphrite azotémique sans hypertension, est âgée de 12 ans 10 mois ; elle mesure 143 cm. ; sa taille est celle d'une fille de 12 ans 3 mois.

Un premier régime trop sévère comprend :

590 grammes de pommes de terre ;
48 grammes de beurre ;
330 c. c. de lait ;
confitures.

soit 3 gr. 6 d'azote, 166 grammes d'hydrate de carbure et 1.680 calories.

En vingt et un jours, le poids tombe de 31 kgr. 400 à 28 kgr. 200 ; la perte est de 2 kgr. 450, soit de 116 gr. par jour.

On modifie le régime et on donne :

490 grammes de pommes de terre,
50 grammes de riz,
50 grammes de beurre,
670 c. c. de lait,
20 grammes de sucre et des confitures.

soit 5 gr. 65 d'azote, 210 grammes d'hydrates de carbone et 2.100 calories.

En cinq jours le poids augmente de 28 kgr. 950 à 29 kgr. 300, soit de 350 gr. de 70 gr. par jour ; puis il reste stationnaire.

Il convient de varier les aliments pour fournir, dans la mesure du possible les substances indispensables à la croissance et notamment des vitamines.

Les *boissons* ne doivent pas être trop abondantes, pour ne pas accroître l'hypertension, mais elles doivent être suffisantes, pour assurer la diurèse. Il faut faire boire trois quarts d'heure avant les repas une eau alcaline légère, pure ou sucrée.

Chez les enfants dont l'azotémie est modérée, n'atteint pas 1 gr. 25 ou 1 gr. 50, on peut prescrire certaines *cures hydrominérales* : Saint-Nectaire, Evian, Vittel, par exemple.

Il n'y a pas de *médications* susceptibles de diminuer *l'azotémie*. Le Professeur Pic a proposé la *scille* ; d'après Widal, son action est bien aléatoire.

L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE n'est guère modifiée par le régime alimentaire.

Son traitement dérive des *conceptions pathogéniques*.

La théorie la plus ancienne est la *théorie rénale*, qui a été soutenue par Traube et qu'a adoptée Widal. L'hypertension artérielle relève de la lésion vasculo-rénale.

Cette théorie est l'objet de discussions. On peut admettre que la lésion rénale intervient indirectement par les troubles qu'entraîne l'insuffisance des éliminations urinaires.

D'après la *théorie vasculaire*, l'hypertension est la conséquence de la résistance des vaisseaux périphériques.

Cette résistance a été attribuée à de l'*artério-capillarite* par Gull et Sutton ; en 1872 ; celle-ci n'est guère admise.

Chez les enfants qui présentent une dystrophie générale, on peut supposer qu'il existe une dysplasie ou une dystrophie du système vasculaire. C'est une pure hypothèse, car l'hypertension artérielle n'existe pas toujours et est même rare chez ces dystrophiques.

On attribue un rôle important à l'hypertonie ou au spasme

des vaisseaux périphériques. Ceux-ci, d'après Vaquez, dépendent d'une hyperpérinéphrie ou, d'une façon plus générale, d'une hyperactivité du système chromafine, entraînant un excès d'adrénaline dans le sang. D'après d'autres, auteurs ils dépendent d'un état de déséquilibre du centre cérébro-spinal et du système vago-sympathique, régulateurs de la pression artérielle, qui peuvent intervenir en provoquant une sécrétion exagérée d'adrénaline par les glandes surrénales.

D'une façon plus générale, il pourrait s'agir d'un trouble du système endocrino-sympathique.

Enfin, peuvent intervenir les *modifications humorales* et les *troubles physico-chimiques* du sang.

Somme toute, l'hypertension artérielle paraît relever de processus complexes ; mais il est bien difficile de les préciser chez un malade donné.

La thérapeutique que l'on conseille contre l'hypertension artérielle se ressent de cette incertitude.

Il faut éviter les causes d'excitation et employer des médications hypotensives. La liste de ces dernières est longue.

Actuellement on préconise l'*acétylcholine* dont le Professeur Villaret et M. Justin-Besançon ont montré l'activité.

On conseille encore la *vagotonine*, hormone pancréatique hypotensive, qui est peu efficace chez les sujets jeunes.

Le Professeur A. Clerc préconise l'*octanol*, alcool octylique primaire.

Ces médicaments sont surtout indiqués dans les hypertensions dites primitives ; ils ont peu d'action sur les hypertensions des néphrites chroniques.

Zimmern et Collenol ont conseillé la *radiothérapie* des capsules surrénales ou plus exactement, d'après M. Emile Bordet, du sympathique. Elle est peu utilisée actuellement.

Actuellement on parle beaucoup du *traitement chirurgical*. M. Jean Meillère, dans le *Bulletin Médical* du 30 mars 1935, a fait une étude critique de ce *traitement chirurgical des hypertensions artérielles*. Celui-ci, écrit-il, vise « à réduire l'adrénalino-sécrétion, génératrice d'hypertension et à combattre les crises angiospastiques par l'attaque des surrénales ou des splenchniques ». On peut faire la *surrénalectomie* ou la *splanchnicotomie*.

Ces interventions ont donné quelques résultats favorables. D'après M. Meillère, elles sont indiquées dans les hypertensions permanentes progressives, mais non dans les hypertensions artérielles liées à des néphrites chroniques.

Elles sont particulièrement indiquées pour les hypertensions permanentes progressives des jeunes sujets, parce que, chez eux, elles sont fatalement progressives et conduisent à la mort à assez brève échéance.

Il est difficile de choisir entre la surrénalectomie et la splanchnicotomie, car il n'y a pas d'indication bien particulière pour l'une ou pour l'autre. Peut-être est-il préférable de faire la résection des splanchniques qui est une intervention moins sévère que la surrénalectomie.

Il nous faut maintenant conclure pour Henriette. Mon embarras est grand.

Elle est menacée par *l'azotémie*. Celle-ci impose un régime approprié, mais il n'empêchera pas l'évolution des accidents.

Mais elle est surtout menacée par *l'hypertention*.

Les traitements médicaux sont bien aléatoires et nous nous demandons s'il ne conviendrait pas d'intervenir chirurgicalement. Mais une intervention chirurgicale est-elle justifiée et utile ?

Or nous ignorons la pathogénie de l'hypertension. Est-elle liée à une suractivité des surrénales et du système chromafine, à un déséquilibre du système régulateur de la tension sanguine à un trouble endocrino-sympathique, à un trouble humoral ? Rien ne nous autorise à le dire. Il est possible d'ailleurs, étant donnée la dystrophie générale, qu'intervienne une dystrophie du système vasculaire.

Peut-être pourrait-on faire la section des splanchniques, qui, nous dit-on, est une intervention relativement peu grave, mais je me garderai bien d'affirmer l'efficacité de cette intervention Somme toute, il sera peur-être plus prudent de s'abstenir.

FAITS CLINIQUES

Réticulo-endothéliome du poumon à image arrondie

Diagnostic par biopsie capillaire

Par MM. **DALOUS, ROQUES, J. FABRE, CANTEGRIL** et **PONS**

Elise D..., âgée de 47 ans, est adressée à l'Hôtel-Dieu par son médecin traitant, pour un kyste hydatique du poumon droit, se révélant à la radiographie par une image arrondie.

L'histoire de la maladie nous apprend que l'affection a manifesté son début il y a environ quatre ans. A cette époque, Mme D... éprouve quelques douleurs dans la région supérieure de l'hémithorax droit, douleurs manifestement exagérées au moment des règles. L'examen clinique ne révèle rien, mais, sur l'insistance de la malade, on décide de pratiquer un examen radioscopique. Celui-ci montre, au-dessous de la clavicule droite, une petite opacité arrondie, de la taille d'une petite noisette, qui est considérée comme un tubercule calcifié. La malade ne présente toutefois aucun antécédent de tuberculose. Elle est mariée, a quatre enfants bien portants et n'a jamais été malade.

Pendant les quatre années qui suivent, la malade est surveillée périodiquement à la radioscopie et jusqu'au dernier examen, pratiqué en octobre 1933, l'opacité arrondie n'a pas bougé. Pendant ces quatre ans, l'état général est demeuré excellent, les légères douleurs de l'épaule droite ont plutôt diminué d'intensité.

En décembre 1933, deux mois seulement après cet examen, la malade observe une augmentation brutale de ses douleurs, quelques jours après survient une petite hémoptysie. Dans les crachats sanglants, on a pu trouver deux petits fragments solides de la taille d'un grain de blé, qui avaient l'aspect de fragments charnus. L'examen clinique est encore négatif. On décide un nouvel examen radioscopique et l'on est surpris de voir que le nodule a considérablement augmenté de volume. Un cliché pris aussitôt (10 janvier 1934) montre dans le champ pulmonaire droit, une opacité parfaitement arrondie, siégeant au-dessous de la clavicule, et atteignant la taille d'une orange. La malade est aussitôt dirigée dans notre service avec le diagnostic de kyste hydatique du poumon droit.

Examen a l'entrée. — Mme D... a les apparences d'une santé floride. C'est une personne grasse, colorée qui n'éprouve pas de malaises, et qui est seulement inquiétée par l'aspect radiologique de son poumon droit. Elle n'a pas de fièvre, n'a pas maigri, a bon appétit, et n'éprouve aucune fatigue.

L'examen minutieux du thorax, montre, malgré l'embonpoint, sur la face antérieure de l'hémithorax droit au-dessous de la clavicule, une zone de matité qui correspond à une abolition du murmure vésiculaire. Les vibrations vocales sont transmises. Les autres régions des deux hémithorax sont normales ainsi que les différents appareils.

Un nouveau cliché radiographique de face, dix jours après le premier donne une image tout à fait semblable. Un cliché de profil montre par contre que l'image dans

cette position est allongée dans le sens antéro-postérieur. D'autre part, une opacité linéaire qui paraît correspondre à la scissure supérieure droite, sert de lit à l'opacité allongée. On note également, qu'il existe, au-dessous de l'opacité principale, deux petits nodules accessoires, également ronds, de la taille d'un petit pois.

Le 22 janvier, l'un de nous pratique une ponction exploratrice, en s'inspirant des données cliniques et radiologiques pour le repérage de la masse arrondie. La ponction est pratiquée avec une aiguille de 10/10 et de 9 cm. de long, montée sur une seringue de 2 c. c. On choisit le troisième espace intercostal, en avant de la ligne axillaire, la malade étant couchée dans le décubitus dorsal, bras relevé. L'aiguille est enfoncée progressivement de toute sa longueur. A aucun moment on n'éprouve la moindre résistance. L'aspiration ramène quelques gouttes de sang, et, avant que le piston ne soit à fond de course, l'aspiration est bloquée. L'aiguille est extraite et son contenu est refoulé sur une lamelle. On aperçoit quelques petits caillots au milieu desquels se trouvent trois petits fragments blanchâtres gros comme une tête d'épingle. L'un d'eux est aussitôt étalé sur la lame, les deux autres sont fixés dans du Bouin.



FIGURE 1

L'examen de l'étalement montre aussitôt qu'il ne saurait s'agir d'une lésion inflammatoire.

L'examen microscopique montre que ces fragments constituent la biopsie d'un tissu organisé. Ils sont formés par des cellules très polymorphes, dans leur aspect général et dans celui de leur noyau, tantôt homogène et pycnotique, tantôt gros et irréguliers dans leur taille. Cependant, ce sont, le plus souvent, des éléments volumineux de protoplasma basophile. On trouve quelques images kariokynétiques. Les divisions amitotiques s'observent également.

De loin en loin, certains éléments rappellent l'aspect des cellules à poussières du poumon.

Les cellules sont juxtaposées sans interposition d'une substance quelconque, sans stroma apparent. En quelques points, on voit, entre deux éléments, une fine fibrille mise en évidence par les colorations spécifiques du tissu conjonctif. Après action du bleu d'aniline, certains protoplasmas cellulaires apparaissent chargés de colorant, indice d'une élaboration de collagène, d'une fonction fibroplastique. Les fibrilles formées s'insinuent entre les éléments de la tumeur et vont à la rencontre des fibrilles venues d'éléments voisins. Elles ébauchent ainsi des anneaux, discrets et incomplets, et conférant à certains points des préparations un aspect pseudo-lobaire pourrait-on dire avec une disposition en tourbillon de cellules néoplasiques.

Dans l'intimité même des fragments, il est possible d'observer des capillaires avec une paroi parfaitement visible. Mais, à côté de ces formations vasculaires complètes, en de nombreux points, les cellules se séparent, laissant ainsi des fentes où cheminent des éléments du sang. Tantôt la paroi de ces fentes est formée de plusieurs éléments, tantôt au contraire, un espace ovalaire est dessiné entre deux cellules encore accolées par leur pôle.

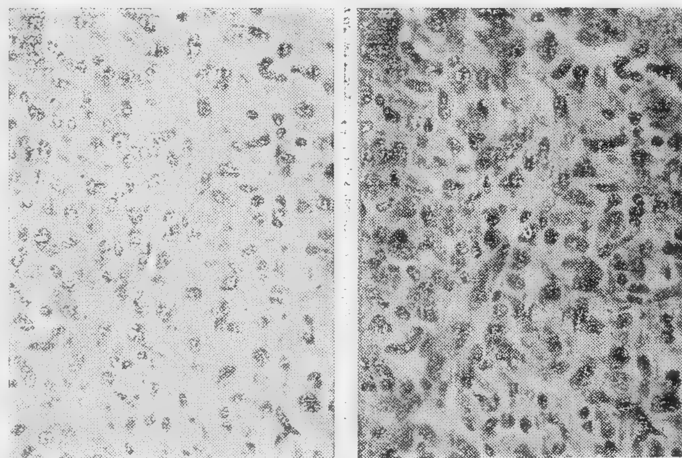


FIGURE 2. — *Réticulo-endothéliome du poumon.*

La tumeur est constituée par des éléments polymorphes, juxtaposés sans interposition de collagène. Dans la figure de droite, une fente vasculaire parfaitement organisée.

Les fibroblastes jouent un rôle important dans la production de ces néoformations. Ils tendent dans de nombreux points à délimiter des fentes dont ils forment les parois en manière d'endothélium, y présentant même des pointes d'accroissement.

Il s'agit en résumé, d'une tumeur d'aspect sarcomatoïde, dont les éléments possèdent d'une manière particulièrement nette des propriétés fibro-plastiques et angéiogénétiques. Ces caractères propres, joints à l'aspect spécial des cellules permettent de considérer cette néoplasie comme provenant du revêtement alvéolaire du tissu réticulo-endothélial de l'alvéole pulmonaire.

« Rien n'est plus osé que d'ajouter sur le titre d'un livre médical l'épithète de rationnelle. Thérapeutique rationnelle. Médication rationnelle. Que de fois ne voyez-vous pas l'assemblage des deux mots ! Or, ils répondent à une forme de pensée dont aucun argument ne justifie la présomption. Ce qui est rationnel aujourd'hui, ne le sera plus demain. Il suffira d'un nouvel élément d'information pour disjoindre les murs et les jeter à bas, dans la catastrophe d'un écroulement total. Toute la thérapeutique du Moyen Age était qualifiée de rationnelle. Qu'en reste-t-il aujourd'hui ! De grâce, mes chers confrères, n'employez jamais pareille dénomination sur la couverture de vos livres. » (Les mathématiciens. — *Journal des Praticiens*, 25 avril 1936.)

« On sent que les progrès de la médecine préservatrice, devenus plus efficaces par ceux de la raison et de l'ordre social, doivent faire disparaître à la longue les maladies transmissibles ou contagieuses, et ces maladies générales qui doivent leur origine aux climats, aux aliments, à la nature des travaux. » (CONDORCET. Esquisse d'un tableau historique des progrès de l'esprit humain.)

MALADIES PROFESSIONNELLES

A propos des anémies professionnelles

Les maladies professionnelles ont un double intérêt : intérêt social puisque leur connaissance permet de préserver les ouvriers ; intérêt physiopathologique puisqu'il s'agit de véritables maladies expérimentales dans la genèse desquelles on pourra faire la part du facteur toxique et du facteur intolérance. Aussi, en analysant la thèse de Zoltan Ovary (1), fa te sous la direction de M. Prosper Emile Weill sur les anémies benzol ques, nous rappellerons d'une part les principales causes d'anémies professionnelles et, d'autre part, les pr ncipaux accidents provoqués par le benzol.

En présence d'une anémie ne faisant pas immédiatement sa preuve, on doit toujours rechercher les causes toxiques. Rappelons le saturnisme pouvant s'accompagner d'une anémie brusque, mais transitoire dans les intoxications aiguës, légère mais tenace dans les intoxications chroniques ; rappelons les anémies médicamenteuses du mercure, de l'arsenic, elles sont rarement graves et guérissent facilement. Les arsénobenzènes, le phosphore donnent des anémies avec hémorragies, le chlorate de potasse avec subictère. On pensera encore aux rayons X, au radium, au thorium X et enfin au benzol.

Après avoir rappelé les distinctions existant entre le benzène, corps chimiquement pur, et le benzol, résultant de la distillation de la houille et formé d'un mélange de carbures cycliques, Zoltan Ovary montre l'action expérimentale du benzol sur les animaux : sur la série rouge, on obtient avec de petites doses, une polyglobulie alors qu'avec une forte dose on provoque une diminution du nombre des érythrocytes. Les faibles doses sont sans action sur les leucocytes alors que les doses moyennes ou fortes produisent une leucopénie avec hypogranulocytose. Rappelons à ce propos que le benzol a été préconisé en thérapeutique contre les leucémies dont il abaisserait considérablement le chiffre leucocytaire.

En clinique, on peut observer différents syndromes qui ont été classés de la façon suivante par P.-Emile Weill.

Tantôt ce sont des anémies ; parfois, elles sont légères (du type hyperchrome avec anisocytose et leucopénie avec mononucléose et éosinophilie) et alors el es peuvent être atentes ne se manifestant que par une tendance aux hémorragies et par des troubles de l'état général ; d'autres fois, elles sont plus graves restant cependant du type hyperchrome avec leucopénie, neutropénie et thrombopénie ; bien qu'elles s'accompagnent de symptômes généraux alarmants, elles sont rarement mortelles.

Tantôt l'intoxication benzol que se traduit surtout par un purpura hémorragique pouvant aller des formes es plus légères aux formes en apparence les plus graves ; rarement l'évolution se fait vers la mort ; ces purpuras sont toujours associés à une anémie avec leucopénie et mononucléose.

Plus rarement le benzol, au lieu d'avoir une action aplastique, aura une action hyperplasique et se traduira par une leucémie.

La connaissance de ces faits doit, au point de vue prat que, conduire à une prophylaxie minutieuse ; en effet, si les cas mortels sont très rares (leucémies, purpuras hémorragiques), les anémies sont suffisamment fréquentes et longues à guérir, pour qu'on ne fasse pas out pour protéger les sujets travail ant dans le benzol : prophylaxie individuelle en examinant tous les deux à trois mois le sang des ouvriers, a leucopénie et a neutropénie devant être, suivant l'auteur, considérées comme le premier signe d'une atteinte sanguine ; prophylaxie collective en faisant analyser l'air des ateliers où l'on travaille avec du benzol et en multipliant les moyens d'aération et de ventilation.

Au point de vue de la physio-pathologie de ces accidents benzoliques, l'auteur a touché un point qui nous a particulièrement intéressé en parlant de la susceptibilité individuelle au benzène. Un auteur qui a longuement étudié cette question, Harrington a pu même écrire : « l'intoxication dépend d'une susceptibilité individuelle ou immunité naturelle ou acquise ». Ne faut-il donc pas voir dans les accidents à côté des intoxications, les intolérances en prenant ce mot dans le sens où Tzanck l'emploie. Zoltan Ovary insiste sur l'importance du terrain en montrant que les accidents benzoliques sont plus fréquents au cours de la grossesse, de l'alcoolisme, chez les sujets obèses, chez les jeunes filles ou les femmes au-dessous de 23-24 ans ; n'est-ce pas là montrer combien on doit tenir compte à côté du « réactogène », du terrain et de la part active et personnelle qu'il prend dans les accidents de la chimiothérapie.

Jean Cottet

(1) Contribution à l'étude des anémies benzoliques professionnelles Zoltan Ovary. Thèse de Paris, 1935. Jouve, éditeur.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Le traitement par la folliculine de la grande hémophilie familiale

M. Petresco et Mme E. Vanesco (*Acad. de Méd. de Roumanie*, 31 mars 1936) ont suivi pendant neuf mois un grand hémophile, âgé de 46 ans, qui présentait de nombreux accidents, hémarthroses et hématures surtout. Le traitement par la folliculine en injections journalières a amené une accélération du temps de coagulation de 2 heures 50' à 20' et la presque disparition des accidents.

Traitement de l'urticaire par l'acide lactique à forte dose

M. Alechinsky (*S. clin. des Hôp. de Bruxelles*, 15 février 1936) a obtenu d'excellents résultats thérapeutiques en administrant dans des cas d'urticaire, des doses massives d'acide lactique (15 grammes par jour) par voie buccale — traitement préconisé par Camescasse.

Trois cas de tuberculose pulmonaire tardive après abcès du poumon

Ces trois cas ont été observés par MM. Barbier, Roux Mathieu et Viallier.

Les deux premières observations (*S. Méd. des Hôp. de Lyon*, 10 décembre 1935) ont trait à deux anciens amibiens ayant eu il y a trois et quatre ans une histoire typique d'abcès pulmonaires, bien guéris l'un par l'émétine, l'autre par le novarsénobenzol. La bacillose pulmonaire avait été éliminée lors du processus d'abcès, par de nombreux examens de bacilles négatifs et des inoculations négatives. Il y a eu deux et trois ans d'intervalle libre, puis apparition d'une bacillose pulmonaire ulcérofibreuse, dans un cas au niveau de l'ancien abcès, dans l'autre au niveau du poumon opposé.

Dans le troisième cas (*S. Méd. des Hôp. de Lyon*, 11 février 1936). Il s'agissait d'un malade qui, deux ans auparavant avait présenté un abcès du poumon à pneumobacilles et à streptocoques. La guérison complète semble avoir été incomplète du malade qui continua à cracher sans interruption, et chez lequel apparut, deux ans après, une tuberculose pulmonaire à forme broncho-pneumonique.

Les auteurs insistent sur la fréquence, plus grande qu'on ne le croit, de la possibilité d'apparition d'une bacillose pulmonaire dans les suites éloignées des abcès du poumon, et sur la nécessité qu'il y a de surveiller longtemps ces malades et de n'admettre qu'en faisant des recherches de bacilles de Koch dans les crachats, qu'il s'agit de la persistance d'une suppuration pulmonaire banale.

Le larmoiement dans la maladie de Basedow

Le larmoiement peut être un signe précoce et révélateur du goitre exophtalmique, comme le montre une observation rapportée par M. Viallefont (*S. des S. M. et B. de Montpellier et du Languedoc Méd.*, 7 février 1936.)

Echos et Glanures

La peste de Marseille de 1720. Havres de pensée, bastides d'amour. — La Revue de Paris (15 juillet 1936) *vient de publier un article de M. Georges Imann intitulé* : Nicolas Roze et Monseigneur de Belsunce (La peste de Marseille en 1720). *En voici un extrait* :

...Tout ce qui pouvait partir avait fui. On apercevait en rade des bateaux de pêche où des familles entières s'étaient abritées. Garantie le plus souvent illusoire, car les nécessités du ravitaillement obligeant les habitants à se rendre à terre, ils en rapportaient le germe mortel dont la promiscuité du bord facilitait la diffusion. Les pauvres campaient sur les collines, au bord de l'Huveanne ou près de la mer. Les plus fortunés avaient gagné leurs bastides. Les jolies « campagnes » enfouies entre les pins et les oliviers étaient devenues en effet les seuls refuges à peu près sûrs. Mais cette sécurité elle-même se payait de quelles précautions, de quelles mesures de défense où le tragique se teintait d'un léger ridicule, où le pauvre instinct de conservation n'était pas exempt d'un égoïsme farouche et d'une lâcheté sans miséricorde. Pieux, palissades, sauts de loup, la banlieue marseillaise prit un aspect de camp retranché.

C'était derrière son abri que le propriétaire de la bastide, le « maître » recevait au bout de pincettes le pain, la viande ou les légumes que lui tendait un vendeur pourvu d'armes semblables. Ces messieurs ne manquaient point d'ailleurs de pratiquer cette opération avec toute l'apparence du profond dégoût qu'ils éprouvaient l'un pour l'autre. Et, détournant la tête, mâchant leur angélique ou suçant leur éponge aromatisée, ils fuyaient mutuellement la nocivité de leur souffle. Puis le pain, le poulet ou la salade livrés par le vendeur à l'homme derrière la palissade, celui-ci tendait du bout des mêmes pincettes dont il avait saisi les denrées le récipient plein de vinaigre où macéraient les sols et deniers du payement. Cependant, mais toujours comme parlant à la cantonade, le maître et le marchand échangeaient leurs doléances et se communiquaient les nouvelles. Certes la peste surtout en faisait l'objet, mais la cherté des vivres ne constituaient pas moins, de part et d'autre, un thème inépuisable de lamentations. Tout était « hors de prix », malgré la taxation officielle des denrées. Songez que le pot de vin vieux était marqué quatre sols, la « molue » sept livres, le « cousquoussou » cinq livres, les « saucissots » 2 livres, et la cassonade vingt sols ! Mais gare pourtant a qui eût malhonnêtement forcé les prix ! On ne badinait pas alors avec les bénéfices de peste, ou du moins la loi se déclarait-elle prête à ne point badiner. Toute infraction au taux municipal exposait le délinquant à la peine du carcan, à la restitution du prix et confiscation de ses marchandises. Puis en cas de récidive à la peine du fouet. (*Ordonnance municipale de 1720, signée : de Langeron, Pilles, Estelle, Audimar, Dieudé et Moustier*).

Pourtant la vie des bastides présenta même en ce terrible été de 1720 certains agréments auxquels contribuèrent puissamment chez les lettrés la lecture d'Horace et des Bucoliques, la consommation d'encre et de papier inévitable chez ces polygraphes impénitents que l'oisiveté forcée, la solitude et les malheurs de l'époque incitaient à la correspondance et aux méditations. L'Académie de Marseille dut à ces échanges spirituels le principe de son existence, ce qui, soit dit à sa gloire, lui confère à l'heure actuelle une vieillesse assez glorieuse jointe à une inaltérable verdeur et la dédommage un peu du mot qui se permit sur elle Voltaire ; en remerciement de l'honneur qui lui fut fait, sur sa propre demande, d'en être membre correspondant : « C'est une fille sage et qui ne fait point parler d'elle ! »

Bref, dans toutes les bastides on vivait, on pensait, on aimait. On aima même beaucoup durant les mois de la peste. La nature préparait en secret le repeuplement de la ville. Les « campagnes » marseillaises ne furent pas seulement le siège de la peur, le camp retranché de la vie, la vie luttant pour sa défense ; elles devinrent bientôt un théâtre d'idylles. Idylles où les amoureux se tenaient, il est vrai, à respectueuse distance, un peu à la façon du vendeur et du chaland de chaque côté de la barricade, mais tout de même idylles où les yeux prenaient d'une barrière à l'autre, d'une crête de mur au verger voisin, une éloquence toute particulière et où le désir s'enflammait d'autant plus vivement que sa réalisation était soumise à l'attente.

Ce ne fut que l'année suivante que les registres des paroisses se couvrirent de noms de nouveaux conjoints. Passons sur les unions qui ne requirent aucune présence ecclésiastique et sur le nombre des maris trompés et de femmes trahies que clôtura la

série des malheurs de la peste. C'est ainsi qu'en six années Marseille, par un excédent formidable de naissances, recouvra la densité de population que le fléau lui avait ravie et jamais la vie ne fut plus joyeuse qu'au lendemain de l'épidémie. « Une joie folle, écrit Lemontey dans l'Histoire de la Régence, enivra cette ville d'héritiers. Jamais on ne vit tant de magnificence, de luxe, d'habits dorés, de repas somptueux. C'est ainsi que ceux à qui la peste a procuré des héritages les dissipent en peu de temps. »

Pourtant, tant que le mal continua à sévir, cette joie s'enveloppa de prudence. Eloquence des yeux, avons-nous dit, car les tendres aveux qu'exprimaient ces œillades se conçoivent malaisément formulés par le porte-voix.

Certains soirs, lorsque les nouvelles de la ville semblaient meilleures, que l'espérance renaissait dans les cœurs et surtout que l'instinct social l'emportait provisoirement sur l'égoïsme individuel, on voisinait de bastide à bastide. Messieurs et dames arrivaient dûment « parfumés », sentant le vinaigre et le soufre. On s'asseyait à table devant quelque pigeon à six livres huit sols, quelque « bourride » préservatrice, quelque « aïoli » curatif et l'on se lamentait sans trop de larmes sur les malheurs du temps avec, au fond, cette satisfaction inavouée, cette joie tacite des êtres en face des calamites qu'ils déplorent tout en se félicitant d'en être préservés. Plus souvent encore, par les crépuscules limpides d'août et de septembre, on s'assemblait sur l'aire. C'est là que « l'éloquence des yeux » devait atteindre au sublimé. Puis, un tambour et un galoubet ouvraient la danse. Car on dansait ! on dansait, le cavalier à cinq pas de sa dame ! Mais faute d'étreinte, quelle flamme dans les regards, quel frémissement dans ces mains tendues et qui n'agrippaient que du vide !... Jusqu'aux tristes bâtons de Saint-Roch qui devenaient de gracieux accessoires, fleuris, enrubannés, transformés en symboliques houlettes, en amoureuses lances, en sceptres d'amour, en arbre de mai ! Vraiment ces soirées devaient être charmantes et riches de promesses. Et combien de Marseillais ne goûtent-ils aujourd'hui la douceur de vivre que parce qu'un jeune monsieur, leur quadruple ou quintuple aïeul et une belle demoiselle, leur lointaine ancêtre dansèrent le rigaudon ou la gavotte, une nuit d'été de 1720, tandis que la mort décimait la ville et que la lune montait calme, laiteuse et ronde, entre les pins

La folie de Maupassant. — *Dans* Candide (18 juin 1936), *M. le Docteur Victor Pauchet expose au grand public ce que fut la maladie de Maupassant* :

— Ne croyez-vous pas que je m'achemine vers la folie ? disait Guy de Maupassant au Docteur Frémy ; si cela était, mon cher, il faudrait me le dire. Entre la folie et la mort, il n'y a pas à hésiter, d'avance mon choix est fait.

En décembre 1891, l'état de folie se déclare. Malade depuis longtemps, Maupassant sort de son calme ; il a la fièvre ; il marche nerveusement ; sa volubilité de langage est extrême ; la fixité de son regard est effrayante. Un soir, François, son domestique, est éveillé par des détonations ; il court à la chambre de son maître et le trouve tranquillement installé à sa fenêtre, en train de tirer des coups de revolver dans la nuit. Le 1er janvier 1892 le mal empire : le pauvre fou parle sans suite, le fil de ses idées est perdu, sa surexcitation nerveuse atteint son paroxysme ; puis il tombe dans une espèece de somnolence et se met au lit. Durant la nuit du 1er au 2 janvier, il a une heure de lucidité durant laquelle il se rend compte de son état. Dès lors, il veut se tuer. Il prend son revolver et fait feu ; mais François avait pris soin de retirer les balles et seules les bourres lui noircissent la tempe. Avisant alors sur sa table un coupe-papier, il s'en empare et tente de se trancher l'artère carotide. Il ne réussit qu'à se faire une entaille profonde. Il pousse des hurlements. François accourt avec deux marins du *Bel-Ami* et il fallut leur force herculéenne pour maintenir le pauvre fou sur son lit jusqu'à l'arrivée du médecin. Transporté le 7 janvier à Passy, dans la maison de santé du Docteur Blanche, son agonie dura dix-huit mois (1).

Comment Guy de Maupassant en arriva-t-il à pareille extrémité ? Le Professeur Lacassagne répond : « Guy de Maupassant était un malade ».

Guy vint au monde doué d'une superbe santé. Comme tous les bien portants, il éprouve la joie de vivre. C'est un gai compagnon ; et c'est un sportif infatigable.

Cependant, son hérédité laisse à désirer. Sa mère, femme d'une grande intelligence et passionnée pour les belles-lettres, est une névrosée. Son mari déclare qu'en 1877 certains faits faisaient douter de son équilibre mental et qu'elle fut atteinte d'une maladie nerveuse. Hervé, frère de Guy, lui aussi était un nerveux, et mourut, dit-on, de paralysie générale. Et tous les amis de Guy s'accordent pour reconnaître qu'il avait hérité du nervosisme maternel. Il aime l'aventure et sa joie est d'errer au gré de ses fantaisies. Il est mystificateur ; il est caustique. Au moment de sa première communion, il est atteint d'une crise de mysticisme, et quelque temps après il se fait mettre à la porte du séminaire d'Yvetot pour avoir ridiculisé les rites de la religion.

L'adolescent était à soigner ; on n'en fit rien. Une vie tranquille et paisible s'imposait ; ce fut une vie de surmenage que Guy s'imposa.

Il surmène sa santé en abusant des sports et des voyages.

Il surmène ses méninges par un travail cérébral exagéré, car il lui faut produire beaucoup pour gagner l'argent nécessaire à ses plaisirs ; or, les voyages et les femmes coûtent cher.

Ses excès féminins ajoutent à son surmenage. Flaubert a beau lui prêcher la modération, il s'en moque et passe outre. Chez Maupassant, ce n'est pas seulement l'amour qui est en jeu, c'est un invincible instinct sexuel.

A vingt-huit ans, Guy — naturellement — se plaint d'une grande fatigue, d'un surmenage général. Le « robuste bourgeois campagnard » est vite abattu et le gai compagnon est devenu « le taureau triste ».

A trente ans — tare héréditaire, ou plutôt tare acquise, car A. Lombroso et deux médecins ont reçu de Maupassant la confidence qu'il avait attrapé la syphilis — notre génie présente tous les symptômes de la paralysie générale.

Dès lors, c'est le ravage de l'infection progressive. Guy de Maupassant a la hantise de la maladie et la hantise de la mort. Il tombe dans le pessimisme. Ses œuvres changent de ton, sa verve se tarit, ses manuscrits sont pleins de surcharges. Et son état mental se manifeste dans ses écrits.

A trente-neuf ans il en est réduit à chercher « un bien-être somnolent » dans les excitants et les stupéfiants : il lui faut son éther, sa cocaïne et sa morphine. Et puis, ce fut la démence complète. Le 30 janvier, le Docteur Blanche constate que le pauvre Maupassant est « en train de s'animaliser ». « Les nouvelles sont mauvaises, écrivent les Goncourt, le 3 février. Toujours la croyance d'être salé. Abattement ou irritation. Se croit en butte à des persécutions de médecins qui l'attendent dans le corridor pour lui seringuer de la morphine, dont les gouttelettes lui font des trous dans le cerveau. » Parfois une vague lueur d'intelligence apparaissait et il devenait alors — chose terrible — conscient de son état.

Ainsi mourut Guy de Maupassant, le 6 juillet 1893.

(1) D'après le récit de son amie, Madame Lecomte de Nouy.

Le Gérant : Dr Victor GENTY CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 35 LE NUMÉRO : 50 Centimes 29 AOUT 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V^e
CH. P. PARIS 357-81 – R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale
J. GUYOT : Sur deux malades atteints de gangrène des membres inférieurs 1353

Variétés
J. LAFONT : Le médecin malade.... 1357

Clinique thérapeutique
Du nouveau sur les paralysies diphtériques et leur traitement par le sérum.......... 1364

Obstétrique
A propos de l'avortement 1366

Revue de Presse parisienne....... 1367

Notes cliniques et thérapeutiques. 1368

Nouvelles 1347

Il y a cent ans.......... 1350

Echos et Glanures 1371

Bibliographie 1360

NOUVELLES

XII[e] Congrès belge de neurologie et de psychiatrie— Le XII[e] Congrès belge de neurologie et de psychiatrie se tiendra à Corbeek-Los et Bruxelles, les 26 et 27 septembre prochains, sous la présidence de M. le Professeur Vermeylen, président de la Société de médecine mentale de Belgique. Le premier rapport, présenté par M. Roucroy, chef de laboratoire à l'Université de Louvain, traite de « L'intelligence chez les malades mentaux ». Le deuxième rapport, présenté par M. Massion-Verniory (du Centre neurologique de Bruxelles) traite des « Tumeurs du lobe temporal ».

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire permanent : M. A. Leroy, 18, rue Beeckman, à Liége.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Santé publique. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Docteurs Brunet (de Marseille) et Chevrey (d'Orléans).

Colonies. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Docteurs Louis Aubry (à Saint-Louis de la Réunion), Pierre Jouenne (à Dakar), Constant Ricou (à la Guadeloupe), Mme Magallon-Graineau (à Fort-de-France).

Marine marchande. — *Au grade d'officier.* — M. le Docteur Profichet (au Havre).

Economie nationale. — *Au grade de chevalier.* — M. le Docteur Flayssac (à Treignac).

Affaires étrangères. — *Au grade d'officier.* — M. le Docteur Gaud, directeur de l'Institut d'hygiène à Rabat.

Au grade de chevalier. — M. le Docteur Vivant, de Monaco.

Intérieur. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Docteurs Emile Zola, médecin de l'Administration des Journaux officiels, à Paris ; Toulotte, à Saint-Hilaire-lez-Cambrai (Nord).

Finances. — *Au grade d'officier.* — M. le Docteur Presle, médecin assermenté de l'Administration centrale des Finances.

Service de santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Les médecins colonels : Andrieu, de l'hôpital d'Oran, au service de santé de la division d'Alger ; Cavarroc, de la place de Lyon, à l'hospice mixte d'Orléans.

Le médecin lieutenant-colonel Bovier-Lapierre, de la place de Lyon, prés. de comm. de réforme.

Les médecins commandants : Hote-Bridon, de la 3[e] légion de la garde mobile, à la place de Lyon ; Guerinet, du 30[e] d'art., à l'hôpital Legouest, à Metz ; Fontaine, du 7[e] esc. du train, au 10[e] génie ; Allègre, du 110[e] d'inf., au 24[e] tir. tunisiens.

Les médecins capitaines : Grimaldi, du 7[e] chasseurs à cheval, au 3[e] tir. marocains ; Millo, du 9[e] cuir., à la 3[e] légion de la garde mobile ; Vandier, de l'Ecole d'admin. de Vincennes, à l'infirmerie-hôpital du camp de Sissonne ; Rolin, du 3[e] tir. marocains, à l'Ecole du Service de santé de Lyon ; Andréa, du 27[e] tir. nord-africains, au 7[e] chasseurs à cheval ; Spetebroot, du 13[e] tir. nord-africains, au 46[e] d'art. ; Guichené, de l'hôpital du Val-de-Grâce, à l'Ecole d'admin. de Vincennes ; Rodet, du 3[e] bat. de dragons portés, au 13[e] chasseurs alpins ; Raymond, de l'hôpital Desgenettes, Lyon, au 9[e] cuirassiers ; Stora, du 19[e] C. A., au 11[e] cuirassiers ; Camboulives, du 107[e] d'inf., au 19[e] C. A. ; Mourot, du 158[e] d'inf., aux troupes du Maroc ; Juhan, du 168[e] d'inf., au 46[e] d'art. ; Dancenis, du 94[e] d'inf., à la place d'Amiens ; Simon, du 8[e] d'art., au 67[e] d'inf. ; Gillet, du 32[e] dragons, au 22[e] bat. d'ouvriers d'art ; Delmas, du 12[e] d'art., au 7[e] esc. du train ; Roumagnou, du 39[e] au 46[e] d'art. ; Cousty, du 32[e] d'inf., à la base aérienne n° 131.

Les médecins lieutenants : Tisserand, du 94[e] d'inf., au 31[e] chasseurs à pied ; Marty, du 31[e] chasseurs à pied, au 109[e] d'art. ; Chifflot, du 7[e] chasseurs alpin, au 73[e] bat. alpin de fort. ; Dargein, du 73[e] d'art., au 3[e] bat. de dragons portés ; Rivière, du 103[e] d'art au 94[e] d'inf. ; Massarde, du 21[e] tir. nord-africains, au 124[e] esc. du train ; Suze, du 16[e] chasseurs à pied, au 107[e] d'inf. ; Masson, du 503[e] chars, au 8[e] génie ; Perpère, de la base aérienne n° 104 au 15[e] tir. nord-africains ; Maury, de l'hôpital d'Hagueneau, au 12[e] d'art.

Clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Lyon. — *Stage de perfectionnement* (3-13 novembre 1936.) — Un stage de perfectionnement aura lieu sous la direction de M. le Professeur Voron, assisté de ses collaborateurs, à la Clinique obstétricale, hôpital Edouard-Herriot. Il commencera le mardi 3 novembre à 9 heures et prendra fin le jeudi 13 novembre à 19 heures.

Programme quotidien. — 9 heures à 10 heures : Manœuvres obstétricales. Démonstrations et exercices sur mannequin. — 10 heures à 11 heures : Visite des accouchées. Consultations pré-natales. — 11 heures à 12 heures : Cours théorique. — 17 heures à 17 h. 30 : Commentaire des accouchements de la journée. — 18 heures à 19 heures : Cours théorique.

Ce stage est ouvert à tous les docteurs en médecine ainsi qu'aux étudiants pourvus de vingt inscriptions. Les stagiaires dirigeront eux-mêmes les accouchements et seront individuellement exercés aux opérations obstétricales courantes. Ils pourront rester la nuit dans le service.

Le programme détaillé des cours sera envoyé à tous ceux qui en feront la demande.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 24 octobre. Le droit d'inscription est de 200 francs qui doivent être versés en s'inscrivant.

Les demandes de renseignements et les inscriptions sont reçues

par Mme la secrétaire de la Clinique obstétricale, pavillon K, hôpital Edouard-Herriot, Lyon.

Le droit des médecins invalides de guerre aux emplois des administrations de l'Etat. — M. Gaston Moreau, député, avait exposé au ministre des Pensions : A) que la loi du 16 août 1933 dispose : *a*) en son article premier que les médecins invalides de guerre — remplissant diverses autres conditions — bénéficient d'un droit de préférence pour l'accession aux emplois (de leur profession) des Administrations de l'Etat ; *b*) en son article 5 : que tous les ans, avant le 31 janvier, un état des postes vacants est adressé à la commission spéciale de classement par les collectivités assujetties aux obligations de l'article premier ; *c*) en son article 8 : que les listes d'aptitude sont publiées au *Journal officiel* avant le 31 mars de chaque année. — B) que les médecins bénéficiaires de la loi précitée peuvent demander leur accession aux divers emplois de leur profession institués au ministre des Pensions, et lui demande : 1° si les états des postes dont l'établissement est prescrit par l'article 5 ont été dressés ; 2° si les listes d'aptitude, dont l'établissement est prescrit par l'article 8, ont été dressées ; 3° si les médecins occupant ces postes sont tous bénéficiaires de la loi du 16 août 1933 ; 4° dans la négative, pourquoi ces prescriptions n'ont pas été observées ; 5° le cas échéant, quelles mesures il compte prendre pour faire respecter ces prescriptions.

Le ministre a répondu : 1° et 2° : Les états prévus par l'article 5 de la loi du 12 août 1933 ont été dressés en temps utile. Ils ont été publiés au *Journal officiel* du 31 mars 1936, page 3604 ; 3° les médecins occupant les emplois susceptibles d'être attribués à de praticiens invalides de guerre dans les conditions de la loi du 12 août 1933 ne sont pas tous des invalides de guerre. La loi précitée n'a pas pour effet de déposséder les titulaires d'emploi qui étaient en fonction avant la date de son application, mais de prévoir dans quelles conditions les vacances survenues par la suite doivent être comblées ; 4° et 5° les réclamations touchant à l'application de la loi sont examinées par la Commission spéciale prévue par l'article 6 et les interventions sont faites lorsqu'il y a lieu auprès des Administrations intéressées.

Union internationale contre la tuberculose. — Par suite des difficultés actuelles de communications avec le Portugal, la X[e] Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose, qui devait se tenir à Lisbonne du 7 au 10 septembre 1936, est remise à une date ultérieure.

Programme du III[e] Congrès national des médecins amis des vins de France (Dijon, 18, 19, 20 septembre 1936). — *Première journée, vendredi 18 septembre* : 9 heures. Ouverture du Congrès et séance de travail à l'Ecole de médecine de Dijon. — 12 heures. Déjeuner libre. — 13 h. 30. Visite du Musée de Dijon. — 15 heures. Séance de travail. — 18 h. 30. Visite de la ville en autocar. — 20 heures. Banquet officiel dans la salle des Etats de Bourgogne.

Deuxième journée, samedi 19 septembre. — 9 h. 30. Séance de clôture du Congrès et conclusions des rapporteurs. — 11 heures. Excursion dans le vignoble bourguignon. Panorama de la plaine de Bourgogne. — 12 heures. Déjeuner au Clos Vougeot dans la grande cuverie du Clos. Visite du château. — 16 heures. Départ pour Beaune par la Côte. — 16 h. 30. Réception à Aloxe Corton. Visite des Caves bourguignonnes Latour. — 17 h. 30. Beaune. Visite de l'hospice et du Musée. — 19 heures. Dîner à Beaune. — 20 heures. Départ pour Châlon-sur-Saône (coucher).

Troisième journée, dimanche 20 septembre. — 9 heures. Départ pour la visite des vignobles châlonnais et mâconnais. — 12 heures. Déjeuner dans une cave coopérative. — 14 heures. Suite de l'excursion : Le Mâconnais lamartinien. La région préhistorique de la Roche de Solutré. Le Beaujolais. — 19 heures. Dîner à Villefranche-en-Beaujolais. — Dislocation du Congrès (express sur Paris : 20 h. 57, 23 h. 52 ; sur Lyon : 21 h. 26.

Prix de la participation : 200 francs, par personne, comprenant : tous les repas pendant les trois journées ; le logement ; le transport en autocar de luxe.

Pour se faire inscrire et renseignements, s'adresser à M. le Docteur M. Eylaud, 126, rue Camille-Godard, Bordeaux.

Tous les membres, ayant adressé avant le 1[er] septembre 1936, au secrétaire général : Docteur M. Eylaud, 126, rue Camille-Godard, Bordeaux, une communication scientifique à propos du vin, seront dispensés de leurs frais de séjour pendant la durée du Congrès.

Réduction habituelle sur les grands réseaux.

Permanence : Ecole de médecine de Dijon où l'on se rendra dès l'arrivée.

IL Y A CENT ANS

25 AOÛT 1836. — *Le « Moniteur » du 18 août publie l'ordonnance suivante :*

ART. 1er. — *A partir du 1er novembre 1836, nul ne pourra être admis à prendre sa première inscription dans une Faculté, à quelque titre que ce soit, s'il ne justifie du diplôme de bachelier ès lettres ; sont exceptées les inscriptions dites de capacité ;*

2° *A partir du 1er novembre 1837, nul ne pourra être admis à soutenir son premier examen dans une Faculté de médecine s'il ne justifie du diplôme de bachelier ès sciences, dont les frais seront réduits au profit de l'élève sur le prix des inscriptions qui lui restent à prendre ;*

3° *Seront dispensés du baccalauréat ès sciences les étudiants en médecine qui en prenant leur cinquième inscription déclareront n'aspirer qu'au titre d'officier de santé; mais ladite inscription et celles qu'ils continueront de prendre dans le même but ne seront, dans aucun cas, admise à leur compter pour le doctorat en médecine.*

Le but de cette ordonnance est évidemment de diminuer le nombre toujours croissant des étudiants en médecine, et d'augmenter ainsi le bien-être des médecins qui aujourd'hui se pressent dans toutes les localités. Pour conserver la dignité de notre profession, il est indispensable sans doute de rendre les réceptions plus difficiles et partant plus rares ; mais en forçant les élèves à se munir du diplôme de bacheliers ès sciences, croit-on parvenir à ce but de la manière la plus profitable pour les médecins et pour le public ? Il y a six ans à peine, cette mesure avait été reconnue mauvaise et supprimée sans réclamations. Il est difficile de s'expliquer comment, dans un espace de temps si court, les choses ont pu changer à ce point qu'on ait reconnu la nécessité de rétablir un examen dont l'inutilité avait été démontrée.

Si l'on veut diminuer le nombre des réceptions, il faut exiger du candidat des connaissances, plus approfondies, plus étendues, mais doit-il donc, au bout de quatre années d'étude, posséder si parfaitement la médecine et la chirurgie qu'on croit pouvoir lui dérober une année de son temps pour la consacrer à l'étude des mathématiques et des sciences physiques et le doter de cette manière aux dépens des connaissances beaucoup plus importantes, d'un savoir tout à fait en dehors de sa profession ? Voici en effet ce qui arrive depuis que le mode d'examen a été changé, c'est-à-dire depuis huit ans environ.

La matière du premier examen est la chimie, la physique et l'histoire naturelle. L'élève ne peut prendre sa cinquième inscription avant de l'avoir passé. Aussi sa première année est-elle entièrement employée à l'étude de ces branches accessoires de la médecine. Pendant tout ce temps, il ne paraît ni dans les hôpitaux, ni dans les salles de dissection. Il est tout entier au travail que nécessite ce premier examen pour lequel, il faut le dire, on se montre excessivement sévère.

Cet examen passé, l'élève a déjà vu s'écouler le quart de son temps d'étude. Alors seulement, il s'occupe d'anatomie, et suit quelques cours ; mais il devra passer son second examen (anatomie et physiologie). Après sa douzième inscription. Il n'a donc que deux ans pour étudier l'anatomie, c'est-à-dire deux hivers, huit à dix mois à peine. Son second examen passé, il ferme ses livres d'anatomie et ne remet plus les pieds dans les salles de dissection, jusqu'à ce que son diplôme obtenu, il se livre à la pratique, et connaît alors, mais trop tard, la mauvaise direction que l'on a imprimée à ses études.

Il semble que ce mode vicieux ait été établi tout exprès pour favoriser l'étude des sciences accessoires au détriment des sciences indispensables à la pratique de la médecine. L'étude de l'anatomie est complètement négligée. L'anatomie, sans laquelle il n'est ni médecine, ni chirurgie, n'occupe les élèves que pendant huit à dix mois sur quatre années. C'est dans de futiles manuels qu'ils apprennent par cœur le nombre et la situation des muscles, les divisions des artères et des nerfs, et cependant, à peine reçus docteurs, c'est pour une hernie étranglée, pour un accouchement laborieux, qu'on réclame leurs secours. Ni les mathématiques, ni la physique, qu'on va exiger maintenant avant tout, ne leur apprendront à reconnaître et à réduire une luxation, à maintenir convenablement une fracture. Toutes ces sciences sont fort bonnes, sans doute, mais elles ne sont pas indispensables, et puisqu'on s'obstine à négliger ces quatre ans d'études, il est vraiment inconcevable qu'on oblige les élèves à consacrer une grande partie de ce temps à des travaux d'un intérêt tout à fait secondaire.

C'est donc avec un grand regret que nous voyons exiger de nouveau le baccalauréat ès sciences. Par l'effet de cette nouvelle mesure, les réceptions ne seront pas beaucoup moins nombreuses, et les élèves, détournés de l'étude de l'anatomie et de l'anatomie pathologique, posséderont, encore moins que par le passé, des connaissances indispensables pour l'exercice de la médecine et de la chirurgie. (Journ. de méd. et de chir. pratiques.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ

Sur deux malades atteints de gangrène des membres inférieurs

Par le Professeur J. GUYOT (de Bordeaux)

J'ai l'intention de vous faire la clinique de ce jour sur deux malades atteints de *gangrène des membres inférieurs*.

En effet, depuis quelques mois cinq malades ont été hospitalisés dans le service pour des accidents de gangrène : il m'a paru que c'était là une occasion de traiter devant vous pareil sujet.

Le premier de ces malades est un homme de 30 ans, élevé par l'Assistance publique qui, le 1er février, a été conduit à l'hôpital par la gendarmerie de Saint-André-de-Cubzac. Il fut trouvé un matin endormi dans un fossé, où il avait passé la nuit couvert de neige. C'était un homme fatigué, au teint pâle et qui donnait l'impression d'être à bout de forces. Au moment de l'examen, il avait les extrémités froides, les deux pieds d'aspect cyanosé, insensibles à la piqûre, et cependant très douloureux.

Il fut immédiatement soigné : après désinfection des plaies on lui fit une piqûre antitétanique : L. Bazy (1) a insisté avec raison sur la nécessité de faire cette injection dans les gelures, comme dans toutes les autres plaies.

Nous avons assisté peu à peu à la transformation de son pied qui a pris l'aspect d'une gangrène sèche tout à fait typique. Actuellement, il existe un large sillon d'élimination entre le vif et le mort ; parallèlement l'état général s'est notablement amélioré.

Cet homme ne travaillait pas ; il était chômeur, cheminait de villages en villages, mangeant mal, couchant à la belle étoile ; c'est dans ces conditions qu'ayant passé la nuit dans un fossé par une nuit d'hiver, il a été atteint de gangrène des extrémités. Nous l'avons fait radiographier et la radiographie de ses artères montre, chez cet homme de 30 ans, un athérome comme on en voit chez des sujets très âgés. On constate très nettement la calcification de l'artère iliaque primitive. L'examen du sang a montré un état prononcé d'anémie, à la numération globulaire : il n'a que 3 millions 600 globules rouges.

C'est là un fait important, tandis qu'un homme jeune, vigoureux, aurait peut-être résisté ou fait une gangrène superficielle, la déficience de son état général associée à l'état déplorable de ses artères a certainement facilité l'action nocive du froid (2).

A côté de ce malade je tiens à vous en montrer un second arrivé dans le service quelques jours après le premier et chez lequel la gangrène évolue dans des conditions tout à fait différentes : c'est un homme de 79 ans, qui nous est envoyé de l'hospice des vieillards de Castelnau-du-Médoc.

(1) Louis BAZY. — *Bulletin Soc. Chirurgie*, 1935.

(2) Ce malade a été opéré successivement à droite et à gauche par mon assistant le Docteur Jean Villar : amputations économiques. Il a quitté le service au bout de trois mois avec deux bons moignons lui permettant la marche.

Son histoire se résume ainsi : il y a environ sept ou huit ans, étant à l'hospice, il a présenté des phénomènes de gangrène du membre inférieur gauche et a été soigné dans le service de mon collègue Charbonnel où on lui a fait une intervention chirurgicale économique puisqu'on lui a enlevé seulement le gros orteil.

Il est revenu à l'Asile, où il y a sept ou huit mois il a présenté de nouveau des signes de gangrène du côté opposé.

Actuellement, il est dans le service depuis quinze jours et, dès son arrivée, son état était à peu près celui dans lequel vous le voyez aujourd'hui.

C'est un homme qui répond mal aux questions, qui est fatigué, qui porte bien son âge. Si on ne lui trouve pas de lésions viscérales graves, il a tout de même à l'examen du sang 0 gr. 50 d'urée ; on n'a trouvé dans ses urines ni sucre ni albumine.

Au point de vue local, gangrène sénile bilatérale ayant tous les caractères de la gangrène sèche par momification : l'extrémité des orteils est noire, sèche et dure. En percutant sur ces orteils avec un instrument on obtient un bruit sec ; enfin en piquant avec une aiguille la peau est complètement insensible là où elle a encore son aspect normal.

Chez cet homme le diagnostic de gangrène sénile bilatérale s'impose. C'est à l'occasion de ces deux malades que je voudrais attirer votre attention sur quelques points cliniques et sur les explorations nouvelles que vous serez appelé à faire chez les malades atteints comme eux, de gangrène des membres inférieurs.

Chez cet homme nous avons recherché sa sensibilité, exploré les artères du membre, à droit comme à gauche. Dans le tiers supérieur de la cuisse et au-dessous, on ne sent aucun battement ni du côté de la fémorale, de la poplitée ou des artères tibiales antérieure ou postérieure.

D'après leurs causes les gangrènes des membres peuvent être classées en :

Gangrène par gelure. — Nous venons d'en voir un exemple tout à fait net et dans la pratique civile ces faits sont rares.

Gangrène traumatique : c'est en somme le degré le plus avancé d'une contusion qui détermine la mortalité de la peau et des plans profonds. Une autre variété de gangrène traumatique, est la gangrène qui complique les fractures. Nous avons eu il y a un mois dans le service un ouvrier tombé à la Faculté de médecine d'un échaffaudage : il nous fut apporté avec une fracture de la partie moyenne de la cuisse.

Cet homme jeune, n'ayant dans son passé rien de particulier, était atteint d'une fracture du tiers inférieur de la cuisse il avait un pied froid, blanc, présentant déjà des troubles nets de la vascularisation, nous faisant craindre que l'artère fémorale ne soit ou comprimée ou lésée par les fragments.

Après découverte des vaisseaux sectionnés et ligature il fallut recourir à une amputation et malgré le sacrifice peut-être trop tardif le malade mourut.

Leibovici (1) a rapporté l'observation plus rare d'un malade atteint de fracture de Dupuytren qui fit de la gangrène du pied. Vous devez savoir que dans la fracture de Dupuytren cet accident est exceptionnel ; tandis qu'il s'observe de temps en temps dans les fractures de cuisse, par suite de la lésion des vaisseaux fémoraux.

Gangrène par intoxication. — Nous ne devrions presque plus en parler et cependant les gangrènes par ergotisme, s'observent encore puisque nous trouvons dans la *Presse*

(1) LEIBOVICI. — *Bull. Soc. Chir.*, 1933.

Médicale, l'observation de Roch (de Genève) (1), que je vous résume :

Cet auteur fut appelé auprès d'une jeune femme qui perdait du sang, avait une température élevée. Cette malade soignée par un médecin avait suivi un traitement banal de gynergène (tartrate d'ergotamine) à la dose tout à fait normale de XX gouttes par jour pendant quatre ou cinq jours. Cette femme arriva à l'hôpital avec des signes de gangrène des extrémités.

Ces cas sont peu connus en France, mais d'après cet auteur le nombreux cas analogues sont relatés dans la littérature allemande où l'on a plusieurs fois signalé les dangers de l'ergotine, même à dose normale. C'est là une notion que je vous donne en passant et qui pourra vous être utile au cours de votre pratique.

La *gangrène diabétique*, donne lieu à un type tout différent. C'est la *gangrène humide* avec tuméfaction envahissante du membre, œdème, rougeurs et suintement fétide. C'est là une forme classique qui ne nous retiendra pas.

Il nous reste à discuter les deux grandes causes de la *gangrène des vieillards* ; *gangrène par embolie* ou *gangrène par artérite*.

La *gangrène par embolie* se voit aussi chez des femmes jeunes ayant une affection mitrale.

Vous en verrez d'autres cas encore dans le cours des pneumonies. Ce sont des embolies septiques qui déterminent des gangrènes des membres. Charbonnel et Ferrau en ont rapporté un cas au cours de la fièvre typhoïde.

Ce qu'il faut que vous sachiez, c'est que l'embolie peut être le premier signe d'un anévrisme méconnu. J'ai tout présent à la mémoire un malade de mon service, gardien sur les quais qui fut pris brusquement, à 2 heures du matin, d'une douleur violente au niveau du membre inférieur droit, il se mit à crier pour appeler au secours ; les agents le conduisirent à l'hôpital. Il était porteur d'un anévrisme fémoro-poplité d'où s'étaient détachés des caillots qui avaient brusquement oblitéré les vaisseaux sous-jacents.

Le diagnostic est en pareil cas facile à faire. Il y a début brusque, douleur violente, impotence fonctionnelle brutale, refroidissement, cyanose et insensibilité du pied au niveau duquel, on assiste à l'évolution fatale d'une gangrène sèche.

Chez notre second malade, il s'agit d'une *thrombose artérielle* du vieillard ; le même processus atteint quelquefois les jeunes : c'est alors la maladie de Burger, affection fréquente chez les Israélites et surtout chez les Juifs russes.

Chez cet homme, nous nous trouvons devant un cas de gangrène par artérite : nous savons que ces malades sont souvent des syphilitiques. Ici, les recherches ont été négatives ; il s'agit d'une artérite sénile banale chez un homme de 79 ans.

Tout l'intérêt de ce malade consiste à faire chez lui le diagnostic de l'artère qui est oblitérée et de savoir, ce qui est peut-être plus important, l'état des vaisseaux au-dessous de l'obstacle. Ces vaisseaux situés au-dessous peuvent être : 1° *oblitérés*, 2° ils sont quelquefois le siège de *spasme*, 3° ils peuvent enfin présenter des signes d'*angéite*. Ce sont ces trois conditions différentes que vous devez rechercher lorsque vous êtes en présence d'un malade atteint de gangrène.

Les explorations à faire sont :

1° Des *tests essentiels* : le Moscowitz, l'oscillométrie et l'artériographie.

2° Des *tests accessoires* de Aldrich, Mac Clure, de Babinsky de L. Bazy-Alajouanine, et le test vaso-moteur épreuve de l'acéthylcholine.

3° Le *test de Babinski*, épreuve du bain chaud, dont l'action favorable traduit l'existence de spasme associé à l'oblitération artérielle ; cette exploration ne doit pas être faite quand on soupçonne de l'inflammation des vaisseaux.

Quant au *test de Bazy-Alajouanine* il consiste à injecter une ou deux gouttes d'adrénaline intradermique provoquant un placard qui vous donnera une notion utile sur l'état de la vaso-motricité.

Vous pourrez utiliser aussi les sédatifs : l'opium, qui dans le spasme jouent un rôle indéniable. Le contrôle oscillométrique avant et après l'administration de ce médicament permet de savoir s'il y a ou s'il n'y a pas de vasoconstriction.

L'épreuve de l'hydropisie des tissus dite épreuve d'Aldrich et Mac Clure consiste à injecter sous la peau une goutte de sérum artificiel, du côté malade vous faites de l'autre côté la même chose : le retard de la résorption renseigne sur les conditions physio-pathologiques dans lesquelles se fait la circulation du membre.

Les trois épreuves essentielles qu'il faut toujours faire chez ces malades, ce sont : l'*épreuve de Moscovicz*, l'*épreuve du Pachon* et l'*artériographie* dont j'ai l'intention de vous parler en raison de l'importance des renseignements qu'elle donne et aussi les dangers auxquels elle peut exposer.

Le Moscovicz consiste à appliquer à la racine du membre un lien qui comprimant les vaisseaux arrête momentanément la circulation ; après avoir élevé le membre, enlevant brusquement le lien on assiste au retour de la vague vasculaire, qui chez un malade atteint de gangrène, s'arrête à un certain point. On note soigneusement ce point qui donne chez ces malades une notion importante.

Le Moscovicz est une épreuve connue depuis longtemps. L'oscillométrie lui a valu un injuste discrédit dont on revient actuellement. On avait dit qu'en comprimant les vaisseaux chez des malades dont la circulation était défectueuse on pouvait causer des accidents. En réalité, c'est une épreuve très utile qui vient s'ajouter aux renseignements que peuvent vous donner les autres méthodes.

Je vous signale *la raie de Cosacesco* qu'on recherche en faisant sur le membre malade et sur le membre sain avec un stylo ou une sonde cannelée, une raie de haut en bas ; vous assistez alors à l'apparition de la raie vaso-motrice normale du côté sain tandis qu'elle ne se produit pas là où la circulation se fait mal.

L'oscillométrie est une très précieuse épreuve d'exploration dans les cas de gangrène. J'ai quelque orgueil à reconnaître que c'est dans mon service de l'hôpital Saint-André que nous avons, les premiers en France, avec Jeanneney, appliqué l'oscillométrie aux gangrènes des membres inférieurs ; cette méthode de Pachon est depuis devenue classique : « l'indice oscillométrique étant le critérium de la vitalité des tissus ». Après cette exploration, le chirurgien peut amputer en toute quiétude : il est sûr de n'avoir pas de gangrène.

La dernière méthode, l'*artériographie* (1) a, en ce moment la faveur générale. C'est une méthode merveilleuse qui dérive indirectement de la découverte géniale de Sicard, qui avec la collaboration de Lafay a créé une méthode qui a pris une extension considérable en médecine et en chirurgie. Sicard et Lafay ont les premiers essayé d'injecter du lipiodol dans les artères comme ils ont été les premiers à l'appli-

(1) Roch (de Genève). — Ergotisme gangréneux. *Presse Médicale*, 1935.

(1) Leibovici. — *Journal de Chirurgie*, 1929.
Fontaine et Maitre. — *Journal de Chirurgie*, 1934.

quer à l'exploration des espaces sous-arachnoïdiens et des bronches, etc... Mais cette technique n'a pas donné les résultats escomptés dans l'artériographie, car le lipiodol est un liquide visqueux, qui s'accumule dans les capillaires et est susceptible par sa présence d'aggraver les troubles de la circulation.

Après Sicard ceux qui ont fait les premières artériographies sont des Américains, mais la méthode n'est devenue vraiment pratique et n'a été généralisée que du jour où deux auteurs, Dos Santos et Egas-Moniz (de Lisbonne) en ont précisé la technique. En France mes collègues, Charbonnel et Massé (1) ont été des premiers a étudier cette méthode avec une prudence, une patience qui fait honneur à notre école bordelaise.

Ces multiples tentatives ont amené les auteurs à abandonner le lipiodol et à employer des produits iodés : le ténébryl et l'iodure de sodium avec lequel on a fait de nombreuses artériographies. On l'a employé à deux doses : les premières doses indiquées étaient excessives, à 100 %. C'est en partie grâce à mes collègues bordelais que la solution à 25 % paraît être celle qui est couramment utilisée.

Le lipiodol a donné lieu à de nombreux accidents. Actuellement il est abandonné, comme on a abandonné ensuite tous les autres produits iodés. Les produits dont on se sert aujourd'hui sont à base de thorium : bioxyde de thorium. C'est le *thorotrast*, produit allemand de la maison Heyden, de Dresde, que l'on trouve dans tous les pays ; c'est enfin, un produit français, le *collothor* utilisé dans les hôpitaux de Paris mais qui a donné lieu aussi à quelques méfaits.

En quoi consiste cette méthode ?

En deux mots la technique consiste à introduire le liquide sous pression, car ce liquide se dilue très vite dans le courant sanguin ; on n'aurait pas le temps de faire la radiographie si on ne l'injectait pas avec une pression importante (appareillage Dos Santos).

Cette méthode a des inconvénients qui ont été rapportés à la Société de Chirurgie depuis que Leveuf (2) a eu le courage d'y publier une observation dont le résultat fut désastreux.

Ses inconvénients, les plus graves sont dus à une aggravation immédiate de la gangrène. Voici le résumé du cas présenté à la Société de chirurgie par Lambret (de Lille) (3).

Malade atteint de gangrène sénile, un seul orteil noir, après l'injection de thorostrast le membre devient froid dans toute son étendue ; la gangrène s'établit instantanément non seulement dans la partie sous-jacente à l'injection, mais même remonte sur la paroi abdominale, c'est-à-dire plus haut que le niveau où l'on a fait l'injection.

Le résultat dans ces cas est la mort, à moins qu'une amputation haute et précoce ait permis de sauver le malade. On a rapporté trois cas mortels dus au thorotrast qui paraît être cependant la forme la moins dangereuse de ce produit : ce sont les cas de Leriche, de Lambret et de Wertheimer.

Ces inconvénients montrent qu'il s'agit d'une exploration délicate qu'il ne faut pas employer à tort et à travers, mais qui ne sauraient condamner une méthode précieuse comme l'*artériographie* qui a déjà rendu en pratique des services considérables.

Quels sont ces services ? L'artériographie seule vous donne une image, nette, précise du *siège* de l'obstacle dans l'artère principale en vous renseignant sur l'état de la circulation au-dessous. C'est l'artériographie enfin qui nous a appris que dans les anévrismes des membres, les artères étaient souvent malades au-dessus, bien au-dessus de l'anévrisme, ce que l'on était loin de soupçonner. Cette nouvelle méthode nous a appris l'existence des *artérites segmentaires* et nous a aussi donné ce que Leriche appelle le *signe de Fontaine*, syndrome d'artérite sénile qui consiste en ce que les artères séniles sont tortueuses, dilatées, tandis que dans l'artérite juvénile elles sont toutes petites, étroites, contracturées.

Ce sont là des renseignements dont vous comprenez l'importance.

La discussion récente de la Société de chirurgie a bien montré que l'artériographie constitue un progrès réel qui comporte cependant un danger.

Je vous signale l'observation de Huet rapportant un cas observé dans le service de Gosset : sur une opérée d'obstruction intestinale, on fit une injection de sérum hypertonique intraveineux par le fait d'une lamentable erreur l'injection fut faite dans l'artère. L'on vit se produire instantanément comme avec le thorotrast : une gangrène massive du membre nécessitant l'amputation.

Le point important, pour vous est de savoir dans quels cas il y a contre-indication à recourir à l'artériographie.

La question n'est certainement pas au point : elle est encore à l'étude. Il y a deux contre-indications que tous les auteurs reconnaissent : pas d'artériographie chez les malades qui ont des *spasmes* vasculaires-type maladie de Raynaud ; enfin cette méthode est encore à rejeter dans les *infections*.

En dehors de ces cas, il faut être prudent dans l'usage d'une méthode susceptible de donner des renseignements utiles que, seule, elle peut donner. Chez quelques malades elle n'apporte aucun renseignement que l'oscillométrie ou le Moscoviez n'ait déjà fourni ; dans ces cas, c'est une faute lourde que d'y recourir en exposant à une gangrène massive un sujet qui est atteint d'une gangrène limitée.

Je dois à mon ami Massé quelques radiographies typiques : vous voyez sur cette épreuve l'artériographie des artères du pied chez un sujet dont la circulation est normale.

Sur cet autre cliché on ne voit presque plus de vaisseaux. Il y a évidemment là une différence considérable qui vous montre que dans un cas la circulation se fait bien tandis que dans l'autre elle ne se fait plus.

Vous voyez sur cette épreuve un arrêt complet de la circulation dans l'artère principale, rien au-dessous, les troncs artériels et les collatérales, ne sont pas injectés et vous comprenez combien cette notion est importante au point de vue du niveau de l'amputation. Ce cliché offre un grand intérêt parce qu'il vous montre non seulement le point précis où l'artère est obstruée mais il vous montre aussi l'absence de circulation collatérale. Voici un cas dans lequel on voit le tronc principal oblitéré au niveau de la fémorale avec une circulation collatérale qui existe jusqu'à la partie moyenne de la jambe. Vous comprenez par ces exemples que l'artériographie apporte au chirurgien, à l'heure de l'amputation, des précisions que les autres méthodes ne peuvent lui donner.

Traitement des gangrènes. — Il y a un traitement médical de la période prémonitoire de la gangrène.

Le traitement des gangrènes diabétiques comporte la collaboration médico-chirurgicale telle qu'elle fonctionne à Paris dans les services de Labbé et de Fredet (1) : dès qu'un diabétique atteint de gangrène, entre dans le service de chirurgie c'est le service médical qui étudie le malade au

(1) CHARBONNEL et MASSÉ. — *Bullet. Soc. Chirurgie*, Paris, 1929.
(2) LEVEUF. — *Bullet. Soc. Chirurgie*, 1935.
(3) LAMBRET. — *Bullet. Soc. Chirurgie*, 1935.

(1) LABBÉ. — *Presse Médicale*, 1931.

point de vue du régime et des doses d'insuline à donner. La décision thérapeutique est prise en collaboration.

Le traitement médical comporte l'emploi de tous les antispasmodiques, l'acéthylcholine à la dose de 0 gr. 40 centigrammes est très employée et est utile tout à fait au début ainsi que les séances d'air chaud.

Quand la gangrène est arrivée à sa période d'état, c'est le traitement chirurgical qui doit être envisagé. Ce traitement comporte un certain nombre d'opérations ; parmi celles-ci, à mon avis, il y a en a un certain nombre qu'il y a lieu d'éliminer dans le cas que nous étudions.

D'abord, les *interventions sur les surrénales* proposées et étudiées par von Oppel et par Leriche. Vous savez que les surrénales sont le réservoir de l'adrénaline, en supprimant une surrénale ou en la détruisant par la radiothérapie on peut espérer favoriser la circulation périphérique. La question est à l'étude : chez cet homme de 79 ans, je considère cette opération comme peu indiquée.

Les *anastomoses artério-veineuses* ont été étudiées par Roussel (1). Elles n'ont pas réalisé les espérances qu'elles avaient fait naître.

L'*embolectomie* consiste dans l'incision de l'artère, l'ablation du caillot suivie de la suture artérielle. Cette opération doit être réservée aux malades qui font une embolie et dans ces cas il faut opérer sans perdre de temps. Dans ces conditions l'embolectomie a donné des guérisons. La tendance actuelle est de donner la préférence à l'artériectomie, parce que tous les examens anatomo-pathologiques ont montré des lésions de l'endartère et de la tunique élastique moyenne qui entraînent après l'ablation du caillot une nouvelle coagulation du sang à ce niveau. Leriche a dit un mot qui est vrai : « *Une artère bouchée n'est plus une artère, c'est un nerf sympathique malade qui réagit par des réflexes sur la circulation périphérique* ». Les bons résultats de l'artériectomie sont là pour souligner l'importance de cette notion qui n'est peut-être pas encore admise par tout le monde.

La sympathectomie a été étudiée dans l'excellent rapport de Leriche (2) quant à ses indications et ses résultats dans la gangrène des membres inférieurs. Ses conclusions sont : que la sympathectomie agit surtout sur les *douleurs prémonitoires* qui précèdent quelquefois d'un an, de deux ans, la gangrène. Dans ces cas, la sympathectomie est très utile, mais elle n'agit pas quand la gangrène est déclarée. *L'artériectomie*, a comme indication l'arrêt du sang dans une artère principale avec développement sous-jacent des collatérales. Dans un cas comme celui-ci, c'est-à-dire avec une oblitération artérielle et sans circulation collatérale, l'artériectomie serait une erreur thérapeutique.

La question qui se pose chez notre malade est la suivante ? Faut-il ou ne faut-il pas amputer ?

S'il faut amputer, à quel niveau ? chez ce malade qui fait, en somme, de la gangrène bilatérale, avec un second côté plus malade que le premier qui est momentanément guéri, nous nous trouvons en présence de cette situation : faut-il lui laisser éliminer l'extrémité de son membre ou devons-nous faire une amputation ? Ici, c'est l'état général du malade qui répondra. Quand il est arrivé, j'ai eu l'impression qu'il ne fallait pas l'opérer, c'était un homme fatigué ayant la langue sèche, urinant peu, nous avons décidé « de ne pas l'amputer ». On l'a doppé, remonté ; aujourd'hui avec un état général meilleur : la question d'amputation doit se poser.

Où faut-il amputer ? Demons dans la thèse de Rocher, avait établi une règle clinique qui a servi pendant longtemps de ligne de conduite au chirurgien. « Dans la gangrène des orteils et de l'avant-pied, amputation de la jambe au tiers inférieur ; dans la gangrène portant sur la région moyenne du pied, amputation deja mbe au tiers supérieur. Dans la gangrène du pied, amputation de cuisse ». Formule simpliste sans doute mais combien utile qui a rendu des services aux chirurgiens alors qu'on n'avait pas les moyens d'exploration que nous possédons actuellement.

Aujourd'hui c'est l'artériographie et l'oscillométrie qu'il faut associer au Moscovicz car l'oscillométrie vous renseigne *sur l'état de l'artère principale du membre* et le Moscovicz, plus précis que l'oscillométrie, sur la *circulation périphérique* par les collatérales. Vous comprenez qu'avant de faire une amputation on doit examiner un malade très attentivement Dans ces cas l'artériographie, avec les améliorations possibles à toute méthode nouvelle ouvre pour l'avenir une voie pleine d'espérances dans le diagnostic plus précis des gangrènes des membres.

En présence du malade qui fait l'objet de cette clinique, il faut en arriver à la formule *du tout ou rien*. Cet homme a une gangrène assez limitée, nous lui ferons une amputation de cuisse ou nous ne lui ferons rien (1). Il faut appliquer ici la formule de Demons qui nous donne toutes chances d'éviter la gangrène du lambeau.

Un dernier point, depuis de nombreuses années je fais l'amputation de cuisse à deux lambeaux qui peut être pratiqué en quelques minutes et m'a toujours donné d'excellents résultats. Chez les vieillards il y a des cas dans lesquels les lambeaux ne saignent pas ; dans ces cas, suturez sur un drain mis de part en part : les plaies se réunissent par première intention.

Vous devez savoir que, du fait qu'un lambeau ne saigne pas, cela ne doit pas vous inciter à faire une opération plus haute que peut-être la malade ne supporterait pas.

Un mot au sujet du pronostic : la gangrène des membres est une affection grave ; la gangrène sénile surtout, parce que ces malades sont des tarés qui ont des organes (cœur, poumons, foie, reins) en mauvais état.

La gangrène sénile frappe souvent et successivement un membre après l'autre ; il vous arrivera d'avoir à amputer de cuisse un malheureux amputé déjà deux ou trois ans avant du côté opposé. C'est le cas de ce dernier malade qui est dans le service depuis plusieurs mois : il a subi une double amputation de cuisse pour gangrène sénile des deux membres inférieurs (*figure*).

(1) Roussel (de Bruxelles). — *Journal de Chirurgie*, 1920.
(2) Leriche. — *Congrès de chirurgie*, 1927.

(1) Le malade a subi avec succès une amputation de cuisse au tiers inférieur.

« C'est parce que l'endocrinologie est une science toute jeune que sa partie chirurgicale est si difficile à aborder. Plus que jamais c'est à l'intelligence du chirurgien, à la fois physiologiste et clinicien qu'il faut ici faire appel. La *technique* est peu de chose, toute la difficulté gît dans le choix des malades à opérer, et des opérations à utiliser, en un mot des *indications.* » (Jeanneney, Introd. à l'étude de la chir. endocrinienne. *Journ. intern. de chirurgie*, mai-juin 1936).

« Dans mon enfance, on voyait sur les champs de foire de grandes voitures avec dorures, glaces et orchestre, du haut desquelles un charlatan vendait quelque baume, pommade ou elixir. Les charlatans qui faisaient ce commerce ont disparu. Les grands journaux les ont remplacés. C'est-à-dire non, ils ne les ont pas remplacés. Ils n'ont remplacé seulement que l'orchestre et la carriole dorée. Les charlatans existent toujours. » (J. Crinon. — *L'Informateur Médical*, 31 mai 1936.)

VARIÉTÉS

Le médecin malade

Par J. LAFONT (Clermont-Ferrand)

Une fois sur deux, le médecin est inutile, car il n'aperçoit que les apparences. C'est ce qu'on ne voit pas qu'il devrait surtout connaître. (E. ESTAUNIE.)

Bien que le médecin évolue avec aisance et facilité dans le champ d'action des microbes, il n'arrive pas nécessairement à leur échapper toute sa vie ; comme il mène une existence pénible, court les routes au lieu de faire la sieste dans un bureau, déjeune en vitesse et en oubliant qu'il doit déjeuner et ne dort que lorsque ses clients le lui permettent, il finit par s'user autant et plus qu'un autre. Contagion et surmenage sont naturellement deux dangers, contre lesquels il se prémunit par l'application automatique de quelques règles d'hygiène très simples et surtout par l'optimisme que donne l'habitude du péril quotidien.

Voici donc que le médecin est tombé malade et a pris la place de son partenaire habituel ; il est dans la situation d'un juge qui serait conduit en prison et se dirait que c'est une manière comme une autre de faire du reportage professionnel vécu.

Les jours de lit forcé ou de réclusion involontaire à la chambre sont-ils perdus ? Oui, s'ils se passent à pester contre le sort ; non, s'ils s'écoulent à réfléchir et à étudier le cas. La maladie du médecin peut et doit être pour lui féconde en enseignements. Il a tout le loisir de rassembler ses souvenirs pour arriver à une anamnèse qui se tienne, de s'étudier et de se demander ce qu'il a. Il analyse les troubles qu'il ressent, au lieu de les enregistrer d'une oreille distraite ; il groupe les symptômes, les réunit en gerbe, constate le sans-gêne du symptôme accessoire qui prend la place d'honneur et l'absence du symptôme cardinal qui s'est esquivé à l'anglaise ; il fait un diagnostic, son diagnostic, faux ou juste. Enfin il s'adresse, soit par nécessité, soit par passe-temps, à un de ses amis qui, suivant son humeur ou son caractère, le traitera en malade ou en médecin.

Dans le premier cas ce sera une agréable occasion de boire chaud quand on a la fièvre, de cuire sous les sinapismes, de gonfler sous les ventouses, d'ingurgiter des drogues nauséabondes, de garder le silence quand on aurait envie de parler, de vivre au ralenti quand on voudrait s'agiter quelque peu et de rester fermé quand il fait si bon dehors ; chacun aura du reste un sort différent ; l'un passera sur le billard, l'autre sera mis à la diète ; ils n'en seront peut-être pas victimes, ni bénéficiaires d'ailleurs : mais ils en souffriront physiquement et surtout moralement, car la maladie est toujours une déchéance et plus particulièrement pour celui dont le rôle est de la combattre.

Dans le second cas le médecin malade est traité en ami, c'est-à-dire que le confrère engage une conversation animée sur n'importe quel sujet, à la condition unique et expresse qu'il ne s'agisse ni de l'égrotant, ni de son affection ; l'auto et la T. S. F. sont particulièrement indiquées, en ce sens qu'elles permettent des dissertations et des variations sans danger pour les méninges.

L'infortuné médecin malade donne à cette occasion la mesure de sa foi ou de son scepticisme thérapeutiques ; tel se traite comme un cheval ; tel autre laisse agir la nature, qui, espère-t-il, lui rendra d'une main ce qu'elle lui a retiré de l'autre.

Si la maladie du médecin est une épreuve, elle est, semble-t-il, d'un grand enseignement ; elle lui permet de se mettre dans la peau d'un de ses clients, d'avoir des sensations nouvelles, quelquefois des idées neuves, et de voir « ce qu'on ne voit pas ». C'est pourquoi nous avons cherché à réunir quelques auto-observations, montrant tout le parti qu'on en peut tirer pour son instruction personnelle.

Nous avons demandé à quelques confrères, dont nous connaissons et apprécions la formation professionnelle et intellectuelle, de nous donner un récit simple et sincère d'une ou de plusieurs de leurs maladies ; bien que considérant dans l'ensemble cette tâche comme un pensum, ils s'en sont acquittés avec une parfaite bonne grâce et nous ont envoyé des récits colorés et vivants.

Nous transcrivons ces auto-observations en regrettant d'avoir été obligé de les élaguer pour les réduire en quelque sorte au même dénominateur. Que de réflexions amusantes, que de comparaisons ingénieuses, que d'aperçus profonds nous avons dû, à contre-cœur, supprimer. Nous nous en excusons en invoquant la nécessité d'obtenir un certain degré d'homogénéité.

Nous avons également à nous excuser d'avoir participé à la tâche commune, mais nous aurions eu scrupule d'échapper à la punition collective.

Pour des raisons personnelles, faciles à comprendre, certaines de ces observations ne sont pas signées ; nous en garantissons néanmoins l'authenticité.

Voici maintenant les maladies telles que les ont vécues nos correspondants, ou plus exactement telles qu'ils se rappellent les avoir vécues. Quelles qu'en soient les péripéties, gaies ou dramatiques, tout se terminera bien, à l'instar des mémoires et des cinéromans.

***

Commentaires sur un diagnostic radiologique

OBSERVATION I (J. S). — Agé actuellement de 42 ans, j'ai l'occasion depuis treize ans environ de radiographier fréquemment mes propres poumons pour les besoins de la technique.

Depuis treize ans aussi j'y constate deux foyers ou, disons mieux, deux reliquats de foyers, qui peuvent se décrire de la façon suivante :

Dans la base droite se trouve une petite tache très noire, reliée au hile par plusieurs autres taches plus petites, mais tout aussi noires. En plein hile on en trouve encore une. Il s'agit donc là, à n'en pas douter, des traces de l'accident primitif, c'est-à-dire des cicatrices crétacées et calcaires d'un foyer qui évolua favorablement lorsque j'étais nourrisson ou plus probablement petit bébé. Rien, dans tout ce que je me suis fait raconter sur mon enfance, ne permet évidemment de situer cliniquement cet accident. Il s'est développé comme tous ses semblables, silencieusement, et ce qui en reste aujourd'hui c'est-à-dire le foyer parenchymateux calcifié ainsi que la chaîne des ganglions correspondants, se nomme le complexe primaire.

D'autre part, dans le sommet gauche, ou plus exactement dans la région sous-apicale gauche (au lieu d'élection des cavernes !) se trouve un foyer de trois centimètres de long en forme de haricot. Il n'est pas noir comme ceux du poumon droit, mais gris, un peu flou et mal limité. Il y a treize ans, lorsque je l'ai vu pour la première fois, je n'étais pas très rassuré ; puis, voyant qu'année après année il restait là, fixe, immobile et inchangé, j'ai compris qu'il ne nourrissait à mon égard aucune mauvaise intention... J'ai cherché dans ma mémoire et j'ai trouvé ceci :

A l'âge de 18 ans j'avais toussé, non pas durant quelques semaines à la suite d'une grippe ou d'un rhume, mais bel et bien pendant un an et demi, d'une toux coqueluchoïde, spasmodique et rebelle, qui avait commencé d'un jour à l'autre et sans raison apparente. Il n'y avait ni fièvre ni expectoration. Il n'y avait que de la toux.

Personne ne sut quelle étiquette mettre sur cette maladie là. L'auscultation ne décelait évidemment rien... et nous comprenons tous aujourd'hui pourquoi. La radioscopie ne montrait que les traces de l'accident primitif déjà calcifié à ce moment-là, et, faute de mieux, on pensa que peut-être ce foyer-là irritait un quelconque nerf, soit par lui-même, soit au moyen de la chaîne de ses ganglions. D'ailleurs les choses en restèrent là ; la toux cessa un beau jour et depuis ce moment, c'est-à-dire depuis vingt-deux ans, mes poumons ne font plus parler d'eux.

Y a-t-il une conclusion à cette petite histoire ? J'en vois même plusieurs.

Tout d'abord elle contribuera à faire souvenir que l'on ne peut pas s'aventurer dans le dépistage de la tuberculose au début sans radiographie.

Elle peut servir à montrer ensuite que nous tous, spécialistes et praticiens, devons contempler les fautes des autres avec indulgence et sans sourire... Car, à tout prendre, sommes-nous jamais parfaitement sûrs nous-mêmes d'un diagnostic ? Dans ce coup d'œil rétrospectit, suis-je certain moi-même de ne pas me tromper ? Le foyer, qui était actif à l'âge de 18 ans, était à n'en pas douter, l'infiltrat sous-apical. Mais qui sait si l'accident primitif ne fit pas à ce même moment un réveil partiel ? Car enfin, théoriquement, une toux spasmodique de dix-huit mois est plus facile à expliquer (grâce au voisinage du phrénique) par la présence d'un foyer pluri-ganglionnaire juxta-hilaire comme celui de droite que par un unique infiltrat éloigné du hile comme celui du sommet gauche,

Enfin, quoi qu'il en soit de ce dernier point, nous dirons pour terminer que si, Dieu merci, l'accident primitif tourne le plus souvent court, sans faire de symptômes, le foyer sous-apical de l'adolescence, malgré sa réputation bien plus mauvaise, connait aussi — nous le voyons — des évolutions bénignes. Mais comme elles se déroulent généralement sous le couvert d'une fausse étiquette, nous n'en connaissons hélas ! pas la proportion rassurante.

***

Un diagnostic de longue haleine (1925-1934)

Observation II (G. Huguet, de Saint-Pourçain-sur-Sioule). — Ecrire sa propre observation n'est pas chose aisée. Faire un relevé, soi-disant objectif, des dates et des symptômes observés, ne donne qu'un tableau sans relief ni perspective, duquel nul enseignement ne peut être retenu.

Donc, pour pouvoir, suivant le conseil de Faisans « orienter mon observation », j'ai été amené à la prendre à reculons et à appliquer le procédé géométrique fréquent : « Supposons d'abord le problème résolu ». Je commence par les constatations autopsiques si j'ose dire : J'ai été opéré en mars 1934, d'un calcul vésiculaire repéré à la radio, engagé dans le cystique et trop gros pour passer, cherchant la perforation. Un paquet d'adhérences bloquant le tout. Le drainage de la vésicule a donné un résultat admirable et je me suis cru guéri jusqu'à ce que, six mois après, à la suite, je crois, d'une saison à Vichy, les crises douloureuses aient recommencé.

En juin 1935, après constatation d'une quasi imperméabilité du pylore ou du duodénum, Mouriquand m'a fait une gastro-entérostomie et depuis tout est rentré dans un ordre presque normal.

Ce qui précède, c'est le certain ; or l'incertain avait débuté brutalement en novembre 1925 par une crise douloureuse impossible à localiser à la main : épigastre douloureux sans plus, avec de temps en temps, douleur paravertébrale ; à la radio, spasme pylorique, vésicule douteuse ; malgré le régime, aucun répit, et je pensais me faire opérer lorsqu'un excès de table remit tout en place après sept mois de crise. Les heures douloureuses avaient été 11 heures, 17 heures et 24 heures ou 1 heure du matin, le diagnostic probable, ulcère du duodénum. Comme traitement, régime, bismuth.

Quelques mois après, nouvelles crises douloureuses, dans l'hypochondre, et nettement sous-hépatiques ; quelques vomissements et intolérance gastrique intermittente, douleurs dans l'épaule droite. A la radio, vésicule présentant une ombre douteuse et spasme pylorique. On fit le diagnostic de calcul probable, le traitement fut : opothérapie biliaire qui redoublait les douleurs, saison de Vichy qui donna un paroxysme, après lesquels dix-huit mois de calme firent croire que la partie était gagnée. Puis nouvelle crise douloureuse avec crise colique, spasme intestinal, constipation opiniâtre, quelques rares vomissements.

A la radio, périviscérite probable du carrefour, vésicule un peu grosse, pylore à peu près perméable. Diagnostic probable : colite transverse d'origine extrinsèque.

Puis brusquement période de calme, sans qu'aucun traitement soit intervenu.

A partir de Pâques 1932 et sans raison apparente, reprise des douleurs et mélange de tous les syndromes déjà ressentis, deux jours l'un, trois jours l'autre, etc., et avec une telle chute de l'état général que l'idée cancer commença à s'imposer, appuyée sur des apparences qui n'échappaient ni à mes confrères ni à moi.

Cependant le temps passait et les différents syndromes se fondaient peu à peu dans un syndrome très pur de sténose pylorique que la radio confirma en mars 1934.

Mais en même temps apparaissait splendidement sur le cliché un calcul de la grosseur d'un œuf de pigeon. Dès lors une partie de la sténose pouvait être considérée comme spasmodique et l'intervention première était cholécystostomie ; ainsi fut fait par Mouriquand.

Mais l'enlèvement du calcul n'avait pas arrêté la périviscérite qui se remit à évoluer et redonna un syndrome de sténose pylorique, mécanique cette fois. D'où deuxième intervention et très grosse amélioration.

Ainsi vues les choses, il peut paraître curieux qu'il ait fallu neuf ans pour faire un diagnostic précis, neuf ans au bout desquels c'est l'état de déchéance où j'étais arrivé qui a décidé l'intervention.

Quelles peuvent être les raisons de cette imprécision ? D'abord, je pense, la pureté des différents syndromes

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Le traitement des vomissements des nourrissons, par le Docteur H. Grenet. Un volume grand in-8 de 56 pages : 12 francs. (Collection « Les Thérapeutiques nouvelles », dirigée par le Professeur Rathery. Bailière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

L'auteur a traité ce sujet avec autorité et sa leçon sera lue avec intérêt non seulement par tous les médecins, mais aussi par toutes les personnes attachées aux services hospitaliers créés pour l'enfance.

Voici du reste la table des matières de ce volume :

1. Vomissements épisodiques au cours d'une affection aiguë. II. Les vomissements en dehors de toute maladie aiguë. Caractères généraux des vomissements. La sténose congénitale du pylore. Autres anomalies du tube digestif. Les causes communes des vomissements chez le nourrisson. Nécessité d'alimenter suffisamment les nourrissons vomisseurs. Les fautes de diététique. Le syndrome des vomissements habituels. Les vomissements anaphylactiques. Vomissements influencés par la position de l'enfant. Vomissements périodiques avec acétonémie.

Etude des principales médications. I. Diététique. II. Les médicaments. III. Traitements physiques. IV. Traitements biologiques. V. Traitement de l'état constitutionnel et de la maladie causale. Quelques exemples particuliers.

Les tachycardies et leur traitement, par le Docteur Antonin Clerc. Un volume grand in-8 de 88 pages avec figures, 12 francs. (Collection Les Thérapeutiques nouvelles). Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

L'auteur admet schématiquement, deux grandes catégories de tachycardie, selon que la tachycardie représente un symptôme associé à d'autres, ou bien qu'elle est intense et prédominante, au point de constituer par elle-même une véritable maladie.

Après un bref résumé clinique et après avoir considéré l'état véritablement pathologique des tachycardies, l'auteur termine son exposé par les traitements thérapeutiques.

Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses, par Egas Moniz, professeur de neurologie à la Faculté de Lisbonne. Un volume de 374 pages, 40 francs, Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre est un rapport sur les tentatives faites par l'auteur pour arriver à un traitement opératoire de certains troubles psychiques.

Le Professeur Egas Moniz expose d'abord les idées théoriques qui l'ont conduit à cette orientation opératoire pour le traitement de certaines psychoses, il présente des réserves et dégage les principes fondamentaux des résultats obtenus.

Après ces considérations théoriques basées sur des faits anatomiques, physiologiques et cliniques, il expose les cas observés, il décrit l'état des malades dès leur arrivée, leur examen en vue d'établir le diagnostic l'intervention chirurgicale et les suites opératoires.

L'ouvrage se termine par une étude d'ensemble qui conduit à certaines conclusions.

Divers

Revue des cours et conférences Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Le n° 4 fr. 50. Ab. France, un an : 60 francs. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 30 juillet : E. Tonnelat : Le romantisme politique en Allemagne après 1812 (VI) : Görres théoricien. — J.-R. Carré : Spinoza (IV) : La religion de Spinoza. — E. Kohler : L'art dramatique de Lope de Vega (III) : Les drames historiques. — J. Segond : La signification de la tragédie (VIII) : L'essence du tragique.— P. Yvon : Les crises de la morale et de la moralité dans l'histoire de la civilisation et (de la littérature des pays anglo-saxons (V) : L'équilibre moral réalisé 1750-1760). — G. Michaut : La Bruyère (XII) : L'art de La Bruyère.

Maïmonide. **Traité des Poisons**, avec une table alphabétique des noms pharmaceutiques arabes et hébreux d'après le Traité des synonymes de M. Clément-Mullet. Trad. française par le Docteur L.-M. Rabbinowicz, 1 vol. 20 francs. Librairie Lipschutz, 4, place de l'Odéon, Paris.

Traduction sur la version hébraïque en consultant le texte arabe.

Le Prisonnier (Roman), par Claude Aveline. Un volume in-16 jésus de 300 pages, 15 francs. Editions Emile-Paul frères, 14, rue de l'Abbaye, Paris (VIe).

La Vie de Philippe Denis, par Claude Aveline, doit comporter trois parties, de deux volumes chacune. Les deux volumes de la première partie, *Madame Maillart* et *La Fin de Madame Maillart* ont été publiés en 1930 et nous verrons, bientôt sans doute, en paraître la suite. Aujourd'hui, Claude Aveline nous donne un roman « en marge » de cette série. *Le Prisonnier* est une confession adressée à Philippe Denis par un de ses anciens camarades de lycée. Un grand livre.


MEDICAMENTA VERA
P.D. & Co.


METATONE
TONIQUE GÉNÉRAL
PARKE, DAVIS
LONDRES
METATONE
TONIQUE GÉNÉRAL
PARKE, DAVIS & Co
LONDRES

successifs constatés et que la radio n'a démêlés approximativement qu'en 1934 ; ensuite ces rémissions brutales qui, presque toutes, se sont faites sur un repas plus copieux que d'habitude ; enfin l'impossibilité presque absolue où se trouve un patient, même médecin, d'exposer ses sensations.

N'y a-t-il que cela ? Je crois aussi qu'en présence d'un confrère qui est un ami le sens clinique perd de son acuité chez le médecin ; ou bien (et dans les deux cas il est entraîné par son affection) il voit les choses trop en rose et espère la solution spontanée heureuse, ou bien il voit trop noir et hésite avant de prendre sa décision.

Faut-il en conclure qu'il est bien difficile de faire de la clinique à tête froide, chez sa famille et ses amis, et faut-il trouver là l'explication des bûches si fréquentes dans les familles médicales ?

Et maintenant quels sont les états d'âme du médecin qui se sent gravement malade et qui sent en lui-même et autour de lui l'hésitation sur le diagnostic et le traitement ? Là je peux dire que je n'ai pas eu personnellement trente-six manières de voir ; dès 1926 j'aspirai à la table d'opération et j'aurais donné cher pour être ouvert d'abord, ce après quoi on aurait pris toute décision sur place. Je me suis heurté là à l'opposition (raisonnable il faut en convenir) de tous les chirurgiens que j'ai vus ; mais j'étais hanté par l'idée que l'on pourrait dire un jour que j'envoyais aisément les patients sur la table et que pour moi je préférais une autre solution.

De plus, il y avait chez moi une curiosité exaspérée et, dans les deux dernières années où je pensais intensément au cancer, je prenais assez facilement mon parti de disparaître, mais je n'acceptais pas l'idée de mourir de faim sans m'être défendu et sans avoir su. On m'a affirmé que je m'étais bien tenu devant mes deux opérations. Ainsi présenté, ça ne me paraît pas très difficile à comprendre.

Et maintenant que mon affaire est élucidée ou à peu près, je me rends compte plus encore que je ne l'avais fait jusqu'à présent de la difficulté de faire de la clinique saine. Il faut véritablement tout tirer de soi-même. Le patient ne peut exposer nettement ce qu'il sent ; c'est déjà impossible au médecin qui souffre. Alors, alors, il faut suivre d'aussi près que l'on peut le conseil de Rouletabille de « s'appuyer toujours sur le bon bout de la raison » et l'on en vient à envier le vétérinaire qui, ainsi que l'a dit Beaumarchais, « guérit ses malades sans leur parler, alors que le médecin parle beaucoup aux siens sans les guérir ».

***

Scepticisme thérapeutique

Observations III et IV (E. Maigre, de Paris). — Depuis le début de mes études médicales, je n'ai été malade que deux fois.

Ce fut d'abord, pendant la guerre, en 1918, au camp de prisonniers de Graudenz, petite ville de Posnanie, située sur la Vistule, à 100 km. environ de Dantzig. Un camp d'officiers venait d'y être créé. Soit parce que les Allemands avaient négligé d'apprendre aux neutres son existence, soit pour toute autre cause, nous y restâmes plus de deux mois sans être ravitaillés. Nous étions donc 700 officiers, presque tous légèrement vêtus, aussi mal nourris que possible, très mal chauffés lorsque la Vistule gelait et couchés sur des matelas en papier tressé, bourrés de fragments de carton.

Nous subissions, tous les matins, un appel, dans une vaste cour. Deux officiers allemands étaient chargés de ce travail. Chacun lisait donc 350 noms. Nous devions répondre à l'appel de notre nom et saluer ; alors, seulement, celui qui venait d'être appelé sortait du rang et pouvait se promener. Comme une mécanique bien remontée, l'Allemand nous rendait notre salut, ce qui l'obligeait à 350 élévations du bras droit. Ces gestes le réchauffaient sans doute. D'ailleurs il était chaudement vêtu, tandis que nous gelions...

Tant et si bien que j'attrapai une forte bronchite. J'avais certainement de la fièvre, mais je préférais n'en rien dire, ne tenant pas à rendre visite à l'hôpital de Graudenz, dont, à tort ou à raison, les médecins avaient parmi nous la réputation d'employer des thérapeutiques assez brutales. Et, malgré le froid, la sous-alimentation, quelques autres ennuis, ma bronchite guérit dans les délais normaux, en trois semaines.

Ma seconde maladie date d'exactement six ans. Je fus appelé, boulevard de Port-Royal, auprès d'un homme jeune, extrêmement prostré, les yeux injectés et larmoyants, se plaignant de douleurs articulaires et lombaires, toussant, ayant une forte fièvre, bref présentant les signes cliniques d'une grippe d'allure grave. Je prescrivis des cachets de quinine et d'antipyrine, et une potion tonique.

A ma seconde visite, le lendemain, comme son état restait inquiétant, je pratiquai l'injection intraveineuse d'un antiseptique général. Le jour suivant, je fus pris de vertige et je tombai, d'ailleurs sans évanouissement. Le Docteur Jean Cousin voulut bien me remplacer et fit appel à un médecin des hôpitaux. Malgré ces soins éclairés le malade mourut en une dizaine de jours.

Quant à moi assez secoué, trop abruti pour demander conseil à qui que ce fût, je reçus néanmoins les visites de plusieurs confrères. C'est étonnant comme tout se sait vite, à Paris ! Entre autres la gentillesse du Docteur Bruel m'a laissé un exquis souvenir. J'avais soigné un de ses parents. Il vint de Saint-Germain me rendre une longue visite. Mes réflexes l'intéressaient beaucoup, mais ils étaient normaux...

Comme chacun de mes amis médecins m'avait conseillé une médication différente et comme je n'eus guère de température élevée que pendant trois jours, je me soignai par la diète et le jus de citron.

Cette maladie, caractérisée par quelques jours de fièvre, une extrême lassitude, des douleurs articulaires, du vertige, il est probable que je la devais à mon client du boulevard de Port-Royal. Après environ deux semaines de ce désagréable état, je pus me lever. Première sortie le dix-septième jour. J'allai à Versailles, où il me déplut fort de toujours voir deux objets au lieu d'un, notamment deux statues. Cette diplopie s'atténua et disparut en quelques jours.

Donc, à deux reprises, je me suis, si j'ose dire, traité d'une manière hyperhoméopathique. Il me semble que ce fut sans inconvénient. Et si je me suis permis de vous conter ces petites misères, c'est pour, après tant d'autres, insister sur le pouvoir qu'a notre organisme de se guérir dans nombre de cas. La plupart de nos maladies aiguës, lorsqu'elles n'évoluent pas sur un trop mauvais terrain, guérissent toutes seules. Comment aider, et ne pas contrarier, cet effort de l'être supérieur, je ne dis pas lorsque, manifestement, il cède, mais lorsqu'il se « défend » ? C'est un grand problème de thérapeutique. »

***

Méfaits et bienfaits du sport

Observation V (X.). — ... Il est certain que cet exemple illustre l'influence favorable du sport sur le développement de la grippe.

C'était en 1913, nous avions décidé, deux de mes amis et moi, de nous livrer à l'étude personnelle de la culture physique ; notre moniteur était un athlète ; pendant une heure et demie il nous soumit à des exercices variés, exécutés sans agrès et destinés à faire travailler chaque groupe de muscles ; au point de vue anatomique ils étaient bien conçus : la courbature ressentie dépassa toutes nos espérances, elle sortit en trois jours et nous en restâmes pantois. La seconde séance s'agrémenta d'une courbature de même qualité. Une fois de plus je constatai que la disproportion de force entre un professionnel musclé et entraîné et des élèves relativement frêles et débutants se traduit fatalement par un surmenage au profit de ces derniers. Je crois qu'il faudrait procéder de façon exactement inverse et faire travailler les costauds sous la direction d'un malingre.

Sur ces entrefaites j'eus à voir un malade aux environs. A cette époque bénie où les jeunes médecins étaient trop heureux de faire leurs visites à pied quand ils en avaient, je partis pour cette course d'une quinzaine de kilomètres en montagne. Je montai par une vallée, donnait la consultation et revins par une autre vallée, car je n'aime pas à rentrer par le même chemin. Entre les deux vallées il y avait une crête à passer, un peu de vent frais sur la crête ; j'étais en sueur et me sentis glacé ; cela ne dura d'ailleurs pas et je ne m'en inquiétai guère ; je n'en avais pas moins pris froid et j'étais en état de moindre résistance.

La suite fut une forte grippe — je dis forte pour l'époque, car on a vu mieux depuis — avec une symptomatologie assez complète : courbature, fièvre, bronchite ; je restai vingt-quatre heures au lit et huit jours à la chambre. Deux médecins âgés, que je remplaçais pendant leurs vacances, s'occupèrent de moi avec beaucoup d'intérêt. L'un venait le matin, l'autre le soir. C'étaient des visites très agréables, qui l'eussent été encore plus s'ils n'avaient tenu à me considérer comme un malade ; les deux traitements ne concordaient guère ; cela n'avait d'ailleurs pas grande importance puisque je n'en suivais aucun. Je n'ai pas une confiance exagérée dans les médications nombreuses et variées qu'on inflige aux patients pour les punir d'être malades, comme on gifle les enfants qui sont tombés. Je n'étais du reste gêné que par une toux quinteuse qui me fatiguait vraiment et je constatai que l'aconit réussissait fort bien, à la condition d'atteindre des doses élevées que l'on hésiterait à prescrire dans la pratique.

Lorsque ma bronchite fut à peu près terminée, j'eus le tort de parler de sortie et les deux médecins furent pour une fois d'accord en me le défendant tout net. La journée s'annonçait belle, le temps était clair, le soleil brillait et je partis la joie au cœur et les jambes molles. Je me promenai une demi-heure et rentrai las mais content. J'avais croisé un enterrement et j'ignorais qu'un de mes médecins tenait un cordon du poêle ; comme il ne pouvait décemment s'échapper pour me faire la morale, il ravala sa rancœur et, à peine libéré, vint me reprocher ma désobéissance, en insistant sur les risques de rechute; à quoi je répondis que la température était plus élevée dehors que dedans et que, s'il y avait un danger, c'était plutôt en rentrant. Il avait vingt ans de plus que moi ; je fus taxé d'insolence et perdis en outre son estime.

Si la maladie fut brève, la convalescence traîna ; j'étais devenu sensible aux changements de température les plus légers. Un médecin ne manque pas d'occasions de se refroidir, surtout quand il s'agit de visites de nuit. Je collectionnais les gros rhumes et les petites grippes. J'avais de temps en temps des points de côté fort douloureux.

Cela dura dix-huit mois ; puis la guerre éclata ; je vécus au grand air pendant deux mois brûlants ; je courus les routes à cheval, je transpirai au soleil, je me trempai aux averses ; petit à petit tout s'arrangea. Les méfaits et les bienfaits du sport s'étaient annulés comme deux quantités égales et de sens contraire.

(A suivre.)

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Du nouveau sur les paralysies diphtériques et leur traitement par le sérum

S'il est une affection sur laquelle nous avions lieu de considérer nos opinions comme stabilisées, c'est bien la diphtérie ; nous connaissions l'angine comme lieu d'invasion, nous connaissions l'extension au larynx devenue plus rare que jadis et, enfin, les paralysies : Trousseau avait prouvé leur nature diphtérique, Roux avait démontré leur mécanisme lié à une intoxication, Guillain et Guy-Laroche avaient précisé comment la toxine se fixe sur le système nerveux. Brochant sur le tout, nous savions que la sérothérapie spécifique diminue la mortalité de façon indéniable et nous avions tout lieu de croire qu'elle diminuait le nombre des complications et, en particulier, des paralysies, sous condition d'être précoce et intense.

Or, si la mortalité a réellement diminué, il semble qu'il n'en soit pas de même pour la morbidité si nous nous en fions à la thèse de Marcel Eck (1), inspirée par son maître Marquézy, «catalysée» par Tinel et ses recherches infiniment suggestives sur les polynévrites toxiques, sensibilisé par Tixier de je ne sais quelle méfiance pour les médicaments biologiques d'immunisation.

Cette thèse est très documentée et, pourtant, elle est infiniment personnelle, pleine d'un grand sens clinique, éclairée par une expérimentation ingénieuse et des discussions méthodiquement menées.

***

Eck rappelle, d'abord, les statistiques anciennes sur la fréquence des paralysies : 8 à 13 % des sujets ayant survécu aux accidents locaux. Depuis le sérum, de par le plus grand nombre de survies, on a des chiffres plus élevés : 15 à 40 %, exactement 24 % dans la statistique de l'auteur.

De nombreux facteurs semblent intervenir pour faire varier la fréquence des paralysies. Des écarts allant du simple au double peuvent s'observer dans un même service pour un nombre égal de diphtéries mais à des époques différentes.

Malgré toutes les causes d'erreurs, la lecture des chiffres semble devoir faire admettre une légère augmentation du nombre des paralysies depuis la sérothérapie (sans que nous puissions d'ailleurs incriminer le sérum). Cette constatation est presque impossible à interpréter. Le sérum, dit-on, a permis de faire survivre des sujets atteints de formes graves qui présenteront ultérieurement des paralysies, lesquelles, sans sérothérapie, n'auraient pas eu le temps d'apparaître. D'autres pensent que cet argument

(1) Marcel Eck. *Les paralysies diphtériques.* Les Presses multiples, éd., Paris 1936.

est largement compensé par le nombre des formes qui auraient fait des paralysies sans sérum, mais chez lesquelles une sérothérapie précoce a pu enrayer la résorption toxique.

***

De ces paralysies, les unes sont précoces, les autres tardives et peu à peu s'était édifié la doctrine qui opposait les formes précoces passant pour graves en général et les formes tardives passant pour extensives.

Depuis la sérothéropie les *formes précoces* semblent plus fréquentes, les uns, tels Sevestre et L. Martin les ont considérées comme bénignes, les autres, tel Marfan, tel Grenet, les considèrent comme graves, ou tout au moins comme indice de gravité.

La paralysie précoce siège au lieu de la résorption toxique, elle y reste localisée.

La *paralysie tardive* débute assez fréquemment en un autre point que celui du siège initial de la diphtérie, elle diffuse très souvent à d'autres territoires.

Classiquement l'apparition d'une paralysie précoce témoigne de la malignité de l'intoxication diphtérique et son pronostic est considéré comme grave ; le pronostic des paralysies tardives, au contraire, sera relativement bénin. Cette affirmation semble, à Marcel Eck, excessive et trop schématique.

Le matériel clinique qu'il a recueilli, soit 304 cas, comporte 136 cas de paralysies précoces de la deuxième semaine et 87 cas de paralysies tardives de la cinquième semaine ; mais il y a encore d'autres cas ayant évolué en deux temps, précocement puis tardivement au nombre de 101 : car on peut voir survenir, chez le même malade, successivement, une paralysie précoce, puis une paralysie tardive et cette évolution, en deux temps, est fréquente et mérite d'être nettement individualisée.

La mortalité des diphtéries avec paralysie a été de 16 %.

***

Nous trouvons une réaction contre une notion classique : d'après Marcel Eck, les paralysies précoces ne s'accompagnant d'aucun signe de malignité sont de beaucoup les formes les plus fréquentes (90 observations). La fréquence de ces paralysies précoces bénignes (signalées déjà par Sevestre et L. Martin) mérite d'être soulignée à nouveau.

***

Facteurs étiologiques. 1° Le type de l'angine initiale est capital : on sait en effet que, si les paralysies sont très exceptionnelles à la suite d'angines bénignes, elles sont presque constantes après les angines malignes. Entre ces deux types d'angines, il existe une forme de diphtérie pharyngée (angine grave), presque exclusivement caractérisée par une extension importante des fausses membranes sans aucun autre signe de malignité : or les paralysies secondaires sont, dans ce cas, très fréquentes.

2° Influence exercée par la précocité ou le retard de la première injection de sérum ; dans les formes graves ou bénignes mais sans signe de malignité, le pourcentage des paralysies est proportionnel au temps écoulé ; dans les formes malignes, la fréquence est la même, quelle que soit la date de la sérothérapie : elle est pratiquement de 100 %. La sérothérapie précoce peut empêcher de mourir une diphtérie maligne, elle n'empêche jamais l'apparition des paralysies.

3° Dose de sérum : contrairement à une opinion familière pour beaucoup de médecins les très fortes doses souvent répétées n'ont pas grand intérêt et, actuellement, on fait des doses moins fortes. Or, cette restriction dans l'administration du sérum n'a pas fait augmenter le nombre des cas de paralysies, pas plus qu'elle n'a fait augmenter la mortalité.

4° La fréquence des paralysies ne semble pas être fonction du pouvoir pathogène du germe. De ce fait, la notion du terrain prend un intérêt capital.

5° Le rôle de la fatigue doit être envisagé. Le rôle d'un premier lever trop précoce est capital : n'est-ce pas même un moyen de diagnostic pour préciser une atteinte vélo-palatine discrète ; un simple nasonnement devient vite un reflux à l'occasion de toute fatigue. Combien de fois note-t-on, dans les observation, l'apparition d'une paralysie tardive chez un sujet rentré trop précocement chez lui.

Très souvent, Marcel Eck a noté l'apparition de la paralysie le jour même ou le lendemain de la reprise d'une activité quelconque : ces sujets gardés à l'hôpital, alités, soumis à une discipline auraient vraisemblablement pu guérir sans paralysie.

6° Rôle des maladies intercurrentes : l'apparition d'une rougeole, d'une scarlatine ou d'une varicelle a pu, dans nombre de cas, provoquer l'apparition d'une paralysie ou son extension avant la date habituelle.

7° Rôle des accidents sériques : Marcel Eck ne veut pas parler de paralysie due au sérum, mais des paralysies diphtériques toxiques déclenchées à l'occasion des accidents sériques. Tantôt la paralysie précoce du voile apparaît en même temps ou pendant les accidents sériques, tantôt vingt-quatre heures à peine sépare les deux ordres de faits. Certains faits semble plaider en faveur du rôle déclenchant des accidents sériques dans la genèse des paralysies. Dans quelques cas, les accidents sériques ont été particulièrement tardifs, et se sont accompagnés de l'apparition également tardive de paralysies vélo-palatines. Diverses raisons, très impressionnantes, tendent à suggérer que les phénomènes de choc conditionnés par l'introduction d'albumine étrangère dans l'organisme interviennent dans le déterminisme des paralysies.

***

Etude biologique. Marcel Eck étudie d'abord, la part respective de l'immunité passive (transfusion, de sérum antidiphtérique) et celle de l'immunité active, acquise par le sujet en réaction contre l'infection. L'antitoxine passive est représentée lors de dosage en série par le clocher qui suit immédiatement l'injection de sérum. Son taux est rapidement élevé pour diminuer ultérieurement assez vite (en deux ou trois semaines).

L'antitoxine active, elle, se produit sur la courbe par : *a*) le taux des antitoxines avant toute injection de sérum (et l'on conçoit que l'élévation du taux avant tout sérum au-dessus de 1/30 d'unités par centimètre cube témoigne d'une immunisation spontanée rapide ; *b*) le taux des antitoxines après la troisième semaine toutes les fois que le taux résiduel des antitoxines, à cette date, dépasse l'unité.

Or, au moment où apparaissent les paralysies, il existe toujours, dans le sang, un taux d'antitoxines largement protecteur :

a) l'apparition des paralysies est indépendante de l'amplitude du clocher passif qui suit l'apport d'antitoxines hétérologues ;

b) l'apparition des paralysies localisées précoces est indépendante de phénomènes d'immunisation active ;

c) par contre, il semble que toutes les fois que l'on observe des signes d'immunisation active, les paralysies tardives extensives soient moins à craindre.

***

Pathogénie. Trois mécanismes sont à séparer :

a) la névrite ascendante, intéressant les nerfs du voile, paraît seule responsable de la paralysie velo-palatine précoce ;

b) la diffusion de la toxine par voie sanguine avec fixation secondaire sur le système nerveux, par affinité élective pour certains centres, semble au contraire responsable des paralysies tardives (et dans les paralysies du voile évoluant en deux temps, la première paralysie se faisant par névrite ascendante, la deuxième par affinité de la toxine pour le voile) ;

c) le syndrome malin paraît dû à une fixation primitive de la toxine diphtérique sur le système nerveux neuro-vé-

gétatif. Marcel Eck a pu, dans un cas, mettre en évidence des lésions dégénératives du ganglion sympathique paravertébral et du splanchnique témoignant de cette imprégnation.

***

Sanctions thérapeutiques. La sérothérapie des paralysies diphtériques a longtemps été préconisée. Or l'analyse des faits cliniques ne paraît pas convaincante à Marcel Eck qui n'a jamais noté cette heureuse action du sérum. Les paralysies qui guérissent avec le sérum guérissent vers le cinquantième jour, c'est-à-dire à la même époque que celles qui guérissent sans sérum.

Il est, d'autre part, des faits biologiques qui tendent à démontrer l'inefficacité et l'inutilité du sérum dans les paralysies. Théoriquement un nouvel apport d'antitoxines est inutile, puisque, au stade de paralysie, il y a toujours un taux d'antitoxines largement suffisant dans le sérum du malade. L'antitoxine qui est, vraisemblablement, une pseudo-globuline reste dans le sérum et ne peut atteindre la toxine intracellulaire, en sorte que l'antitoxine injectée sous la peau ne parvient pas pratiquement aux centres nerveux.

Le sérum lui apparaît, donc, comme totalement impuissant à modifier l'évolution des paralysies expérimentales et il accuse le choc sérique de pouvoir provoquer une libération de toxine avec fixation secondaire sur le système nerveux d'où extension des paralysies.

Henri Vignes.

OBSTÉTRIQUE

A propos de l'avortement

Deux livres viennent de paraître sur les problèmes cliniques de l'avortement. Je tiens à les signaler aux lecteurs du *Progrès* ; car, se complétant en quelque sorte l'un et l'autre, ils constitueront un guide précieux pour traiter les états si divers en rapport avec les avortements, qu'ils soient spontanés ou provoqués.

***

Le livre de Frederick J. Taussig (1) est un ouvrage excellent, très complet, comprenant plus de cinq cents pages et constituant une très complète revue de la question envisagée dans son ensemble. Il compense peu un chapitre d'histoire et d'ethnologie, puis se continue par un très intéressant chapitre dû à la collaboration de W.-L. William sur l'avortement dans les espèces animales et quelques pages consacrées à l'avortement des femelles d'animaux sauvages en captivité (30 % d'avortements chez les chimpanzés d'élevage).

Taussig rappelle ensuite les notions anatomiques et physiologiques indispensables pour comprendre ce qu'est la grossesse à son extrême début avec une excellente illustration. Il aborde, ensuite, l'étiologie de l'avortement spontané, sujet si important pour l'avenir des femmes et si méconnu par certains gynécologues qui voient partout la provocation. Il expose, alors, ce que doit être la prophylaxie de l'avortement. Puis il passe au mécanisme de l'avortement en un temps ou en deux temps et donne d'excellents détails sur le détachement secondaire de la caduque qui mériterait si bien le nom d'avortement en trois temps.

Après quoi Taussig étudie successivement les symptômes et les signes de l'avortement, son diagnostic parfois épineux, le traitement des cas infectés ou non infectés, la conduite à tenir en cas d'avortement inévitable. Il réagit contre les abus de l'interventionnisme et nous ne saurions trop nous associer aux nombreuses réserves qu'il formule.

Les chapitres suivants sont consacrés à l'infection *post abortum*, aux perforations traumatiques et aux autres complications, à la *missed abortion*, aux séquelles de l'avortement, à l'avortement thérapeutique, sa technique et à la stérilisation. Une très importante étude statistique, des discussions sur l'aspect théologique et moral de la question, sur l'avortement à la russe et sur le point de vue médico-légal terminent cette œuvre en tout point remarquable, véritable mouvement d'érudition et d'expérience.

***

Le livre de Mondor étudie avec ampleur un aspect du problème, c'est à savoir la question des avortements mortels, presque toujours avortements provoqués rendus pernicieux, le plus habituellement, par un effet secondaire de l'agent abortif (1).

Mondor a déjà publié des travaux remarqués sur ce sujet angoissant et le présent travail en constitue une synthèse où les grands dons du clinicien styliste se sont donnés libre cours et qui est un grand livre.

Mondor commence par essayer de chiffrer (avec pessimisme) le nombre des avortements mortels et il signale, en passant, les autres méfaits que l'on peut attribuer, comme séquelles, aux avortements les mieux réussis.

Mondor étudie d'abord les *morts subites et les morts très rapides.* Il rappelle les morts subites par inhibition, décrites par des médecins légistes.

Mondor relate ce que lui a dit l'un d'eux, Ch. Paul, c'est à savoir que la découverte d'une femme trouvée morte, avant sa fausse couche, pendant les préparatifs et, en apparence au début de l'intervention, est loin d'être rare. Lorsqu'on lit dans une gazette : Mme X... a été trouvée morte dans un hôtel de la rue X..., l'autopsie a montré que Mme X..., enceinte, avait succombé au cours de manœuvres criminelles... », il faut lire plutôt : mort subite pendant la tentative d'avortement, au début de celle-ci. Un certain nombre de ces cas relèvent d'embolies gazeuses par pénétration dans les sinus utérins, d'embolies graisseuses, d'embolie alcaline dont Mondor donne une excellente étude anatomique et clinique, voire même thérapeutique, car il existe des formes curables.

Il aborde, ensuite, le chapitre des *Perforations traumatiques de l'utérus* dont il expose longuement toutes les possibilités évolutives et pour lesquelles il plaide ardemment la nécessité de l'intervention systématique.

Mondor aborde, ensuite, les *injections intra-utérines* de liquides aux compositions les plus diverses: le savon, l'iode, l'eau, l'eau bouillie, l'eau salée, l'eau vinaigrée, l'eau iodée, l'esprit de sel, l'arnica, l'eau sublimée, l'eau boriquée, le vinaigre pur, l'infusion d'absinthe, l'infusion de fécule, le pétrole, le vin de quinquina, la liqueur de Fehling, l'eau avec le permanganate de potasse, l'eau avec acétate de plomb, la liqueur de wan Swieten, l'éther sulfurique, la glycérine, l'huile de lin, les solutions d'alun, l'infusion des fleurs de camomille, le lusol, le lusoforme, l'alcool à 90 %, etc...

Les pommades, employées en Allemagne, portent des noms sans mystère, écrits sous une orthographe française incertaine : interruptine, provocol, antigravidine, antibion, etc., etc...

Après avoir mis à part, pour leur importance particulière et pour y revenir ultérieurement les injections de savon : (savon noir, savon vert, savon blanc, savon marbré, eau savonneuse, mousse de savon, lysol qui est une solution à 50 % d'un crésol brut pur avec un savon de potasse, etc.), il signale les inconvénients locaux et généraux de ces injections, les *péritonites, l'infarctus utérin et l'infarctus utéro-annexiel, les hépato-néphrites suraiguës.*

L'*infarctus utérin*, consécutif aux manœuvres abortives, n'est pas rare et son tableau dramatique doit être connu : début soudain, douleur intense, shock, signes physiques discrets, nécessitant l'hystérectomie d'extrême urgence.

(1) F.-J. Taussig. *Abortion spontaneous and induced.* The C. V. Mosby. Cy, St-Louis, 1936.

(1) H. Mondor. *Les avortements mortels.* Masson et Cie, 1936, Paris.

L'*infarctus de l'utérus par eau de savon*, la nécrose alcaline est le sujet de trente cinq pages remarquables : dans les premiers mois d'une grossesse, une femme décidée à avorter se fait ou se fait faire une injection intra-utérine d'une solution de savon. Parfois, très rapidement, apparaissent des phénomènes de haute gravité et, en trois ou quatre jours, la malade meurt, à moins qu'elle ne soit sauvée par une opération radicale assez tôt. Celle-ci permet de constater au niveau des organes génitaux des lésions tellement particulières que Wemmer, dès 1921, affirmait que cette forme d'inflammation, au niveau de l'utérus, lui permettait de conclure, presque à coup sûr, que la femme s'était fait avorter au moyen d'eau de savon ou d'un liquide corosif analogue.

Mondor a publié une observation typique : manœuvres abortives, état général profondément altéré, utérus gros, douloureux. L'examen de la pièce opératoire montre un large infarctus utéro-ovarien, avec une petite perforation. Parmi les signes notables de ce grave accident, Mondor insiste sur les taches ecchymotiques sous-cutanées, la fièvre trop peu élevée pour les signes de péritonites, l'extrême rapidité du pouls, la cyanose et l'anamnèse. Le pronostic est très sévère puisque la mortalité est de 87 % et il ne peut être améliorée que par la rapidité extrême de l'intervention. Quant au mécanisme de l'infarctus, on peut invoquer l'action caustique du savon. Mais la rapidité des sur infections est telle que les germes anaérobies peuvent être également mis en cause.

Vient ensuite l'*abcès de l'utérus* qui, pour Mondor serait très fréquent. « Quand on aura fait, en France, 2 ou 3.000 autopsies d'avortements fébriles, on commencera à savoir le nombre des abcès méconnus, des gangrènes méconnues, des infarctus méconnus, etc... ».

La pathogénie, dans ces cas d'abcès utérins post-abortifs, est simple : il s'agit d'un traumatisme auquel peut être rapportée, aussi bien que l'importation microbienne, la lésion tissulaire favorisant l'infection. C'est le streptocoque qui est l'agent le plus souvent causal ou le perfringens ; on a trouvé aussi le staphylocoque, le gonocoque, le colibacille.

Les péritonites post abortum sont fréquentes : 50,4 % dans la statistique d'autopsies après avortement établie par Martland. Et, dans celle de Kneise, sur 89 autopsies de septicémies puerpérales, 48,3 % de péritonite.

Enfin, sur les 54 avortements mortels étudiés par Boldrino Boldrini, 34 cas de péritonite suppurées.

Une phrase classique de Pinard n'a rien perdu de son opportunité en ce chapitre : « Affirmer l'existence d'une péritonite puerpérale surtout au début, ne me paraît pas, à moi, ayant quelque peu observé, une chose facile, au cours d'une infection puerpérale ». Il n'en est pas moins vrai qu'il faut s'acharner au diagnostic pour pratiquer l'indispensable intervention d'urgence.

L'*hémorragie interne* peut s'observer au cours de l'avortement criminel. C'est une éventualité inattendue, de découverte incertaine, que ces saignements intenses, intra-péritonéaux, au cours d'un avortement, ou dans les jours qui suivent ou même plus tard encore.

Cette complication n'est pas souvent envisagée parmi les tristes éventualités possibles ; or, elle est loin d'être rare d'après Mondor.

Vient ensuite une belle étude des *septicémies* et en particulier, des *septicémies hémolysantes à perfringens* avec hépato-néphrite. Le traitement de ces hépato-néphrites toxiques ou infectieuses pourra réserver des succès à la condition d'associer, le plus souvent, aux soins chirurgicaux du foyer utérin, ceux chirurgicaux et médicaux de l'anurie et de l'urémie menaçante. Si l'hémolyse est sévère, les transfusions sanguines ou importantes d'emblée ou moins copieuses, mais chaque jour renouvelées, doivent être pratiquées. Dans le traitement chirurgical, l'hystérectomie, s'il s'agit d'hémolyse infectieuse. Au contraire, on s'en abstiendra si les hémocultures en milieu anaérobie sont négatives. Curettages, transfusions, sérum salé, sérum hypertonique, sérum glucosé, sérum hyperglucosé, sérum bicarbonaté et, dans certains cas, décapsulation du rein, telles sont les grandes lignes du traitement dont la surveillance sera plus compétente si elle est assurée, à la fois, par un chirurgien et par un médecin, si elle est appuyée sur les examen de laboratoire.

Le beau livre de Mondor se termine par l'étude des *intoxications consécutives à l'ingestion de substances abortives*, du *tétanos « post abortum »*, et, enfin, des *tentatives d'avortements* en cas de *grossesse extra-utérine* et en cas d'*utérus non gravides*.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

Le néoplasme de l'œsophage ne se traduit pas toujours par des phénomènes purement dysphagiques avec régurgitations. Il peut s'accompagner de douleurs, de réactions spasmodiques, dyspnéiques, de paralysies et ces symptômes nerveux divers, que n'expliquent pas la seule irritation ou la compression des nerfs, donnent à certains néoplasmes une allure assez particulière qui égare pour un temps le diagnostic.

(M. Loeper, Mlle Riom et P. Perreau. — Syndromes nerveux dans le cancer de l'œsophage. *La Presse Médicale*, 24 juin 1936.)

La constance dans l'acrodynie d'une élévation considérable de la tension artérielle, a été notée par tous les auteurs. Chez des petits enfants dont la pression artérielle est de 10 environ, on est étonné des chiffres que l'on trouve.

Voici les chiffres notés chez quinze enfants atteints d'acrodynie et âgés de moins de cinq ans :

14	13	12
14,5	18	17
14	14,5	15
13,5	20	13
14.5	15	

Il n'y a pas de lien entre l'élévation de la pression artérielle et le syndrome acro-pathologique. Dans trois cas où celui-ci a manqué, la tension artérielle était de 15, 14, 17. Il s'agit donc d'une élévation généralisée, centrale, et non d'une élévation locale, liée au trouble circulatoire d'un membre. C'est là le signe majeur, la clef du diagnostic, l'hypertension artérielle ne relevant pas d'une autre maladie aiguë comme chez l'enfant, en dehors de la néphrite aiguë qu'il est facile de rechercher.

Hors les cas les plus nombreux, où l'apparition des signes classiques impose le diagnostic même à des médecins qui n'ont jamais observé la maladie, celle-ci doit être devinée en présence d'un syndrome assez spécial, psychisme fait de tristesse, d'un aspect misérable de l'enfant, anorexie, insomnie et surtout myasthénie. Ces signes manquent rarement. La mesure de la tension artérielle vient affirmer le diagnostic.

L'importance de l'hypertension artérielle dans le tableau clinique de la maladie a donné à M. Jean Levesque l'idée d'employer les bains carbo-gazeux. On jette dans une baignoire d'enfant, deux ou trois comprimés de Royat, le bain est donné à 36° dix minutes, deux à trois fois par jour. L'effet de cette thérapeutique est immédiat ; le syndrome psychique et les spasmes sont guéris. L'enfant dort, cesse d'être grognon, il mange, les douleurs disparaissent, les crises de spasme sont supprimées dès le premier jour. L'état général n'est plus altéré. La tension artérielle baisse rapidement si l'on intervient dans les quatre premières semaines ; elle se maintient supérieure à la normale, mais moins élevée qu'au début si l'on a passé ce délai. Mais le syndrome acro-pathologique est peu modifié. C'est dans les formes atypiques où ce syndrome manque ou n'est qu'ébauché que le succès est le plus complet.

Si l'on a la chance de faire le diagnostic de l'acrodynie dans les trois premières semaines, on peut espérer l'atténuation rapide et l'écourtement de la maladie en utilisant : les dérivés salicylés, en particulier l'antipyrine ; les bains carbo-gazeux, l'acétylcholine et la générine contre les troubles végétatifs et vasculaires ; la diathermie contre l'asthénie musculaire.

Passé quatre à six semaines, le succès est plus problématique.

(Docteur Jean Levesque. — A propos de quinze observations d'acrodynie. *Le Bulletin Médical*, 6 juin 1936.)

Le bacillus fœcalis alcaligenes peut déterminer chez l'homme un syndrome anatomo-clinique voisin de la fièvre typhoïde.

Un militaire de 24 ans présente brusquement une élévation thermique à 40°, avec courbature généralisée. On l'hospitalise au Val-de-Grâce. La fièvre se stabilise très vite, en un plateau à 38° pendant une dizaine de jours. Le malade accusa une lassitude profonde et présenta des sueurs profuses, des gargouillements de la fosse iliaque droite, un ventre très légèrement météorisé. Pas de taches rosées, ni de splénomégalie. La défervescence se fit ensuite régulièrement en lysis. L'hémoculture permit d'isoler un bacillus fœcalis alcaligenes qui fut agglutinné au 1/500 par le sérum du malade.

Le diagnostic d'une septicémie à *Bacillus fœcalis alcaligenes* se heurte à des difficultés majeures, sans le secours des examens de laboratoire. Tout au plus, au cours d'un état typhoïdique, la notion d'un début brutal, la courte durée de la période d'état, l'absence de taches rosées, pourront mettre sur la voie du diagnostic.

L'hémoculture est seule susceptible d'éclairer l'étiologie d'un tel syndrome ; mais le germe isolé sera minutieusement étudié du point de vue bactériologique.

Il est vraisemblable que le domaine des infections à *Bacillus fœcalis alcaligenes* doit être plus étendu que ne laisse supposer le nombre restreint des cas publiés ; la bénignité habituelle de ces septicémies fait qu'on néglige souvent la pratique de l'hémoculture et de la séro-agglutination.

Le traitement sera calqué sur celui des infections typho-paratyphoïdiques bénignes. Il paraît prudent, dans l'ignorance où nous sommes de l'etendue des lésions anatomiques probables du tractus intestinal, de suivre, dans la réalimentation des malades, les mêmes règles de prudence que l'on applique aux typhoïdes.

(G. Andrieu, R. Crosnier et P. Moutier. — Les septicémies à bacillus fœcalis alcaligenes. *Paris Médical*, 6 juin 1936.)

Clinique thérapeutique

Les données anatomo cliniques, qui établissent l'existence de lésions organiques et de troubles fonctionnels testiculaires chez les malades diabétiques, ainsi que les expériences, qui tendent à démontrer une interaction testiculo pancréatique, ont conduit à tenter l'esssai d'un traitement du diabète par l'extrait testiculaire.

Il a d'abord été injecté par voie intraveineuse une solution aqueuse d'extrait testiculaire correspondant à 10 gr. de glande totale et fraîche. Chez les diabétiques, cette injection détermine dans les trois heures qui suivent, une baisse notable, mais variable de la glycémie initiale. Cette épreuve est dénommée : *Epreuve de l'hypoglycémie testiculaire provoquée.*

Comme corollaire de cette action, cinq diabétiques ont été traités, de façon régulière, par l'extrait testiculaire ; 4 ont favorablement réagi.

A défaut d'autres hypothèses, possibles, mais encore à vérifier, l'action hypoglycémiante, de l'extrait testiculaire chez les diabétiques, paraît devoir s'expliquer par ce fait que chez l'animal, les injections d'extrait testiculaire provoquent une hyperplasie et une hypergénèse diffuse des ilots de Langerhans.

(Lucien Cornil et Jean-E. Paillas. — Sur l'action hypoglycémiante de l'extrait testiculaire dans le drata. *La Presse Médicale*, 1er avril 1936.)

Des essais de traitement de l'asthme bronchique par chocs insuliniques ont été faits, dans quarante cas environ. Deux faits essentiels ont été constatés, à savoir :

1° Le choc insulinique coupe la dyspnée dans l'asthme bronchique ;

2° A la suite de plusieurs chocs, le caractère de l'asthme bronchique se modifie, car, avec le temps, les crises de dyspnée s'espacent et diminuent d'intensité, et dans nombre de cas disparaissent même complètement.

En ce qui concerne les questions de guérison complète de l'asthme bronchique, des récidives, de leur fréquence, et la question de fixer le temps durant lequel les malades, après une série d'injections, seront libérés de crises d'asthme bronchique, il est encore impossible de se prononcer pour le moment et ce sont les observations ultérieures qui éclairciront ces questions.

Le traitement par chocs insuliniques, traitement non spécifique, pourrait être appliqué dans d'autres états pathologiques : colique hepatique, colique néphrétique, migraine, fièvre des foins, urticaire, maladie de Quinck, etc.

Cette nouvelle méthode de traitement offre un vaste champ de recherches.

(J. Wegierko, de Varsovie. — Le traitement de l'asthme bronchique par les chocs insuliniques. *La Presse Médicale*, 2 mai 1936.)

La digitaline à doses très faibles, presque homéopathiques, peut donner des résultats. Chez un malade atteint de tachycardie paroxystique rebelle à toutes les thérapeutiques, l'administration quotidienne de 2 gouttes de solution de digitaline à 1/10 0e prolongée pendant plusieurs semaines a entraîné la disparition des crises après échec de nombreux traitements.

(Docteur Paul Baufle. — La posologie en thérapeutique. *La Clinique*, juin 1936.) (A).

Radiesthésie

Le cas type de réussite radiesthésique est le suivant : Un médecin, après avoir longuement interrogé et examiné un malade, reste hésitant entre deux diagnostics, ceux, par exemple, d'ulcus gastrique et de cholécystite : il y a autant de raisons d'opter pour une solution que pour l'autre. Survient un radiesthésiste : en quelques secondes, son pendule lui indique qu'il s'agit d'une cholécystite. Une intervention chirurgicale lui donne-t-elle raison ? Il triomphe et le médecin non radiesthésiste est bien obligé d'attester que le pendule « a eu la main heureuse ».

Pour qui n'aveugle pas la foi pendulaire, il saute aux yeux que la valeur d'une pareille attestation est absolument nulle au point de vue scientifique, car le médecin non-radiesthésiste serait, dans le cas présent, arrivé une fois sur deux au même résultat en jouant à pile ou face ou en tirant à la courte paille. Ce qui serait probant c'est si, dix fois de suite sans se tromper, le pendulisant avait remporté le même succès dans des cas analogues. Malheureusement, les radiesthésistes n'indiquent pas, en général, le pourcentage de leurs insuccès et ne demandent d'attestations que pour les réussites.

(Docteur Robert Rendu. — Diagnostics radiesthésiques ? *Le Bulletin Médical*, 4 juillet 1936.)

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Opothérapie splénique et dermatoses

Depuis la communication de Thomas M. Paul et les publications, en France, de Pasteur Vallery-Radot, Blamoutier, Chevallier, le traitement des dermatoses par les extraits spléniques est passé dans le domaine de la thérapeutique courante.

Mme Dejust-Defiol, qui vient de consacrer à la question un important mémoire (*Revue de médecine*, n° 5, 1936), résume ainsi les règles qui doivent présider à leur emploi.

Les extraits spléniques désalbuminés, employés par la voie buccale ou par la voie parentérale, sont parfaitement tolérés.

Les extraits buvables et les extraits injectables témoignent d'une égale activité.

La dose moyenne pour obtenir une amélioration est :

Chez l'adulte : *a*) Par la *voie parentérale*, une piqûre quotidienne d'extrait splénique, correspondant à 30 grammes de rate de porc ;

b) Par la voie *buccale* : une à deux ampoules quotidiennes d'extrait splénique, correspondant à 100 grammes de rate de porc par ampoule.

Cette posologie est valable pour les dermatoses récentes, accompagnées ou non de prurit.

Chez l'enfant : *a*) Par la *voie parentérale*, une piqûre quotidienne correspondant à 15 grammes de rate de porc ;

b) Par la *voie buccale* : une demi à une ampoule quotidienne d'extrait splénique correspondant à 100 grammes de rate de porc.

Mais il y a intérêt, au cours des affections anciennes, rebelles, accompagnées de troubles organiques : asthénie, amaigrissement, insomnies, à commencer d'emblée par des quantités plus considérables :

a) Par la *voie parentérale* : une piqûre quotidienne correspondant à 60 grammes, 90 grammes, 120 grammes de rate de porc ;

b) Par la *voie buccale* : deux ou trois ampoules quotidiennes correspondant à 100 grammes de rate de porc par ampoule.

Il semble qu'il soit intéressant pour éviter les récidives, de pratiquer des cures de consolidation à dose moindre durant les dix à douze jours suivant la disparition des troubles cutanés.

Un signe de l'appendicite au cours de la gestation

Le diagnostic de l'appendicite au cours de la période puerpérale se fait le plus souvent lorsque les accidents péritonéaux se sont manifestés soit pendant la gestation soit après l'évacuation de l'utérus.

Les accidents aigus graves sont précédés le plus souvent d'une phase torpide, muette, insidieuse pendant laquelle l'intervention immédiate peut éviter l'apparition des accidents graves.

Le signe de la contraction permanente de l'utérus que M. Legros étudie dans sa thèse (Paris, 1936) est le premier symptôme valable signalant cet état pathologique.

Constaté isolément, c'est un signe d'alarme d'une grande valeur, qui doit faire rechercher attentivement les signes d'une lésion viscérale voisine de l'utérus, car s'il est constant au cours de l'appendicite, il est symptomatique probablement d'une lésion viscérale inflammatoire qui nécessite l'intervention.

Constaté en association avec des troubles digestifs communs à l'appendicite, il commande l'intervention immédiate.

Grâce à la constatation de ce signe au cours de la grossesse, on doit éviter l'apparition des accidents péritonéaux graves dus à l'appendicite, éviter l'interruption précoce de la grossesse, dans tous les cas conserver les possibilités génitales de la femme ou tout au moins son existence.

« Quand on réfléchit, écrit Lambret, à l'extrême perfection de la mécanique industrielle, quand nous voyons dans les usines, les masses les plus lourdes se mobiliser avec douceur et précision, des machines-outils, comme mues par une intelligence supérieure accomplir les travaux les plus délicats, ne sommes-nous pas un peu en retard, et vraiment la chirurgie sait-elle la cadence, le mouvement de son époque ? Salle d'opération dans laquelle la table construite pourra s'adapter à toutes les positions. Le technicien commandera à l'aide d'un levier les mouvements à exécuter. Les compresses se présenteront automatiquement, l'aspirateur, le bistouri à haute fréquence, l'écran radioscopique seront à notre disposition sans intermédiaire inutile. Anticipation qui sera peut-être la vérité de demain et qui n'est nullement en contradiction avec la chirurgie simple. » (J. de Fourmestraux. — Evolution et Avenir de la chirurgie. *Le Mercure de France*, 1er juillet 1936.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

Montaigne

Sur la proposition Pommaret.— *Dans le* Temps, *lettre ouverte du Docteur Henri Bouquet aux auteurs de la proposition de loi, dite Pommaret* :

Avez-vous apprécié, par exemple, ce fait que sur cent membres de l'Académie de médecine il n'en restera peut-être pas vingt qui auront encore le droit de donner une consultation, alors que les membres et associés de cette Compagnie sont les consultants les plus connus et qu'on vient de tous les pays du monde leur demander conseil ? Avez-vous pesé qu'un médecin des hôpitaux d'une grande ville ayant dirigé pendant vingt-cinq ans des services de malades où il a acquis une compétence et une expérience exceptionnelles ne pourra plus les mettre au service de qui ni de quoi que ce soit ?

Avez-vous envisagé qu'en cas de malaise subit ou d'accident survenant dans la rue le médecin âgé de plus de soixante-cinq ans qui passera par là n'aura plus le droit de secourir le malade ou le blessé, puisqu'il ne peut le faire même à titre gratuit ? N'étant pas méchant, on ne veut pas souhaiter de voir un médecin, ligoté par votre loi, se croiser un jour les bras devant l'un de vous qu'il pourrait tirer d'affaire.

Avez-vous pensé qu'il peut exister des cantons, des arrondissements où le plus grand nombre des médecins seront mis soudain dans l'impossibilité d'exercer leur profession et où les malades seront privés de soins ? Le raisonnement par l'absurde n'a peut-être pas perdu toute valeur. Vous les remplacerez par des

jeunes, sans doute ; mais si la clientèle n'en veut pas, de ces jeunes, si elle continue à se fier au médecin de famille, ceprototype du vrai praticien, que vous allez tuer, la forcerez-vous à s'adresser aux nouveaux venus, malgré elle ? Vous-mêmes, accepteriez-vous de gaîté de cœur le médecin qu'on vous imposerait, en quittant du jour au lendemain celui qui jusqu'alors vous a soignés, vous et les vôtres, qui vous a peut-être sauvés dans quelque circonstance inoubliable ? Pensez-vous qu'il en soit de la médecine comme d'un quelconque commerce où l'enseigne et l'approvisionnement du magasin suffisent à attirer le chaland ? Croyez-vous qu'en cette matière la confiance se commande, même officiellement ?

Il y a place encore pour bien des jeunes médecins dans les campagnes, dans les colonies.

D'ailleurs, le jeune a déjà refusé ce bizarre cadeau, par la voix de l'Association corporative des étudiants en médecine, avec une netteté et une verdeur de termes qui devraient suffire à vous prouver la popularité dont jouissent vos propositions dans le milieu même où vous avez peut-être pensé ingénument qu'elles auraient le plus de succès.

Les Villes d'Eaux et la révolution. — *M. Fernand Engerand vient de publier à la Librairie Plon, sous le titre* : Les Amusements des villes d'eaux a travers les ages, *un livre de « curiosités » où il relate ce que furent ces amusements des villes d'eaux pour les Romains, au Moyen-Age, et pour ceux de France jusqu'à la Révolution.*

La Révolution, dit-il, ne supprima point les villes d'eaux, mais elle arriva en fait et très promptement à les ruiner.

En contraignant les aristocrates à chercher un asile à l'étranger, elle leur ôtait leur belle clientèle qu'un décret de l'Assemblée nationale du 20 août 1782 remplaçait par les seuls militaires invalides ; en déclarant les biens du clergé « biens nationaux », elle confisquait les maisons de réunions qui, souvent, appartenaient aux religieux, et annulait tous les amusements qu'on venait d'ordinaire chercher dans ces endroits.

Et cependant la Révolution n'entendait pas se désintéresser d'une telle question ; elle s'occupa seulement de modifier le caractère et la clientèle des villes d'eaux.

L'odieuse monarchie ne s'était occupée des sources minérales et de celles « chauffées des mains de la nature » que dans des vues égoïstes et aristocratiques, pour remédier « aux rhumatismes des courtisans, aux vapeurs des grandes dames, aux indigestions des prélats » ; elle n'avait rien élevé dans ces localités privilégiées qui suscitait une idée supérieure, pas un établissement durable, nul édifice intéressant, « tant les lieux où ces sources sont situées paraissaient effroyables à des ministres de toilette, à d'anciens généraux de la plaine des Sablons ».

« Plus voisins de la nature, les républicains ont d'autres yeux pour la voir, d'autres lumières pour la deviner, d'autres forces pour la soumettre. »

Aussi, en 1795, le Comité de Salut public donnait-il mission à l'ingénieur des ponts et chaussées Lomet de rechercher quels travaux devraient être entrepris pour faire bénéficier les défenseurs de la République du secours des sources des Pyrénées et utiliser ces eaux salutaires au profit des citoyens peu fortunés et de l'humanité souffrante.

Le délégué patriote, à son arrivée, recula d'horreur devant ces sources qui avaient « le dégoûtant d'un remède » et les établissements gothiques qui y déparaient la nature.

« Ce sont partout, s'écrie-t-il, des cloaques obscurs, malpropres, infects, administrés par l'ignorance et régis par la cupidité ; ce sont des bains loués par des particuliers, qui n'ont pas su sortir des étroites combinaisons de la parcimonie... Une misérable contribution qui n'est à charge qu'aux indigents, ouvre la porte d'un bain que n'ouvrent ni les ulcères d'un pauvre, ni les sollicitations d'une malheureuse famille qui apporte son chef impotent... O ma patrie ! tu ne le souffriras plus ! »

Lomet se mit à l'œuvre avec conviction. Et d'abord, il faut modifier certaines appellations aristocrates ; déjà Bourbon-Lancy a pris le nom de Bellevue-les-Bains, Bourbon-l'Archambault de Burges-les-Bains, Fort-Monaco de Fort d'Hercule.

Désormais à Barèges, le bain de la Chapelle s'appellera bain de la Grotte ; celui de l'Entrée, bain de l'Egalité ; les sources la Royale et le Tambour seront dénommées bain de la Montagne et de la Fraternité : les douches seront républicaines, nationales et de la Montagne..., ou ne seront pas !

Des dénominations mystiques ne conviennent pas à des établissements civils, donc les bains du Sauveur seront débaptisés et qualifiés bains du Luz, du nom de la commune dont ils dépendent. Tout ce qui rappelle les tyrans doit être impitoyablement proscrit ; à Bagnères, plus de sources de la Reine et du Dauphin, mais des sources de la Montagne et des Sans-Culottes !

Cette opération terminée « les hommes libres embelliront de leurs travaux la nature que les tyrans opprimaient comme leurs esclaves » ; on dotera les stations balnéaires d'édifices rappelant « l'auguste caractère des événements et la dignité de leur objet », et dont l'effet ne résultera point » de vains ornemens indignes de la sévérité républicaine » !

« Il faut là des monuments d'une composition simple, naïve, mais commode et convenablement appropriée à leur usage ; il faut que leur disposition soit savante et leur construction indestructible. Il faut enfin que leur style soit pur comme l'intention

qui les indique, et qu'ils aient le caractère de grandeur qu'inspire le gouvernement qui les ordonne. Puissent-ils être dignes de la sollicitude d'un grand peuple sur les blessures des défenseurs de sa liberté et attester à jamais jusque dans ces contrées si reculées, si sauvages, combien les Français surent conserver de sensibilité pour les hommes et d'amour pour les arts, aux époques les plus orageuses de la révolution qui affermissait la République. »

Car ces malades intéressants formeront maintenant la clientèle des villes d'eaux, dont le seul office sera de secourir leurs infirmités ; pour eux la nation aura toutes les prévenances, et, dérogeant à ses principes d'austérité, la République demandera aux Orientaux des conseils sur l'art salutaire de charmer les sens du malade : fleurs, musique, parfums, égaieront dorénavant la triste médecine.

Ces hôpitaux balnéaires, ces hospices-casinos, seront pourvus de séduisants bosquets qui, au rebours de ceux de la monarchie, « où se cachaient l'intrigue, la dépravation et les remords, seront l'asyle du brave qui rêve à ses honorables combats, du citoyen qui médite des actions vertueuses, du malade qui renaît comme leur feuillage.

« Si nous avons ce bosquet à planter, nous le voulons orner de tout ce que la nature tolère de végétaux agréables.

« Il faut que l'on apporte de la montagne des viornes, le sorbier des oiseaux, ces chèvrefeuilles si variés, le rosier des Alpes, sans épines, comme la vertu...

« Il faut que le défenseur de la patrie la reconnaisse partout à ses tendres soins et repose ses membres endoloris sous des ombrages plus riants que ceux où nos oppresseurs allaient se délasser du soin de faire de la misère du peuple. »

Les enfants de la République ne pourraient pas ne pas se guérir rapidement dans un séjour aussi enchanteur ; redevenus ingambes, les malades quitteront promptement leurs béquilles ; alors permettra-t-on ce spectacle immoral et incivil de les laisser s'éloigner de ces lieux bienfaisants sans un remerciement à la nation qui aura guéri leurs blessures et restauré une santé compromise à son service ?

Non, pensa Lomet, et, sacrifiant à ce sentiment de religiosité qui marque tant d'idées révolutionnaires, il imagina de construire dans chaque ville d'eau, un monument spécial pour recueillir les « béquilles respectables » des malades réconfortés, et « où la patrie puisse être remerciée par l'enfant de ses soins ».

Et M. Fernand Engerand cite la page où l'auteur prévoit et réglemente dans ses détails les plus menus cette patriotique cérémonie, page curieuse certes mais où se retrouve la phraséologie monotone de l'époque.

C'était là une conception spartiate, ajoute M. Engerand : la République reconnaissait les villes d'eaux comme lieux de traitement, elle les abolissait comme endroits de plaisir.

La vertu et l'ennui, ou la mort !

La toilette des dames devait y être décente, et, même sous le Directoire, les collets des plus montés.

« Nous ne saurions trop engager nos Athéniennes modernes, écrit, en 1799, un nommé Caucanas, à renoncer enfin à ces costumes incomplets et révélateurs qui, en venant de confier leur triomphe au pouvoir d'une imagination active et voyageuse, exposent leur santé et laissent à peine entre leurs charmes, nos regards et le froid, quelques vêtements légers et presque diaphanes ».

Plus de jeux, plus de danses, plus de fleurette ; la République protégera contre eux-mêmes ces jeunes inconsidérées « qui poursuivent avec ardeur la dangereuse carrière des intrigues galantes et ne voient pas que sur un tel théâtre, ils doublent de vitesse pour arriver à une vieillesse anticipée ».

La Révolution fera des villes d'eaux des asiles de sainteté et de vertu ; et, désormais, ce ne sera qu'à ces patriotes immaculés que sera donnée cette place de concierge des établissements thermaux « accordée autrefois à l'intrigue et à l'opulence ».

Ces nobles sentiments eurent un résultat très significatif ils ruinèrent les villes d'eaux qui perdirent leur clientèle quand elles perdirent leurs amusements.

Radiesthésie et hasard. — *Extrait d'un article de M. François Canac* : LA RADIESTHÉSIE (REVUE DES DEUX-MONDES, 15 août 1936) :

La radiesthésie est un des exemples entre mille des dangers que fait courir une confiance mal contrôlée... Les idées que défendent les radiesthésistes n'ont, en soi, rien de blâmable, et l'on pourrait même dire, dans certains cas, d'impossible. Mais ce n'est pas là un argument pour qu'elles soient vraies. La grande multiplicité des cas possibles fait apparaître des cas favorables pour la production d'un phénomène déterminé : nous savons qu'il y a des heureux gagnants aux loteries. Les journaux même ne parlent que d'eux. Si la baguette ou le pen-

dule procédaient d'une autre façon que la roulette, il faudrait que leurs réponses fussent beaucoup plus souvent exactes que ne l'indiquent les lois du hasard. Or, cette vérification n'est pas encore faite, bien au contraire.

Psychologie de la maladie. — *Extrait d'un article de M. Bischler (de Genève)* (SCHWEIZERISCHE MED. WOCH., 8 août 1936) :

Les rapports entre malade et médecin, l'influence morale que ce dernier exerce sur son patient posent au psychologue comme au praticien maint problème intéressant. On mésestime cependant trop souvent ce facteur en arguant que le traitement et la guérison de l'affection corporelle constituent la fin ultime et unique que le médecin doit poursuivre et que l'amélioration de l'état psychique, s'il est troublé, s'en suit nécessairement (Nous ne parlons pas ici des maladies mentales ou nerveuses). C'est là une très grande erreur. On sait combien le moral agit sur l'état physique, surtout en cas d'affections chroniques comme la tuberculose, les cardiopathies, etc. : une bonne ou une mauvaise nouvelle, une joie ou une peine retentissent toujours sur le status corporel, la maladie somatique dont l'évolution reflète en quelque sorte les variations de l'état psychique. Souvent le début (apparent) d'une maladie chronique, une aggravation, une rechute coïncident avec quelque ennui ou chagrin alors qu'un plaisir, une joie entraînent parfois des améliorations passagères ou durables, voire une rémission complète, une issue favorable. Il en est de même dans bien des maladies somatiques aiguës, dont l'évolution, la gravité, l'issue dépendent en grande partie de facteurs moraux, impondérables. Selon le Docteur Allendy, toute affection est due, quant à ses causes profondes à des circonstances, à des troubles de la vie antérieure de l'individu qui se reflètent dans son inconscient, lequel à son tour, détermine une attitude psychique ou corporelle donnée, peut créer ou prédisposer à des altérations plus ou moins profondes de l'être, des maladies psychiques, nerveuses ou organiques ; si minimes soient-elles, celles-ci constituent des chocs qui désorganisent toute la personnalité qui n'est plus la même avant et après l'affection.

A son tour la maladie provoque des prédispositions morbides, c'est en somme « un acheminement vers la mort ». On voit alterner des affections physiques et psychiques, se succéder l'une l'autre, s'influencer réciproquement puisqu'elles dérivent d'une source commune.

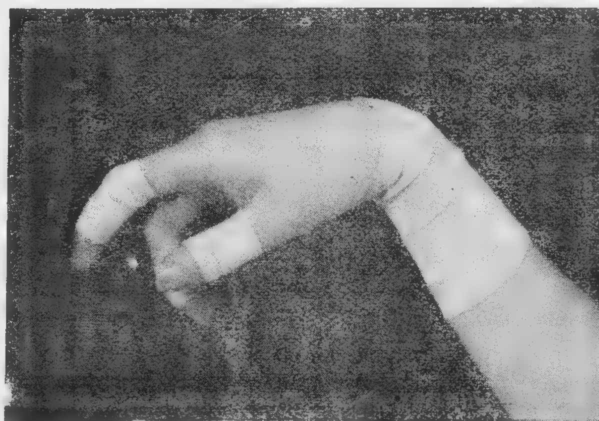
En outre la maladie — surtout chronique — se développe très souvent sur un terrain altéré d'avance, dans un organisme congénitalement débile ou affaibli par quelque traumatisme ou affection antérieure ; elle présuppose un « locus minorae resistentiæ », un manque de vitalité inné ou acquis. Cette insuffisance partielle ou totale du corps, d'un système ou d'un organe, se reflète évidemment dans le psychisme, qui est, lui aussi, primitivement ou secondairement atteint : la prédisposition corporelle exprime ou entraîne une prédisposition morbide, nerveuse, mentale et affective.

On peut aussi envisager le problème sous un autre angle. La psychanalyse nous a révélé que très souvent les maladies, les accidents dont un individu est victime répondent — comme des difficultés, conflits et malheurs qui peuvent l'accabler — à un besoin obscur, insoupçonné, inconscient de châtiment, suite d'un sentiment latent de culpabilité. Ce sont des « auto-punitions » que le sujet s'inflige à lui-même pour des fautes réellement commises, ou — le plus souvent — imaginaires (*Allendy*). Le fait est surtout frappant lorsqu'une personne est poursuivie durant sa vie par une malchance apparemment inexplicable, un « mauvais sort » qui s'acharne après elle. Parfois ce sont des accidents qui surviennent fréquemment — souvent analogues, identiques — chez le même individu ; parfois des maladies, très semblables ou différentes, qui l'atteignent sans cesse. Le besoin inconscient d'autopunition harcèle l'individu tendant à l'affaiblir, le diminuer ou le détruire : tant que celui-ci n'est pas satisfait, d'une façon ou d'une autre, le sujet vit dans un état d'angoisse, d'inquiétude, d'obsession constant qui ne peut être soulagé que quand le châtiment, vague, imminent, pressenti, se cristallise, se localise, entre autres sous forme de maladie corporelle ou nerveuse. Celle-ci se présente ainsi comme la solution — provisoire — d'un conflit inconscient, comme un moyen d'éviter l'angoisse, la mélancolie, l'hypocondrie ou le suicide ; elle « soulage » en quelque sorte de la douleur et de la maladie morales. Il est des cas où l'amélioration ou la guérison d'une affection somatique a entraîné l'éclosion de graves désordres nerveux ou mentaux (dépression, anxiété, etc.) preuve nouvelle de la solidarité des deux genres de troubles.

Les maladies corporelles ou psychiques peuvent jouer un autre rôle : elles répondent à un besoin inconscient de se poser en victime de la destinée, de se créer des excuses — ou prétextes — pour se dispenser de bien des obligations gênantes et des corvées, pour jouir de privilège particuliers, se faire plaindre, aimer, soigner, obéir (fuite dans la maladie de *Freud*). Ce narcissisme s'unit souvent au masochisme, latent chez bien des gens, pour créer, entretenir ou aggraver un état morbide, entraver les efforts naturels de guérison ou l'action du médecin.

Inversement la maladie réagit sur le psychisme de l'individu. De ce point de vue on peut dire que le patient est un être diminué dans sa vitalité, amoindri et affaibli. Obligé de garder le lit ou la chambre, de suivre un régime, de se soumettre à un mode de vie strict, ne pouvant vaquer — ou seulement en partie — à ses occupations professionnelles et autres, il se sent comme exclu de la société, objet de pitié condescendante, ce qui provoque peu à peu chez lui l'éclosion d'un sentiment inconscient d'infériorité. Celui-ci s'aggrave peu à peu et devient à son tour mobile d'action ; il engendre souvent des tendances de compensation (infériorité corporelle — supériorité intellectuelle) qui, pouvant dépasser leur but, contribuent à entretenir et à développer l'état morbide.

On voit ainsi toute la complexité du problème — que nous n'avons qu'effleurer et qu'on aurait tort de sous-estimer, puisque la santé et le bonheur, l'équilibre physique et moral de l'individu en dépendent.



Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 36 LE NUMÉRO : 50 Centimes 5 SEPTEMBRE 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Variétés

J. LAFONT : Le médecin malade (*suite*). 1383

Faits cliniques

M. RAYMOND : Sur un cas de méningite bénigne des porchers...... 1396

Stomatologie

Hygiène du pyorrhéique, par A. Wilcken 1399

Pédiatrie

Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent, par E. Gilbrin.................. 1399

Revue de Presse départementale et coloniale, par J. Lafont.... 1400

Notes cliniques et thérapeutiques. 1402

Nouvelles 1379

Echos et Glanures................ 1405

Bibliographie........................ 1392

NOUVELLES

Société française de gynécologie en Italie. — Répondant à l'invitation de la Société italienne de gynécologie, la Société française de gynécologie se rendra en octobre prochain à Milan pour assister au « Congrès italien de gynécologie ». A cette occasion, un voyage est organisé au cours duquel Turin, Milan et Venise seront visitées. Concentration à Modane le 10 octobre, retour le 15. Le prix de ce voyage est très réduit.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Docteur Maurice Fabre, secéaire général de la Société française de gynécologie, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (IXe).

Le XLVe Congrès français de chirurgie se tiendra à Prais, à la Faculté de médecine, du lundi 5 au samedi 10 octobre prochain, sous la présidence du médecin général inspecteur Henri Rouvillois. Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *La pneumectomie.* — Rapporteurs : MM. Robert Monod (Paris) et Bonniot (Grenoble) ;

2° *Résultats des greffes ovariennes.* — Rapporteurs : MM. Mocquot (Paris) et Cotte (Lyon) ;

3° *La chirurgie chez les diabétiques.* — Rapporteurs : MM. Pierre Fredet (Paris) et Georges Jeanneney (Bordeaux).

Le jeudi 8 octobre après-midi aura lieu une démonstration par films. Ces films doivent être inédits et inscrits au programme dans les mêmes conditions que les communications.

Les titres des communications doivent être envoyés et les renseignements demandés à M. A. Vulliod, secrétaire administratif de l'Association française de chirurgie, 2, rue de Seine, à Paris (VIe).

Service de Santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Les médecins colonels : Etienney, du service de santé de la 7e rég., au service de santé de la div. d'Alger ; Pilod, du labor. central de recherches bactériologiques, au serv. de santé de la 7e rég.

Les médecins commandants : Auban, du 109e au 20e d'art. ; Fabre, du 8e d'inf. à la base aérienne n° 104 ; Zimmermann, du 55e d'art., au 13e d'inf. ; Gruson, de la base aérienne n° 104, au 19e C. A. ; Peytraud, du 13e d'inf., au 30e d'art. ; Thibault, du 13e chasseurs à cheval, au 8e d'inf.

Les médecins capitaines : Guiter, du 10e dragons, au 7e spahis Deslangle, du 150e d'inf., à l'hospice mixte de Tours ; Reilinger, du 15e d'art., au 3e hussards ; Rouzaud, du 19e C. A., au 75e d'art. ; Dupouy, du 19e C. A., au 24e tir. tunisiens ; Chausset, du 3e hussards, au 5e cuirassiers ; Blan, de Desgenettes de Lyon, à l'Ecole du serv. de santé de Lyon ; Aymes, du 405e rég. de déf. contre aéronefs au 69e d'inf. ; Juhan du 46e d'art. au 13e tir. Algériens ; Oiseau du 1er bat. de dragons portés au 8e cuirassiers ; Jacquier du 5e cuirassiers au 1er dragons portés ; Petiteau du 508e chars au 31e dragons ; Rozier du 109e au 20e d'art.

Les médecins lieutenants : Camelin du 9e cuirassiers à l'inf. hôpital du camp de Valbonne ; Laugier du 8e dragons au 508e chars ; Chemin, du 10e dragons, au 7e spahis ; Houot, de l'hôp. Gaujot de Strasbourg, au 158e d'inf. ; Marchand, du 5e cuirassiers Pontoise, au5e cuirassiers Strasbourg ; Garraud, de l'hôp. Scrive de Lille, au 7e gr. d'autos-mitr. ; Guibert, du 54e d'art., au 9e cuirassiers ; Colas, de l'hôp. d'instruction Desgenettes de Lyon, au 405e d'art. Sathonay ; Loubet, du 7e spahis, au 10e dragons ; Bouteille, du 24e d'inf., au 184e d'art. ; Denoun, de l'hôp. d'instruction Percy de Clamart, au 24e d'inf. ; Gloamen, de l'hospice mixte de Lunéville, au 73e d'art.

Concours pour l'admission à deux emplois de médecin à la Maison de Saint-Lazare. — Ce concours s'ouvrira à la Préfecture de police le vendredi 20 novembre 1936 et se continuera les jours suivants, soit à la Préfecture de police, soit dans un hôpital qui sera désigné ultérieurement.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la Préfecture de police (Sous-Direction du personnel), et sera clos le samedi 17 octobre 1936.

Les candidats admis sont en principe affectés au Dispensaire de salubrité en qualité de médecins-adjoints.

Marine. — *Liste des médecins autorisés à subir les épreuves des concours pour les emplois de chargés de cours dans les écoles de médecine navale.* — Les médecins de 1re classe dont les noms suivent sont autorisés à subir les épreuves des concours pour les emplois de chargés de cours dans les écoles de médecine navale qui auront lieu à l'hôpital maritime Sainte-Anne, à Toulon, le 22 septembre 1936 :

I. Ecole principale de Service de santé de la Marine. — *Physiologie, hygiène et médecine légale.* — M. Beauchesne, en service à Toulon.

II. Ecoles annexes. — A) *Histologie et embryologie aux écoles annexes de Brest et Toulon.* — MM. Laffere, en service à Cherbourg ; Duquaire, en service à Toulon ; Gaudin, en service à Bizerte.

B) *Physiologie et séméiologie aux écoles annexes de Rochefort et Toulon.* — MM. Jaffry, en service à Orly ; Chertin, en service à Cherbourg ; Bacquet, du croiseur *Marseillaise.*

Tous ces officiers devront être rendus à Toulon le 21 septembre 1936.

Hôpitaux de Nevers. — Un concours sur titres est actuellement ouvert pour le poste de médecin de l'hôpital de Nevers, chargé du laboratoire de biologie.

Les candidats devront avoir déposé leurs titres et diplômes avant le 15 septembre 1936.

Hôpital de Mostaganem. — Un concours sur titres est ouvert à Alger, le 16 novembre 1936, pour le recrutement d'un chirurgien adjoint à l'hôpital de Mostaganem. La liste des candidats sera close le 26 septembre 1936.

S'adresser au Gouvernement général de l'Algérie, direction de la Santé publique.

Concours pour la nomination d'un médecin-chef des dispensaires d'hygiène sociale de la Haute-Saône. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un méde-

cin-chef spécialisé des Dispensaires d'hygiène sociale de la Haute-Saône. Il aura lieu à la préfecture de Vesoul, le 1er octobre 1936.

Les candidats à cet emploi devront être Français, pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine et âgés de moins de 45 ans à la date du 1er octobre 1936.

Leur demande, rédigée sur timbre, devra être adressée à la préfecture de la Haute-Saône (carbinet du préfet), avant le 15 septembre 1936.

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié. (Professeur : F. Rathery.) — *Cours de perfectionnement sur le diabète sucré* du 19 au 31 octobre 1936. — Ce cours sera fait par M. le Professeur Rathery, avec la collaboration de MM. Terrien, Jeannin, Thalheimer, Froment, Mollaret, Dérot, Mme Germaine Dreyfus-Sée, Boltanski, MM. Julien Marie, Kourilsky, Mollaret, Sigwald, Doubrow.

Inscriptions. — Les inscriptions à ce cours seront reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M. (Faculté de médecine, salle Béclard), tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Droit d'inscription : 250 francs. Un diplôme sera délivré à l'issue du cours.

Ier Congrès international des sanatoria et des établissements médicaux.— A l'occasion du 1er Congrès international des sanatoria, qui se tiendra à Budapest du 16 au 21 septembre 1936, un voyage sera organisé dans des condition excessivement intéressantes pour les membres du Corps médical et leurs familles.

Le programme à l'ordre du jour du Congrès, est constitué par une partie économique, une partie générale et une partie scientifique concernant surtout la tuberculose, le cancer, la physio et la balnéothérapie.

A part l'organisation médicale, des excursions et un programme pour les dames sont prévus.

Visite d'Innsbruck, Vienne, Schœnbrunn, Salzbourg, Budapest. De Budapest excursions au mont Saint-Jean, à Budafok (visite des caves d'Etat et dégustation des réputés vins du pays), visite de Mezokovesd, et excursion par bateau sur le Danube.

Le départ de Paris aura lieu, le 12 septembre 1936, à 8 heures. Le retour le 24 septembre 1936. Prix en 2e classe au départ de Paris, 1.850 francs par personne ; prix en 2e classe au départ de Bâle, 1.680 francs par personne.

Les personnes participant effectivement aux travaux du Congrès, devront verser une somme de 150 francs (50 Pengo). Le droit de participation des personnes membres de la familles du médecin est de 90 francs (30 Pengo), ce qui leur donne tous les avantages des congressistes. Ouverture solennelle, banquet officiels, autres banquets, excursions, etc.

Indiquer les titres des communications au Docteur R. Hervé, Les Escaldes (Pyrénées-Orientales) ou au Docteur Brody, secrétaire général de la section française, Grasse (Alpes-Maritimes), qui se tiennent à la disposition des congressistes pour tous les renseignements.

Cours de phonologie pratique et d'euphonie.— Ce cours est destiné aux médecins et laryngologues désireux de se spécialiser ou de se documenter en phonologie et dans la fonction professorale ou oratoire, aux maîtres de chant ou de diction, à tous les candidats à l'enseignement vocal, orateurs, chanteurs et déclamateurs.

Il est avant tout utilitaire, parce que toujours animé par des exercices pratiques, des démonstrations et des discussions techniques ; il traite simplement de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie vocales et respiratoires, de l'étude de la phonation, de l'articulation et des émissions normales ou déformées, dans la parole et dans le chant, contrôlées par les examens auditif et visuel, du classement vocal et professionnel, du secret de la « phonogénie micro-phonique » avec ses applications au phonographe, à la radiodiffusion et au cinéma, et de ses rapports avec les arts vocaux et leur enseignement, des moyens de développer la véritable voix et de la garder intacte à travers les maladies ou les fatigues, etc.

Le cours complet en dix leçons aura lieu du 21 septembre 1936, chaque soir à 18 heures sauf le samedi et le dimanche.

Le prix global pour les dix leçons est de deux cents francs.

Le prix par leçon est de trente francs.

Les membres d'Euphonia (cotisation annuelle 20 francs) ont droit à une réduction de 50 % sur ces prix.

Pour les inscriptions et pour tous renseignements, s'adresser chez le Docteur Wicart, 92, avenue de Wagram, Paris (XVIIe).

VARIÉTÉS

Le médecin malade [1]

(*Suite*)

Par **J. LAFONT** (de Clermont-Ferrand)

Un bel « embarras gastrique fébrile »

OBSERVATION VI (Y.). — ... Une observation, j'en ai une et je suis en mesure de l'établir à peu près exactement ; j'ai eu la fièvre typhoïde en 1917, je l'ai eue en qualité de médecin militaire et je l'ai passée à l'hôpital. J'ai conservé ma correspondance de l'époque ainsi que la feuille de température, ce qui me permet d'avoir quelques points de repère dans une aventure, qui fut, ça se comprend, assez confuse.

J'avais été relevé en février pour raisons de santé ; j'avais des coliques hépatiques fréquentes, qui s'accordaient mal avec les fonctions de médecin de bataillon ; on les baptisait entérite, mais ce n'en étaient pas moins des coliques hépatiques. Pour me reposer j'obtins un poste de médecine civile, dans un canton montagneux, à une distance de trente kilomètres de tout confrère et, sans autre moyen de locomotion qu'une mauvaise bicyclette, je m'y épuisai littéralement en quelques mois.

Quand je fus censé avoir bénéficié d'un repos suffisant je reçus un ordre de départ pour le front et ce fut un soulagement pour moi ; je me préparai donc et je me vois encore assis sur mon lit, en train de contempler ma cantine béante et la masse d'objets à y introduire sans dépasser le taux normal de compression. Moi, qui jusque-là avais couru jour et nuit, à bicyclette, à pied, et qui venais pourtant de dormir une nuit complète, j'étais fatigué, las sans cause bien définie, brisé sans courbature, mais je n'y attachai guère d'importance.

C'était le 4 octobre ; je partais le 5 ; j'avais un petit manteau léger et je ne m'étais pas encombré d'une capote, par ce temps assez beau et chaud ; je me procurerais quelque chose de plus confortable d'ici l'hiver ; j'avais emporté cependant une couverture à tout hasard; cette précaution ne devait pas être inutile.

Le 5 je passai la journée en chemin de fer ; il y eut les nombreuses heures prévues par l'horaire, auxquelles s'ajoutèrent celles des retards normaux, car je changeai de trains et chacun fit preuve d'une indépendance peu admissible en temps de guerre. Vous me demandez pourquoi je vous raconte cela ; pour rien, tout simplement pour vous signaler que j'eus un léger frisson sur les dix-sept heures et que je pensai avoir pris froid à attendre sur un quai bien aéré.

Je ne me rappelle point d'autre détail médical de cette journée, qui s'acheva vers minuit à D. ; je descendis dans le meilleur hôtel où je choisis la chambre au meilleur prix et là commencèrent les cafouillages ; j'étais au dernier étage. J'ai encore une raison pour vous dire tout cela ; cet hôtel avait une particularité curieuse ; il y avait sur la table de nuit une planchette munie de trois boutons, commandant les deux lampes et la sonnette. Je ne sais comment je m'y pris, mais pour éteindre j'actionnai la sonnette et, ayant fini par obtenir l'obscurité, j'entendis comme un remords vivant, monter les cinq étages au portier, qui répondait à l'appel et qui, sur mes excuses, daigna reconnaître que cela se produisait fréquemment ; sans doute divisait-il l'humanité, avec laquelle il était en contact, en deux catégories, celle qui savait ce qu'elle faisait et l'autre. J'étais vraiment humilié d'avoir commis une erreur aussi stupide et dérangé ce pauvre homme à une heure pareille. Cet incident m'est resté gravé dans la mémoire comme le premier symptôme d'hébétude.

La nuit fut longue et mauvaise ; un sommeil lourd, agité, hâché de cauchemars, me mena à une aube blanchissante qui me libéra. Je me levai et visitai la ville, la parcourant en long, en large et en travers ; j'étais frileux et j'attribuai cette disposition à la mauvaise nuit. Je me rappelle avoir eu froid en méditant devant une inscription latine : *Respice finem*, qui était vraiment de circonstance.

6 octobre. « J'ai déjeuné à l'hôtel... où j'ai failli attraper une indigestion ». Avais-je trop mangé ? Ou cela passait-il mal ? Je ne saurais le dire. La cuisine était excellente, le garçon très complaisant et j'avais l'intention de lui donner un gros pourboire, quelque chose comme vingt sous. Comment m'y suis-je pris ? Je l'ignore, mais j'ai trouvé le moyen de lui refiler une pièce de cinq sous. J'ai honte d'avoir été si ladre ; ce ne serait rien encore, si je ne me demandais depuis, sans trouver la réponse satisfaisante, comment je me suis rendu compte que je m'étais trompé ; si c'est en donnant le pourboire, il est incompréhensible que je n'ai pas réagi sur-le-champ en le complétant ; si c'est après l'avoir donné, il est encore plus incompréhensible que j'aie enregistré cette erreur et qu'elle ne soit parvenue à ma conscience que lorsque j'étais déjà loin.

Ce petit incident me gâta le reste de la journée, qui se passa dans le train ; j'arrivai à N. vers 21 heures, en avance sur mes prévisions et en retard sur l'horaire ; je trouvai à dîner chez des commerçants en hôtellerie, insolents et âpres au gain ; comme ils préféraient louer leurs chambres à des Américains lestés de dollars, je finis par échouer à la gare, dans une baraque ouverte à tous les vents et destinée aux permissionnaires en transit. J'avais heureusement ma couverture, qui me fut d'un grand secours ; le tohu-bohu, l'appel pour les trains en partance, les coups de sifflet me gênèrent beaucoup jusqu'à deux heures. « A partir de 2 heures j'ai somnolé jusqu'à 9 heures », mais ce sommeil fut moins trouble que celui de la nuit précédente.

Le lendemain je me présente au médecin-chef de la R. P. S. qui me pose une question singulière : Etes-vous apte ? Il le sait bien, puisqu'il a mes papiers sous les yeux. Je suis un peu tassé, j'ai mauvaise mine sans doute, c'est normal après deux jours de voyage. J'attends un poste.

12 octobre. « Hier j'ai pris froid et j'ai passé une mauvaise nuit. Ce matin je me suis bourré de quinine et d'aspirine ; je vais mieux maintenant. »

Le 13, je suis affecté à la G. R. de C. Le médecin-chef, auquel je dois me présenter avant mon départ, me demande si je suis apte ; décidément il y tient !

14 octobre. « Je suis allé à C. (au village distant de 2 kilomètres de la gare). J'ai vu le pharmacien et donné une consultation. J'ai roulé sur les quais. Le soir j'étais vanné.

[1] Cet article est une suite d'auto-observations de médecins. Voir la première partie dans le *Progrès Médical* du 29 août.

« La nuit a été assez pénible ; j'avais des névralgies dans toutes les dents. J'ai pris à 4 heures du matin 0,25 quinine, 1 gr. aspirine. J'ai tellement transpiré que je sentais la sueur me couler sur tout le corps ; j'ai trempé le lit. A 7 heures je me suis lavé entièrement à l'eau froide ; j'ai lavé mon linge. »

On sent déjà la fêlure ; cette précision des doses ne repond pas à grand'chose ; quant à l'idée de se laver à l'eau froide dans une pièce glaciale, elle a dû réjouir l'âme de Kneipp ; elle ne semble pas avoir eu de mauvais résultats.

17 octobre. « Je me porte fort bien maintenant, sauf des migraines et des névralgies, qui doivent tenir à l'humidité. Je mange et bois bien, je dors assez peu. »

Comme je n'ai ni bois ni charbon je gèle dans ma chambre ; je me réfugie dans le bureau du commissaire de gare : là, dans un fauteuil, je me chauffe à un feu administratif, à un « beau, clair et grand feu », comme eût dit notre maître Rabelais ; cette chaleur me pénètre, me congestionne et me plonge dans une douce torpeur ; je ne bouge plus et je n'ai plus froid. Le service est nul, sauf une nuit que je passe à un embranchement pour y attendre un malade, qui est dans un train venant d'Italie. La moindre marche m'épuise.

Le 21 je suis incapable de me lever ; pour passer le temps je prends ma température : 39°2. c'est beaucoup pour moi qui ai une température assez basse. On m'avise que j'ai ma permission. Hélas ! Je me rends compte, j'ignore pourquoi, j'ignore comment, que je n'ai plus que vingt-quatre heures de bonnes et que je n'aurai pas le temps matériel d'arriver chez moi. Alors je refuse ma permission et c'est là un symptôme vraiment grave ou je ne m'y connais point. Le soir 39°5.

Le 22 je suis pris d'une céphalée frontale épouvantable ; je ne souffre qu'exceptionnellement de la tête : température : 40°4. Brusquement je me rends compte que je suis mal, très mal ; je ne pense pas à faire un diagnostic.

Je reçois une nouvelle affectation ; le médecin, qui me l'apporte et me remplace, m'évacue d'autorité ; la fiche porte : embarras gastrique fébrile ; je traduis : fièvre typhoïde ; me voici fixé.

Je m'habille péniblement ; je m'allonge sur la banquette d'une camionnette-conduite-intérieure, dont une vitre manque ; il fait très froid. Ce petit voyage de quarante minutes, sur des chemins défoncés, dans une voiture mal suspendue, pour être sans agrément, n'est pas sans efficacité ; quand j'arrive à l'hôpital de L. ma température est tombée à 39° ; c'est une idée thérapeutique à exploiter. Le soir je n'ai plus que 38°5. mais la nuit est franchement mauvaise.

La suite fut une fièvre typhoïde, que je n'ai pas réussi à découper en tranches septénaires. Comme j'étais agité et semi-délirant le diagnostic resta d'abord en suspens. Le médecin-chef, un homme charmant, penchait pour une dépression nerveuse causée par un long séjour au front. Je suis arrivé à lui expliquer — et, ce qui m'étonne, c'est que j'aie réussi à le convaincre — que le retour au front était récent et qu'il s'agissait d'une dothiénentérie. Il ne s'entêta point, une hémoculture fut pratiquée et je fus inscrit dans la colonne des typhiques non-vaccinés, avec quelques commentaires peu flatteurs du gestionnaire pour le corps médical, qui vaccine tout le monde mais se garde bien de se faire vacciner.

Je ne dirai rien d'une fièvre typhoïde qui eût été banale sans la prédominance de la confusion et sans le traitement par l'or ; il me reste à donner les impressions du médecin qui délire et qui fait un choc.

La température montait vers les cinq heures, l'obscurité enveloppait l'hôpital et je commençais à rêvasser. La chambre était peinte au ripolin blanc et j'avais en face de mon lit un bec Auer, dont la lumière me gênait beaucoup ; on le couvrait ; il projetait cependant une lueur crue sur le sol et cette lueur se réflétait sur les murs ; de plus le bec ronronnait comme un matou. Cette lumière et ce bruit créaient l'atmosphère ; j'étais dans ma petite gare de C., tantôt dans la salle d'attente, d'où j'entendais le bruit des convois, tantôt dans le train, où les banquettes étaient dures, mal rembourrées. Tous les paysages de gare se ressemblent et, quand le train s'arrêtait après avoir assez roulé, je n'avais aucun point de repère pour me retrouver ; je demandais à l'infirmière où j'étais et, quand elle me répondait : à l'hôpital de L., j'émettais d'abord quelques mots de doute, puis petit à petit je reconnaissais mon lit, le bec de gaz et j'étais navré. Je voulais partir, partir n'importe où, mais à aucun prix je ne resterais. Je retombais bientôt dans le délire ; il y avait un lit vide à côté du mien, il m'intriguait beaucoup, c'était un wagon embusqué, qu'est-ce qu'il faisait là ? Cette rêverie ferroviale était entrecoupée de cauchemars variés.

J'avais le cerveau en ébullition, je savais que chaque soir ramènerait avec lui la fièvre et le délire, le même délire, car il ne se renouvelle guère. Ces nuits m'épuisaient, j'attendais avec impatience, je guettais aux vitres la première lueur du jour d'un automne déclinant ; cette clarté me sauvait des forces obscures et mauvaises de la nuit ; je me sentais revivre ; mon cerveau, encore embrumé, fonctionnait suffisamment pour me permettre la lecture du journal; une question me tracassait beaucoup ; doit-on dire le ou la Piave ? C'était le moment de la grande offensive austro-allemande en Italie et j'aurais bien voulu en connaître l'issue, ainsi que celle de la guerre ; mais je ne me faisais pas d'illusions sur le nombre de mes chances favorables. Il y avait ensuite la visite du médecin-chef, qui me considérait comme un cas curieux. Quand il entrait je me redressais et faisais le salut militaire, j'étais vraiment bas ; lui trouvait ça très bien ; par contre il m'interdisait de parler, de lire le journal ; sur ce point nous n'étions pas d'accord ; je lui dois de la reconnaissance, car il fut parfait en tout.

Petit à petit mes forces diminuaient ; je me demandais comment je tiendrais jusqu'au bout ; j'avais conscience de ma faiblesse et je suivais les progrès de la maladie à la fois avec curiosité et détachement. Bientôt le délire empiéta sur les heures claires, il me laissa tout juste le temps de lire les communiqués. Un jour je perdis mes jambes, je n'avais plus de jambes ; ou bien, si je les trouvais au toucher, ce n'étaient plus les mêmes, on me les avait changées.

Bien que jugeant mon état très grave, je n'avais pas perdu tout espoir dans la thérapeutique. J'avais utilisé en juillet 1914 l'or collobiasique chez un typhique abandonné de tous et j'avais réussi à le rétablir si bien qu'il fut pris en décembre, incorporé dans l'infanterie et tué à Verdun en 1916. J'eus beaucoup de peine à expliquer ce que je désirais. A partir de ce moment ma vie déclinante n'a plus été qu'une attente. Dans mes moments de lucidité de plus en plus rares je ne pensais qu'à ces ampoules, qui représentaient ma seule planche de salut et qui n'arrivaient pas. Quand je ne délirais pas trop, je consultais ma feuille de température ou je me regardais dans la glace ; j'avais les dents noires, les gencives en pâté de

foie, une barbe de grand secteur ; je n'avais pas maigri, j'avais fondu.

Enfin les ampoules arrivèrent. Le 2 novembre on pratique une première injection sous-cutanée de 1 c.c. dans la matinée et la température passa de 39°5 à 40°, une seconde injection sous-cutanée de 1 c. c. dans la soirée et j'eus 40°2 ; les résultats n'étaient pas encourageants ; on tenta le tout pour le tout et la troisième piqûre, pratiquée le 3 novembre dans la matinée, donna lieu à une scène mouvementée.

La température était de 39°5 quand on me fit cette injection intramusculaire de 1 c. c. et demi ; c'était moi qui fixais les doses. Dans l'après-midi je fus pris d'un frisson si violent que le lit lui-même s'agitait ; le délire en profita pour se donner libre cours. De temps en temps j'avais une éclaircie et je me rendais compte que je tenais enfin la réaction ; je ne souffrais pas et je concentrais mes réserves de lucidité pour suivre la partie qui se jouait sous mes yeux et qui déciderait de mon sort.

Après avoir frissonné à discrétion, je sentis une chaleur interne et intense, comme si j'avais avalé un grog bouillant ; la température monta à 41°3 à 17 heures ; j'étouffais dans mon lit, je cuisais dans ma peau ; puis je me mis à transpirer comme une alcaraza ; alors la température commença à baisser, on la prit toutes les heures environ ; à 21 heures elle tombait à 38° et à 23 heures à 36°5, soit une chute verticale de 4°8 en six heures. Je sentais ma vie s'échapper, j'avais une impression de repos complet, de calme apaisant ; mon pauvre corps ne me faisait plus mal ; j'étais de plus en plus faible et, chose curieuse, de plus en plus lucide ; je me sentais glisser, vraiment c'était facile de mourir ; on se détachait de la vie comme un bateau libère ses amarres. Je partais...

Ensuite je ne sais plus que ce que m'a raconté l'infirmière, qui m'avait témoigné tant de dévouement ; elle était dans la pièce à côté quand elle avait entendu la chute d'un corps, elle m'avait trouvé étendu à terre et sans connaissance ; j'étais descendu de mon lit pour partir sans doute et j'étais tombé ; comme c'était une femme de décision, elle m'injecta toutes les ampoules qu'elle avait sous la main : huile camphrée, caféine, éther en vrac. J'eus trente piqûres et deux abcès, mais sa présence d'esprit m'a sauvé, car la syncope du choc présente un réel danger.

A mon retour à la vie j'eus l'impression que tout était à recommencer, qu'il faudrait encore souffrir, délirer ; je me résignai une fois de plus et j'attendis la fin ; cette maladie je l'ai passée à attendre ; mais contrairement à ce que je pensais, une amélioration se dessina et je me rétablis assez vite.

Par la suite j'eus du rhumatisme infectieux, une phlébite double, le tout sans grand intérêt ; on a eu raison de signaler que le membre inférieur gauche est plus touché que le droit.

Je ne perdis ni les cheveux ni la mémoire et c'était déjà beaucoup plus intéressant.

Lorsque je repartis pour le front, quelques mois plus tard, dans l'artillerie de campagne, je m'aperçus que je supportais mal l'ébranlement produit par l'explosion des obus et il me fallut quelques séances d'entraînement pour m'y réhabituer ; il est vrai qu'elles ne me firent point défaut...

***

Synovite à bascule

OBSERVATION VII (Z.). — ...Voici donc une anecdote dont je suis naturellement le héros, puisqu'il s'agit d'une auto-observation ; elle est mince, tout en offrant l'avantage de montrer comment on peut être empoisonné par ce qui ne serait qu'une bagatelle s'il s'agissait du voisin.

Je suis un vieux rhumatisant, c'est-à-dire que ni moi ni mes rhumatismes ne sommes bien jeunes ; j'ai eu dans mon enfance une crise aiguë et depuis l'occasion de faire quelques expériences personnelles et quelques comparaisons instructives avec le rhumatisme infectieux et le rhumatisme vertébral ; mais ce sont là d'autres histoires et aujourd'hui je vous parlerai d'un épisode de moindre taille.

Il s'agit simplement d'une synovite du pouce gauche ; je savais bien que j'étais possesseur de deux tabatières anatomiques, mais jusqu'à ce jour elles n'avaient jamais manifesté leur utilité ni leur présence d'une manière quelconque. Un matin, au réveil, mon pouce gauche était douloureux et je le constatai sans commentaires superflus.

J'avais une nouvelle voiture avec les leviers à gauche et la direction à droite ; je roulai quelques heures en ville, ce qui nécessitait des changements de vitesse fréquents, et mon pouce souffrit d'autant plus que la main travaillait en porte-à-faux.

Une fois rentré je ne gardais qu'une simple lourdeur et le soir c'était moins que rien. Le lendemain il y eut une séance analogue et le surlendemain aussi ; je finis par souffrir, pour de bon et toute la journée, du pouce, au point de ne plus m'en servir qu'avec difficulté ; on ne se figure pas comme c'est gênant, il faut y avoir passé pour savoir ce que c'est, exactement comme pour le torticolis ou le lumbago.

Naturellement j'employai la thérapeutique courante ; j'avalai des comprimés d'aspirine qui me détraquaient l'estomac et je pratiquai des autopointes de feu ; j'ai la main plutôt légère, eh bien je ne réussis qu'à me massacrer assez piteusement.

Tout échoua, alors que j'avais la satisfaction de constater que mes clients, atteints de synovites semblables, guérissaient avec une rapidité insolente. J'envisageai tristement la nécessité de me débarrasser de ma voiture.

Cependant un fait me paraissait assez étrange. Le levier de changement de vitesses était certainement responsable, c'était depuis que j'avais cette voiture que je souffrais ; il avait donc joué le rôle provocateur et il continuait à aggraver la situation. Mais il y avait des jours où je ne roulais pas ; la douleur diminuait le soir pour augmenter le lendemain matin ; le repos de la nuit aurait pourtant dû avoir une action calmante.

Je me fis radiographier à tout hasard ; le spécialiste ne trouva aucune anomalie apparente, contastable, révélatrice d'une lésion osseuse, sans pouvoir affirmer toutefois, etc. ; vous connaissez les précautions oratoires d'usage ; par contre les parties molles étaient deux fois plus épaisses que du côté sain.

Je renonçai à savoir et, comme tout se tasse, je m'habituai à cette petite misère. Sur ces entrefaites je changeai de chambre, j'en abandonnai une au midi pour en occuper une au nord, bien que cela ne fût pas extrêmement indiqué.

Quelques jours plus tard j'eus une double surprise : l'une agréable, ma synovite s'améliorait graduellement, l'autre pénible, le pouce droit se prenait à son tour ; je fus bientôt nanti d'une synovite symétrique ; c'était encore heureux que j'aie conservé la même voiture.

Je me trouvais dans la situation classique de la poule qui assiste aux premiers essais natatoires des canetons qu'elle

a couvés. Ce jeu de balance était vraiment diabolique et ma raison médicale vacillait.

Un jour enfin tout s'éclaira et je m'expliquai pourquoi une poussée rhumatismale quelconque s'était localisée alternativement sur les gaînes tendineuses des deux pouces.

Les appels de nuit m'ont donné l'habitude de me coucher du côté de l'interrupteur de lumière ; dans la première chambre je dormais sur le côté droit et ma main gauche, le plus souvent découverte, s'était refroidie, d'autant plus que je garde la fenêtre ouverte la nuit ; dans la seconde chambre je me plaçais sur le côté gauche et c'est la main droite qui était la plus exposée.

Il m'a suffi de calorifuger mes mains pendant quelques nuits pour me débarrasser définitivement de cette synovite à bascule.

Si cette observation est minime, elle n'en comporte pas moins un enseignement, c'est qu'il n'y a pas de détail insignifiant en médecine, que tout compte. Souvent nous ne concluons pas parce que nous interprétons mal les faits que nous constatons ou que nous en laissons échapper un. Supposez que cette histoire fût arrivée à un de mes clients, j'étais couvert de ridicule. Il m'eût été difficile de lui expliquer que le temps et le hasard sont deux bons auxiliaires du médecin.

***

Phlegmon et tourisme

Observation VIII (M. Nodet, de Saint-Etienne). — ... Autant que je m'en souvienne, il avait été décidé depuis longtemps que mes quelques jours de vacances se passeraient, cette année-là, chez un vieil ami, qui villégiaturait sur les bords du lac d'Annecy... Dans ces conditions, vous pensez bien qu'une piqûre du dos de la main gauche, douloureuse, avec une vague allure de début de folliculite, un peu d'œdème et un léger suintement séreux, n'était pas faite pour m'arrêter et me faire manquer ces vacances. Comme cependant j'avais quelque inquiétude sur cette petite plaie et son origine opératoire, je passai à la clinique... Là la sœur me fit un pansement humide si confortable que ma main avait pris l'allure de quelque crabe monstrueux... La nuit fut un peu agitée, la douleur me réveilla deux ou trois fois et au matin ce pansement me semblait peser vingt kilogrammes. Enfin... nous voilà partis. Heureusement la direction était à gauche, les leviers à droite et ma main gauche ne me servait guère qu'à maintenir le volant, pendant les changements de vitesse. Elle n'aurait d'ailleurs pas pu faire plus, continuellement occupée à enregistrer les moindres dénivellations de la route, qu'elle transmettait avec une exaspérante fidélité en élancements douloureux jusque dans l'aisselle et le dos. A midi, j'avais quelques frissons désagréables, mais je pus manger un peu, sans apprécier le déjeuner comme il le méritait. Mon pansement pesait trente kilos. L'après-midi, par un temps délicieux, grâce à la Rhoféine, je pus apprécier le paysage, jouir de la promenade.

Bref on atterrit sans ennuis à Grenoble et nous voilà logés aux Dauphins. Ça n'allait plus : frissons, céphalée, langue sèche, malaise général, douleurs. Ma main était difforme, mes doigts boudinés ne remuaient plus, l'œdème remontait jusqu'au coude et pas un ganglion, pas de lymphangite ; aucune fluctuation, aucune collection décelable ; mon bras était si lourd que je devais le soutenir et le bouger avec l'aide de la main droite. Le résultat de cet examen « chirurgical », qui voulait trouver une fluctuation inexistante, fut que la douleur et le reste me laissèrent évanoui sur mon lit un bon quart d'heure. Je me refis un pansement humide, repris quelques calmants antithermiques et pus apprécier une bonne partie du dîner et du concert qui suivit. Le café était excellent, j'en pris beaucoup, pendant que d'une petite estrade au-dessus de l'entrée, où les musiciens accédaient par une porte minuscule, un pianiste de talent égrenait les Arabesques de Debussy. La nuit fut franchement mauvaise. Je luttais avec mon ancien conférencier Sigaud, brillant chirurgien grenoblais, qui me lardait la main et le bras de coup de bistouri... Et je cherchais avec angoisse comment le pianiste de l'orchestre avait pu amener sur l'estrade son grand piano par la petite porte.

La mise en route le lendemain matin fut très pénible, je pensai sérieusement à voir Sigaud, mais c'était trop bête de finir mon voyage dans une clinique à Grenoble. Nous devions arriver à Sévrier le soir même, je décidai coûte que coûte d'y arriver; j'irais à la clinique à Annecy... Et on partit sur Chambéry par des routes toujours en lacet où je devais conduire des deux mains quoi qu'il m'en coûtât. Là ce fut un désastre, je crus vraiment que je ne pourrais pas poursuivre ; vertiges, nausées, frissons, rien n'y manquait. Je ne pus ingurgiter une seule miette de pain et me contentai de boire. L'odeur, en d'autres circonstances délectable, d'une cuisine raffinée m'était insupportable. Et ensuite sous les arcades les glaces réputées me paraissaient chaudes et sans saveur.

Nous repartîmes sur Sévrier... Enfin le soir nous étions chez nos amis... J'eus enfin la satisfaction de trouver un peu de fluctuation profonde dans cette main méconnaissable. Le lendemain matin je me fis conduire chez mon ami Cattin, praticien distingué d'Annecy, vieux camarade d'internat, qui m'emmena aussitôt à la clinique. Avec quelques bonnes paroles et un peu de chlorure d'éthyle, il n'eut aucune peine à m'endormir et on m'opéra. Je repris un premier contact avec la vie dans l'ascenseur qui me ramenait au premier. Ce fut pour voir ma femme (que je reconnus parfaitement, mais sans qu'aucune espèce de sentiment affectif se mêlât à cette reconnaissance), qui, penchée sur la rampe, angoissée, regardait avec inquiétude monter ce grand cadavre sur son lit roulant. Je retombai dans le coma, j'eus la vague impression qu'on me couchait ; j'étais bien, mais bien à un point que vous ne pouvez imaginer et ne pensais qu'à conserver ce bien-être. Un peu plus tard j'entendis très distinctement une infirmière qui rassurait ma femme et lui recommandait de me laisser reposer et de ne pas revenir avant quatre heures du soir pour que je sois bien réveillé et rétabli. Je n'ouvris pas les yeux, craignant de me retrouver avec la réalité et me rendormis encore un moment.

Enfin je repris contact avec la vie, dans un état d'euphorie extraordinaire, mon bras était lourd mais n'était plus douloureux. Je revivais. J'étais moi-même. La rapidité du passage de l'état de « maladie », de douleur aiguë à l'état de « santé », dans ces cas-là, est inimaginable. Aussi le premier de mes soucis fut de sonner l'infirmière pour lui rappeler que je n'étais pas à jeun depuis le matin comme il se doit, mais depuis trente-six heures au moins et lui demander quelque breuvage. Je bus tout ce qu'elle me donna, puis tout ce qui restait sur le plateau qu'elle avait laissé sur la table en s'en allant.

Me rappelant que le sucre était un énergétique puissant, je vidai le sucrier, puis j'admirai le paysage ravissant de ma fenêtre. La clinique était dans un joli jardin, vue superbe, grand soleil. C'était tentant! Je pensai à deman-

der à l'infirmière de m'habiller, mais me rappelant ses recommandations à ma femme, je craignais qu'elle s'y refusât. Alors je me mis au travail, et, lentement, patiemment, avec des difficultés inouïes (ah ! cette cravate et ces tire-chaussettes !) j'arrivai à m'habiller si correctement que je pus... explorer la clinique sans que personne s'en étonne. Et à trois heures, heureux comme un lézard au soleil, j'admirais ce lac unique et si varié ; je reprenais goût à la vie et au tabac en attendant ma femme. Elle vint et vous pensez...

***

Une piqûre anatomique

Observation IX (N...). — Je ne sais pas si cette observation vous conviendra, car j'étais alors simple étudiant et ne devais conquérir mon diplôme que quelques années plus tard ; je vous l'envoie tout de même, car il s'agit d'un phlegmon post-nécropsique et les auto-observations de cette sorte doivent être rares.

J'avais pratiqué l'autopsie d'un bossu, je me rappelle fort bien ce détail qui avait joué un rôle dans l'affaire ; en décollant avec quelque difficulté le poumon d'un thorax déformé, je m'étais écorché le dos du poignet droit. Nous n'avions pas de gants de caoutchouc pour pratiquer ces opérations essentiellement septiques ; l'Assistance publique était trop pauvre et nous n'étions pas assez riches pour acheter des gants, dont le prix était très élevé à cette époque et que le moindre accroc rendait inutilisables. Toujours est-il que je m'écorchai ; dès que j'eus terminé je me lavai soigneusement, mais vous savez en quel état sont les brosses et le savon chez Morgagni ; je désinfectai la petite plaie à la teinture d'iode un peu plus tard.

J'étais inquiet, je l'avoue, car on ne sait jamais où vous mènent ces histoires ; j'étais passé à Bordeaux en 1903 ; on n'y parlait que d'un étudiant, qui était en piteux état à la suite d'une piqûre anatomique ; on lui avait tailladé le bras en tout sens et il était question d'un évidement de l'aisselle et peut-être de mieux encore. J'étais donc au courant de ce qui m'attendait si j'avais de la malchance. Cependant deux ou trois jours passèrent sans qu'il y eût du nouveau ; j'étais déjà rassuré. Le dimanche qui suivit je fis une promenade à pied ; je suis bon marcheur et une dizaine de kilomètres ne me faisaient pas peur. Au retour je me sentis fatigué et je ralentis l'allure. Je ne m'expliquais pas cette légère défaillance, quand je sentis que mon poignet s'alourdissait ; une pression opérée sur le point lésé éveilla une douleur aiguë.

L'affaire était claire. Il fallait ouvrir et sans perdre de temps ; je me précipitai rue Vineuse, chez l'excellent Docteur Bonamy, sous la direction éclairée duquel j'avais travaillé à l'hôpital Gouin.

Après une légère pulvérisation locale, il incisa avec habileté. Je n'étais pas très fixé sur la dose de courage physique dont j'étais doué et je craignais de me conduire peu brillamment ; à la vérité je m'en tirai assez bien ; la pénétration de l'acier me fut désagréable, mais je ne réagis que par un rire spasmodique. De l'incision sortit une petite quantité de liquide louche teinté de sang.

J'allai me coucher sans tarder ; j'avais la main douloureuse, la sensation de tension avait disparu, j'étais mieux de ce côté-là ; la nuit fut fébrile et agitée.

Le lendemain matin je constatai avec amertume que j'avais l'avant-bras enflé jusqu'au coude. Je me rendis à l'hôpital, où j'étais externe, pour y justifier mon absence dans les jours qui suivraient. J'y fus fort mal reçu par mon chef, qui m'accusa de venir infecter le service. J'allai consulter l'interne de la salle chirurgicale voisine, il s'occupa fort bien de moi, tout en me laissant entrevoir qu'il y aurait sans doute à intervenir largement ; la surveillante fut d'une grande complaisance, me mit l'avant-bras à tremper et me munit d'un pansement vraiment confortable.

Avec des bains chauds et des pansements humides je ne souffrais plus, sauf de l'incision ; j'étais très fatigué, j'avais des poussées de fièvre qui me mettaient la tête en feu et je passais des nuits plus que pénibles. Je dois dire que je ne me frappais pas. Je continuais à me rendre à mon petit restaurant, me forçant à manger et à circuler dans Paris. Les jeunes ne pensent à rien, ne s'inquiètent de rien ; c'est ainsi que je n'ai pas pris une seule fois ma température.

Pendant huit jours il n'y eut pas une goutte de pus, puis il s'en forma ; à partir de ce moment il eut l'air de s'installer et il fallut quinze jours encore pour qu'il se décidât à tarir. J'avais beaucoup maigri, mais j'avais eu quand même de la chance.

***

Histoire d'une fracture

Observation X. (J. Lafont, de Clermont-Ferrand). — C'est en décembre 1914 que m'arriva la fâcheuse aventure qui motive cette observation. En sortant de la popote j'avais à traverser un terrain assez gras, barré d'un réseau de barbelés à demi-détruit ; je réalisai ce jour-là une mauvaise performance en passant l'obstacle ; je glissai du pied gauche ; j'eus l'impression très brève qu'il fallait m'arracher les mains aux ronces artificielles ou choir en me cassant quelque chose ; je sais depuis ce moment ce que c'est qu'une décision rapide ; j'optai pour la chute ; une vive douleur à la cheville m'apprit qu'il y avait du nouveau ; c'était ma malléole péronière qui avait sauté.

Nous autres médecins sommes toujours disposés à poser des questions oiseuses aux victimes d'accidents semblables : Pourquoi êtes-vous tombé ? Comment êtes-vous tombé ? Dans quel sens votre pied a-t-il tourné ? Avez-vous senti un craquement ? Avez-vous pu vous relever ? Avez-vous pu marcher ? Sinon pourquoi ? J'avoue que je serais incapable de dire ou d'expliquer quoi que ce soit et que je ne me suis rendu compte de rien.

Le médecin-chef, assisté de deux ou trois confrères, porta le diagnostic réglementaire d'entorse qui n'engage à rien et l'on se contenta de disserter académiquement sur les indications thérapeutiques : bain chaud ou bain froid ? Les classiques tenaient pour le premier, les modernes opinaient pour le second ; le temps passait et, en fin de compte, la question n'ayant pas été nettement tranchée, je fus exempt de pédiluve.

La nuit fut mauvaise ; le moindre mouvement déterminait des douleurs aiguës qui me tinrent en état de veille. Au matin je fus évacué sur une ambulance de l'Oise, installée dans son château par un Américain, avec du personnel anglais et sous le contrôle du médecin-chef français d'un régiment au repos dans le voisinage.

Je fus frappé du confort et de la propreté de cette ambulance, plongé dans une baignoire et examiné par un excellent chirurgien, qui exerce actuellement à Londres. La jambe était œdématiée et douloureuse, ce qui rendait l'exploration difficile ; il pencha pour une fracture de la malléole péronière, à confirmer par la radio. J'étais fort ennuyé à l'idée d'avoir une fracture, je ne sais d'ailleurs pas pourquoi ; une simple entorse est souvent aussi gênante et je n'étais pas à quelques jours près.

L'appareil de radio se trouvait dans un de ses mauvais jours ; il ne donna pas de résultat net et je restai catalogué entorse et voué au massage.

J'avais une séance de massage matin et soir et l'infirmière anglaise qui me les faisait était parfaite comme technique ; elle avait fait trois ans d'études et un an dans une école de massage et çà se voyait. Son massage était essentiellement anatomique, sa mobilisation s'inspirait de la physiologie, le tout impeccable et indolore. J'en étais émerveillé.

Une ecchymose apparut à la cheville et gagna peu à peu la jambe entière, qui prit un aspect jambonné du plus curieux effet. Il n'y avait plus de doute, il y avait réellement une fracture et alors se posait une question qui me tracassait beaucoup. Allait-on me plâtrer ?

Je demande la permission d'ouvrir une parenthèse et d'exposer mes idées personnelles sur cette question. J'ai remarqué depuis longtemps que, dans la lutte qui oppose les médecins aux rebouteux dans le traitement des fractures, les premiers ont fréquemment le dessous. Sans doute y a-t-il une raison et je pense qu'elle réside dans la différence et même l'opposition des deux conceptions du traitement. Le médecin recherche avant tout le résultat anatomique, car, avec la radio, on contrôle ou on contrôlera le résultat ; il faut donc un beau cal, ce qui nécessite une réduction exacte et une contention durable. Le rebouteux au contraire, par ignorance ou rouerie, envisage simplement le rétablissement de la fonction et s'inquiète peu de la déformation qui persistera ; ses pratiques de massage, héritage traditionnel, maintiennent le potentiel musculaire, décongestionnent les gaines, assouplissent les articulations : jamais le client d'un illégal ne présente ces muscles atrophiés, ces gaines qui coulissent mal, ces jointures roides, qui sont trop souvent la rançon de l'immobilisation complète et prolongée ; peu importe au patient, surtout de condition humble, de conserver une déformation osseuse, s'il se sert plus tôt et mieux du membre blessé.

Telle était ma façon de voir la situation et je préférais la solution physiologique. Si le chirurgien anglais me laissait à peu près la bride sur le cou, il n'en était pas de même du quatre galons français ; celui-ci ne connaissait que le plâtre et il me fallait déployer des flots d'éloquence pour obtenir un sursis. Ce qui renversait ce défenseur de la saine doctrine, c'est que je ne tolérais la contention sous aucune forme, je n'avais même pas une bande Velpeau ; je me contentais de tenir la jambe horizontale quand j'étais assis ; je me levais aussi et circulait en sautillant gracieusement sur une jambe.

J'avais une jambe affreuse à voir, une malléole péronière énorme, de l'œdème, une ecchymose étendue qui déteignait déjà. L'essentiel était de gagner du temps. Tous les matins mon premier travail consistait à me tenir sur la bonne jambe et à essayer insidieusement la capacité de résistance de la mauvaise ; un seul essai me suffisait d'ailleurs pour être fixé. Vers le vingtième jour j'arrivai à me tenir sur les deux jambes à la fois ; j'étais libéré de la perspective du plâtre.

Le lendemain je fis quelques pas dans le parc, deux jours après je tentai une marche forcée de 1.500 mètres ; j'étais en bonne voie.

La plus grande difficulté consistait à mettre ma culotte de cheval, elle était étroite du bas et difficile à passer. Quant aux bottes il n'y fallait pas penser et je me munis de bandes molletières dont la compression me fut douce.

La marche était douloureuse ; avec une bonne canne j'avançais assez vite, mais j'avais ensuite la cheville terriblement enflée. Je tirais toutefois un bénéfice de cette affaire ; j'avais auparavant le pied gauche légèrement en varus, soit que le péroné fut trop long, soit que le tibia fut trop court ; j'usais la partie externe de ma semelle gauche avec une rapidité qui nécessitait des ressemelages fréquents ; depuis ma chute le raccourcissement du péroné avait rétabli mon parallélisme et je m'aperçus bientôt que mes semelles s'usaient également et symétriquement. J'ai ainsi réalisé une économie appréciable et qui dure encore ; ce furent mes premiers et derniers bénéfices de guerre.

Une fois ma convalescence terminée j'eus beaucoup de peine à repartir pour le front ; la radio montrait l'absence de tout cal osseux et ma cheville n'était pas belle. Je fis une demande pour le premier corps expéditionnaire et un mois après je débarquai... à Corbie.

La vie de médecin de bataillon me fut l'occasion d'apprécier la solidité de ma conception du traitement des fractures en général et de ma consolidation en particulier. Une nuit de relève, à la Tour carrée, je tombai dans une tranchée, sur le mauvais pied et sans le moindre dommage ; une autre nuit, en partant de la Fosse-aux-Loups, je laissai ma semelle gauche dans la boue onctueuse de l'Artois et je réussis à délivrer sans trop de douleur un pied fortement ancré dans le sol sacré.

Je ne conservai bientôt plus, en dehors d'une grosse déformation de la malléole, visible à l'œil nu, qu'un peu de jeu dans l'articulation et qu'une légère limitation de l'extension ; cela m'aurait gêné pour faire des pointes, si j'avais su en faire, mais je ne savais pas ; à part cela je marchais, je courais, je sautais, je pédalais comme auparavant ; j'ai du reste l'impression que l'usage de la bicyclette m'a été très favorable.

En 1918, à la suite d'aventures multiples et variées, entre une convalescence et un retour au front, je fus envoyé en garnison dans la joyeuse ville de Montbrison ; j'avais bien deux heures de service par semaine, consistant dans la surveillance des blessés soumis à la rééducation.

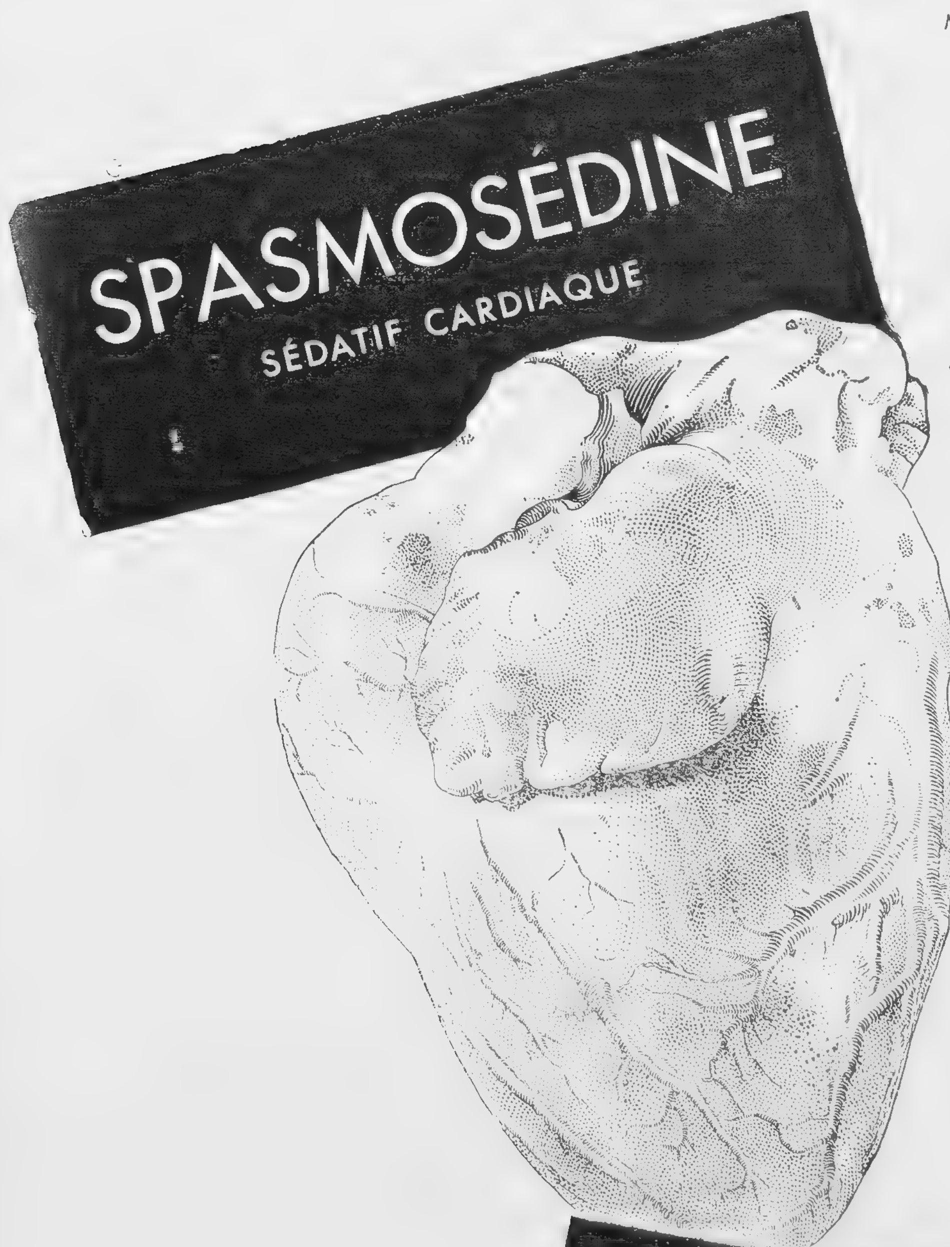
Un engin de forme bizarre attira mon attention ; c'était une espèce de gouttière en bois, retournée et posée à même le sol ; elle obligeait à marcher en hypervarus les convalescents de fracture du péroné. La première fois que je m'y risquai je faillis me casser la figure et je crus plus prudent de m'en tenir là. Par contre les blessés paraissaient assez bien adaptés et je n'eus jamais l'occasion de constater de chute grave ni d'ailleurs d'amélioration quelconque ; on avait beau leur promettre qu'aussitôt guéris ils retourneraient au front, on n'obtenait aucun résultat ; c'était désespérant, mais c'était comme çà.

***

De l'optique à la géométrie

Observation XI (W). — ... L'histoire que je vais vous conter, pour être insignifiante, n'en a pas moins transformé ma manière de vivre.

Je suis myope depuis l'enfance ; j'ai consulté de nombreux oculistes et j'ai été à même de faire quelques réflexions sur la myopie et quelques observations sur les oculistes. J'avais 10 ans quand on me donna des verres de 3 dioptries pour la promenade et de 1,5 dioptrie pour la lecture ; je me souviens que je découvris un monde extérieur aux lignes précises et nettes, au lieu des contours flous que je connaissais seulement. Tout marcha à


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE

BIBLIOGRAPHIE

Divers

La méthode psychanalytique et la doctrine freudienne, par Roland DALBIEZ. Préface du Prof. Henri CLAUDE, 2 vol. Desclée de Bronwer, Paris, 1936.

Cet important travail tire son originalité du fait que son auteur l'a poursuivi en philosophe avec une objectivité aussi stricte que possible tout en pratiquant la psychanalyse et en menant à leur terme des cures de névrose. Pourtant Roland Dalbiez cherche d'abord à expérimenter et à réunir des matériaux. Il a pu ainsi reviser le progrès de la psychanalyse avec des moyens plus riches en résultats que ceux de ses prédécesseurs.

Le premier volume *met en valeur* la psychanalyse. Il débute par l'étude du refoulement par rapport aux actes de la vie quotidienne, qui peut aller jusqu'à les inhiber. Puis, dans le chapitre suivant, il expose le dynamisme, les origines et les mécanismes d'élaboration du rêve, (condensation, déplacement, dramatisation, symbolisation, élaboration secondaire) ; ces faits sont connus par les moyens de l'analyse freudienne, méthode très différente de celles qui l'ont précédée. Le rêve, en conclusion, apparaît à l'auteur comme un *langage naturel et individuel qui exprime psychiquement la pensée* que le langage ordinaire exprime vocalement.

La théorie de la sexualité fait l'objet du chapitre troisième, avec ses paragraphes consacrés aux aberrations sexuelles, à la sexualité infantile, aux transformations de la puberté, aux instincts de vie et de mort. Dalbiez s'écarte ici de l'orthodoxie freudienne, en substituant à l'affirmation de la perversion polymorphe de l'enfance celle de la *perversibilité polymorphe*, c'est-à-dire une tendance à un état.

La connaissance analytique du rêve et de la sexualité sert de base à la théorie des névroses et des psychoses : l'auteur en tire ensuite des applications à l'art et à la religion qui deviennent possibles grâce au mécanisme supérieur de la sublimation. Deux schémas successifs de l'appareil psychique servent de conclusion à ce premier volume.

Dans le deuxième volume, la méthode psychanalytique est passée au crible de la critique. Roland Dalbiez signale lui-même l'importance du chapitre III, intitulé *Les méthodes d'exploration de l'inconscient*. Ce chapitre renferme l'essentiel de la méthode de Freud c'est-à-dire les principes qui peuvent conduire le chercheur à des résultats certains ou au moins très probables. Le chapitre III est précédé d'un chapitre sur la conception freudienne de l'*inconscient* et de *son dynamisme psychique*. Il est suivi d'un autre chapitre sur la *causalité psychique morbide* terminé par un paragraphe sur la thérapeutique des troubles psychiques. Enfin, dans le dernier chapitre, *la Psychanalyse et la vie de l'esprit*, l'auteur montre les limites qui doivent être assignées à la doctrine psychanalytique et le danger de son extension à des domaines dans lesquels certains enthousiastes veulent l'introduire aujourd'hui.

Le chapitre sur l'*inconscient* débute par le rappel de l'affirmation freudienne d'un *inconscient absolu*, qui rejette les zones frontières du subconscient ; cet inconscient est capable d'agir efficacement sur l'ensemble de la personnalité, parfois même sur le physique. Les formes psychiques ont retrouvé ainsi, selon Dalbiez, leur véritable place dans la vie.

La méthode qui explore cet inconscient est d'abord la *méthode associative* qui défoule les complexes refoulés et en même temps interprète le matériel connu par la recherche des associations. Défoulement et interprétation se complètent. Ils sont possibles grâce à l'inhibition du psychisme supérieur pendant les séances d'analyse, inhibition comparable à celle qui est produite par l'éther ou l'hypnose et qui suspend également l'auto-critique et l'auto-conduction. Le défoulement ne dépend pas de la suggestion, mais du transfert

La suggestion peut coïncider avec celui-ci ou s'exercer en toute indépendance, comme dans l'expérience du pendule de Chevreul. La méthode associative tire sa force de la *stabilité des liaisons dans l'inconscient*, opposable à l'incertitude fréquente des liaisons conscientes. Les associations par *contiguïté* seraient plus stables que les associations par similitude ou par contraste. L'application aux rêves de la méthode associative avec ses cinq critères d'évocation et de fréquence d'évocation, de similitude, de convergence, de vérification donne des résultats au moins très probables. La *méthode symbolique*, malgré l'opinion courante, n'a qu'une valeur secondaire : elle s'applique aux faits de *symbolisation*, passage d'une image à une autre ou de *dramatisation*, passage d'une idée abstraite à une image.

Un exposé plus complet que celui des comptes-rendus habituels serait nécessaire pour montrer comment Dalbiez interprète la doctrine et les méthodes de Freud. Il faudrait aussi le suivre pas à pas dans son parallèle entre Freud et Pavlov, par exemple à propos des analogies entre les *réflexes de trace* de Pavlov et les *retours du refoulé* freudiens, à propos des réflexes conditionnels de temps et de leurs rapports avec les rythmes vitaux, à propos de la production par Pavlov des névroses expérimentales par la création d'un conflit entre une tendance instinctive et un réflexe conditionnel qui l'inhibe. Dalbiez termine ce parallèle en séparant nettement la physiologie de la psychologie. L'une étudie les mouvements, l'autre les sensations et les images. Cette délimitation permet de mieux apprécier l'intérêt des découvertes de Pavlov et de montrer comment le dynamisme des réflexes conditionnels comporte à sa base des faits psychologiques. Selon l'auteur, Pavlov est aussi beaucoup plus finaliste que Freud, par exemple quand il fait intervenir l'inhibition interne pour éviter la destruction de la cellule nerveuse.

Le lecteur qui aura abordé l'ouvrage de Dalbiez avec un peu d'hésitation s'il a oublié la langue de la philosophie sera vite récompensé de son effort en renouvelant avec l'auteur sa connaissance de la psychanalyse,

en l'éclairant de vues originales, en se débarrassant d'un certain nombre d'erreurs et de fausses précisions, enfin en ramenant dans les limites de son action utile la doctrine du maître de Vienne. Jean VINCHON.

Essai sur la suggestion, par le Docteur Louis VAILLE. Une broch. 8°, 12 francs, chez l'auteur à Abzac (Gironde).

Petite étude, pleine de vues originales sur la suggestion, à lire par les médecins et les éducateurs.

Histoire des doctrines politiques, par G. MOSCA. Préface et traduction de Gaston BOUTHOUL. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque politique et économique*, 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

« M. Gaetano Mosca, dit Gaston Bouthoul dans sa préface, qui est depuis de longues années professeur à l'Université de Rome peut être considéré comme l'un des fondateurs d'une discipline qui a pris au delà des Alpes une grande importance et est enseignée en Italie dans plusieurs chaires magistrales. Cette discipline étudie les institutions politiques de nations à travers l'histoire, en leur appliquant les règles d'une critique scientifique rigoureuse.

M. G. Mosca a longuement exposé et discuté dans les premiers chapitres de son garnd ouvrage (les *Elementi di Scienza Politica* dont plusieurs éditions ont été épuisées) la méthode qui doit présider à la « Science politique ». Cette méthode vise surtout à éliminer les comparaisons et les assimilations inexactes si fréquentes dans les livres de doctrine politique. Elles sont causées par l'impropriété des termes, par le fait que souvent un même mot sert à désigner des institutions qui n'offrent entre elles qu'une lointaine analogie. Transportées dans la pratique, ces fausses analogies peuvent donner naissance à des idéologies qui pèchent par la base parce que fondées sur l'équivoque. C'est là l'origine de bien des « mythes » (pour reprendre une expression que Georges Sorel a fait entrer dans la sociologie) qui visent à dominer la vie de peuples entiers, et sont souvent fondés sur des filiations historiques hasardeuses.

C'est à la lumière de cet énorme travail de mise au point méthodologique et critique que M. Mosca a composé cette histoire des doctrines politiques et des institutions politiques depuis les plus lointaines jusqu'aux plus proches de nous. Parallèlement à l'exposé positif de ces institutions, l'auteur décrit les faits essentiels de l'état social des peuples considérés à la même époque et s'efforce de montrer les liens, ou du moins les plus certains d'entre eux entre ces deux aspects essentiels de leur vie. Il montre en même temps quelle a été l'idéologie correspondante, c'est-à-dire quels sont les systèmes d'idées et de raisonnements qui avaient cours à la même époque pour expliquer et justifier ou même combattre l'état social et politique existant.

L'hypothèse fondamentale de M. Mosca — conclusion de son long labeur — est qu'à chaque époque il a toujours existé à la fois une classe dirigeante politique (ce qu'il appelle « classe politique ») et un système d'idées sur lequel reposent les institutions politiques en vigueur, et qui exprime en même temps l'idéal social auquel elles correspondent. C'est ce qu'il appelle le système ou la « formule politique ».

Ces deux termes sont en voie de perpétuelle modification, lente ou rapide suivant les époques. Ils agissent l'un sur l'autre c'est-à-dire que des changements dans les classes dirigeantes se répercutent sur la formule politique, et réciproquement des changements doctrinaux tendent à se réaliser dans la pratique.

A travers l'histoire, des conceptions différentes ont régné quant à la source et au principe de la souveraineté. Mais ces vues théoriques étaient toujours reliées à des réalités positives répondant aux questions suivantes : Comment se manifeste cette souveraineté ? Qui gouverne ? Comment gouverne-t-il ? Comment se renouvelle le personnel gouvernant et la classe dirigeante ? On sait la place importante qu'occupe dans la sociologie italienne la question des élites ; et l'on connaît là-dessus les idées de Vilfredo Pareto. partant d'ailleurs d'un autre point de vue M. Mosca exprime sur le même sujet des vues originales et intéressantes.

Sa présente *Histoire des Doctrines politiques*, en réunissant des éléments jusque-là dispersés à travers l'histoire politique, l'histoire de la philosophie et l'histoire des doctrines économiques, vient combler une la une. En faisant la synthèse de ce qui est l'essentiel, c'est-à-dire l'évolution de l'organisation sociale et politique des peuples, l'auteur a fait une œuvre générale, et des tendances qui viennent converger dans la vie politique de notre temps.

En ce moment où l'activité politique tant dans les faits que dans la doctrine, est particulièrement intense, il est très intéressant et très utile de pouvoir étudier d'un seul trait dans un ouvrage précis et méthodique quelles sont suivant l'expression de M. le Professeur L. Einaudi, « toutes les phases par lesquelles la pensée et, parallèlement à la pensée, les institutions politiques, ont passé ».

Les Lilas de mon Jardin, par Alice HARDING. 116 pages, 12 planches hors texte sur papier couché, broché. Prix : 12 francs. Librairie agricole et horticole de la Maison rustique, 26, rue Jacob, Paris (VIe).

En des chapitres successifs, l'auteur nous fait connaître la sélection des espèces, la sélection des lilas à fleurs simples, celle des lilas à fleurs doubles, le sol et l'emplacement, la plantation, la taille et la fertilisation, la multiplication, les semis et les boutures, les drageons, les marcottes, les écussons et les greffes, les qualités respectives des lilas, francs de pieds, écussonnés et greffés, les maladies et les ennemis des lilas.

Revue des Etudes Napoléoniennes. Ficker, édit., 6, rue de Savoie, Paris.

Sommaire du numéro de juin 1936 ; E. Franceschini : La Corse sous Napoléon. Le gouvernement du général Morand (2e article). — *Mémoires et Documents* : Souvenir du Colonel Vergnaud : L'École polytechnique sous Napoléon. — La mort du Maréchal Berthier, racontée par Anselme von Feuerbach. Lectures napoléoniennes. — Table des matières.

peu près jusqu'à 16 ans où ma myopie doubla presque subitement. J'eus affaire à un oculiste nouveau jeu, qui me parla de la correction allemande totale et je fus muni de verres adéquats et des conseils d'usage ; pour ménager ma vue au maximum, j'interrompis mes études et perdis une année entière.

Au service militaire je n'étais pas un tireur hors ligne, je distinguais mal la cible et je finis par m'apercevoir que la myopie n'est pas tout et qu'il faut compter avec l'astigmatisme ; le même oculiste me déconseilla de le corriger ; mais, quelques années plus tard, un autre spécialiste fut d'avis contraire et me prescrivit des verres mixtes dont je me trouvai bien.

Puis vint la mode des grands verres et ce fut un nouveau progrès ; mais je n'ai jamais pu arriver à la correction optima ; les oculistes procèdent d'abord et scientifiquement à la skiascopie, puis ils pratiquent d'un air dégoûté une épreuve empirique de lecture, comme les simples lunettiers ; finalement quand ils ont obtenu une correction qui vous donne entière satisfaction, ils vous déclarent tout net que ça ne va pas et vous en prescrivent une moins bonne, en manière de brimade. Il est à remarquer que, sur une question de correction optique, donc de physique pure, vous n'obtiendrez pas deux résultats semblables chez deux oculistes différents. Comment voulez-vous ensuite que deux praticiens de médecine générale soient du même avis ?

Pendant la guerre je ne cassai pas un seul verre et ce fut une chance. Après cette période tourmentée de mon existence j'obtins une nouvelle correction visuelle. J'ai à peu près 6 dioptries à chaque œil ; mais l'un est corrigé par 5,50 et l'autre par 3,50 ; comprenne qui pourra.

Vers la quarantaine j'étais occupé toute la journée et la soirée était le seul moment où j'eusse un peu de paix et de tranquillité ; je me livrais à des débauches de lecture, à l'électricité naturellement. Une nuit où j'avais répondu à l'appel d'un malade, je vis tomber dans la rue des fleurs blanches, qui s'évanouirent avant de joncher le trottoir. Cela me parut étrange et, encore bien plus, quand dans l'escalier obscur je m'aperçus que ces fleurs étaient en réalité des lueurs que j'avais dans les yeux. J'ignorais complètement ce que cela signifiait, je ne connaissais, et encore par ouï-dire, que les anneaux irisés du glaucome.

Le lendemain je me rendis chez l'oculiste ; tout le long du chemin je crus que l'on me secouait des tapis sur la tête, tellement il tombait de poussière et, par moments, elle était si noire que j'ai cru à une pluie de suie ; j'avais le réflexe et je chassais cette poussière de la main pour qu'elle ne m'arrive pas dans les yeux.

Le diagnostic fut net : poussée de choroïdite ; la lecture me fut interdite pendant un mois et autorisée ensuite au compte-gouttes, si j'ose dire, et à la lumière naturelle.

J'avais des lueurs dans les yeux ; elles étaient plus accusées la nuit que le jour. J'avais aussi des points noirs ; moins nombreux que le premier jour, que je projetais devant moi ; ils m'ont bien gêné par la suite, surtout devant un paysage de neige, un voile de brouillard ; il y en a un qui est plus net que les autres ; celui-ci m'a enseigné ce qu'est géométriquement un point ; que je le voie sur la page d'un livre ou sur un ciel nuageux, à bout portant ou à l'infini, il ne change pas de dimension, ce n'est jamais qu'un point ; il m'est plus attaché que mon ombre qui ne paraît qu'avec le soleil ; si je fais un voyage en automobile, il me précède fidèlement sur la grisaille de la route et cela tourne à l'obsession si je roule quelques heures ; c'est en petit l'histoire de l'œil de Caïn. Je crois toutefois que cette projection, si ennuyeuse soit-elle, a son bon côté, car sans elle on serait tenté de commettre des excès de lecture et elle vous rappelle à l'ordre sans défaillance. L'obscurité atténue les points et on est heureux de voir tomber la nuit, pour en être libéré ; mais à ce moment ce sont les lueurs qui deviennent gênantes.

Les oculistes ne s'intéressent pas beaucoup à la choroïdite ; *de minimis...* ; tous les myopes en ont, vous disent-ils ; lisez peu, etc... Mais il faut bien noter que ce sont les intellectuels qui sont voués à la myopie et que la suppression de la lecture entrave l'exercice de leur profession et trouble leur équilibre moral. Vers la fin de la première année je lisais une heure par jour en quatre fois, vous vous rendez compte du travail qu'on peut faire dans ces conditions ; je m'aperçus toutefois que nous lisons trop de choses sans intérêt ; je ne jetais plus qu'un coup d'œil sur les titres des articles des quotidiens, je n'achetais plus tous les romans nouveaux et je reconnais que je ne m'en suis pas plus mal trouvé.

Ce n'était naturellement qu'une situation d'attente. Je tuais mes soirées avec la T. S. F. C'était l'époque où Langenberg régnait sur les ondes et je dois à ce poste des heures remplies d'harmonie et de paix.

Cependant, après avoir longtemps patienté, je me décidai à consulter un malade comme moi ; je connaissais un libraire qui avait été très atteint. Je l'interrogeai et il me répondit avec bonne grâce : « La poussée de choroïdite débute brusquement, sans préavis, sans avertissement, sans rien qui puisse en faire prévoir la menace ou l'apparition ; aussi ne saurait-on trop prendre de précautions. Une fois qu'elle est déclenchée, c'est comme un coup reçu, on le garde ; qu'on le rende ou non, il vous est acquis ; la choroïdite aussi vous est acquise. Il en est de même pour les points que l'on projette, on les a à perpétuité, mais au bout d'un certain temps, on les annule, on ne les voit plus. Le traitement consiste à ne pas lire ou à lire peu, à utiliser uniquement la lumière naturelle ; l'électricité est mauvaise quand elle éclaire et néfaste quand elle éblouit ; le pétrole vaut mieux ; l'huile serait supérieure si l'on trouvait des lampes et surtout de l'huile ».

Lesté de ces conseils autorisés, je rentrai chez moi en remerciant le ciel de nous faire projeter des points plutôt que des bornes kilométriques ou des poteaux télégraphiques. Depuis je me couche tôt et je me lève tôt ; l'hiver je me réveille automatiquement au petit jour, car je sais que je n'ai pas une minute à perdre, si je veux profiter du peu de temps dont je dispose pour lire. Voilà comment l'homme du soir est devenu l'homme du matin...

***

Ces différentes observations montrent que les médecins réagissent à peu près de la même manière quand ils sont malades.

Tout d'abord ils ne prêtent guère attention aux premiers malaises, aux signes avant-coureurs ; ce n'est très souvent que longtemps après s'être sentis malades qu'ils se croient malades. Ils sont alors logés à la même enseigne que les malades ; certains diagnostics sont évidents, d'autres sont plus flous, d'autres enfin restent en suspens pendant quelques jours chez les aigus, quelques mois et même quelques années chez les chroniques.

Dans ce dernier cas le médecin est en présence d'un

cas de diagnostic, avec cet intérêt supplémentaire qu'il s'agit de lui-même ; il traduira et localisera bien ses sensations anormales ou douloureuses; il utilisera au maximum les symptômes subjectifs ; il sera en état de dédoublement pour une consultation permanente ; mais ce n'est pas toujours suffisants pour entraîner la conviction.

Le diagnostic du médecin malade n'est pas nécessairement celui du ou des médecins traitants et il en résulte des situations psychologiques curieuses.

Supposons que tout le monde soit d'accord sur le diagnostic, il reste à s'entendre pour le traitement. Le médecin malade, qui ne croit pas à la thérapeutique, reste dans l'expectative armée, à peu près comme M. Pickwick « prenait une attitude de paralytique, persuadé sans aucun doute que c'était une posture défensive » ; mais, au contraire, le croyant n'hésite pas à recourir aux moyens les plus modernes, les plus actifs, sans craindre d'empoigner une arme à double tranchant.

Quelle que soit la maladie, le médecin sait ; c'est là sa force et sa faiblesse ; il suit d'un œil attentif l'attaque des microbes et la défense de l'organisme et il assiste impassible à une lutte dont il est l'enjeu, Il cherche à conserver intactes ses forces morales, malgré l'angoisse qui l'étreint, à l'heure qui doit décider du destin d'un pauvre homme et de l'avenir des siens.

Quand il se sent en péril le médecin n'abandonne pas la partie, tout en envisageant froidement la possibilité de la perdre ; mais, s'il la gagne, il ne garde des mauvaises heures que le souvenir d'une victoire difficile et c'est avec beaucoup de bonne humeur qu'il en narre les péripéties et les angoisses.

FAITS CLINIQUES

Sur un cas de méningite bénigne des porchers

Par le Dr Maurice RAYMOND

Nous avons observé à l'hôpital annexe de Oued Zem un cas de méningite bénigne des porchers, affection dont M. Charleux, d'Annemasse, a rapporté cinq observations à la Société médicale des hôpitaux de Lyon.

Cette affection survenant électivement chez des sujets en contact avec les porcins, chez des fromagers, a comme lieu de prédilection la Savoie.

Elle est caractérisée par un début brutal, de la température, des symptômes simulant un embarras gastrique fébrile. Elle évolue vers un syndrome méningé avec lymphocytose, une légère mononucléose ou polynucléose, une hyper-albuminose du liquide céphalo-rachidien. La guérison survient au bout d'une semaine.

Cette affection parait être individualisée par ses caractères cliniques, bactériologiques, de laboratoire et son évolution.

M. P..., 2° RE, entre à l'hôpital le 22 juin 1936 en observation pour syndrome méningé, liquide céphalo-rachidien clair, légèrement hypertendu.

Antécédents collatéraux : R. A. S.

Antécédents héréditaires : R. A. S.

Antécédents personnels : Originaire de la région de Paris, n'aurait pas été en contact avec les porcins. Mais le malade avoue avoir consommé très souvent de la viande de porc et des fromages fermentés.

Examen clinique : Malade depuis près d'une semaine avant son entrée à l'hôpital. Présente de la fièvre, des céphalées intenses, des vomissements, de l'asthénie, une fatigue générale. Le début est brusque.

A son entrée le 22 juin 1936 on note des céphalées intenses type frontal avec photophobie, un peu de somnolence, de la rachialgie (période d'état).

Le 25 juin 1936 à la suite de deux ponctions lombaires les céphalées diminuent, l'état de torpeur disparaît, la température tombe en lysis. La rachialgie a disparu. On note du dermographisme ; un érytème des extrémités.

Viscères : R. A. S.

Foie et poumons : R. A. S.

Le 29 juin 1936 le malade est apyrétique.

Examens de laboratoire : 1° Liquide céphalo-rachidien eau de roche.

Lymphocytes 78 par millimètre cube.

Albumine 0, gr. 71 pour 1 000.

B.-W. (benjoin colloïdal) négatif

Le 25 juin : liquide céphalo-rachidien eau de roche non-hypertendu.

B.-K. négatif.

Lymphocytose en voie de regression notable ainsi que l'albumine.

2° Hématozoaires : négatif

3° Formule leucocytaire	polynucléaires neutrophiles	73
	polynucléaires éosino	2
	lymphocites moyens mono.	20
	grands mononucléaires monocytes	5
		100

4° Réaction de Wattis négative.

5° Urée sanguine le 22 juin 1936, 0 gr. 45 (régresse par la suite).

Les symptômes méningés, la torpeur, les céphalées cèdent aux ponctions décompressives et à une médication à base d'urotropine et de salicylate de soude intraveineux, de strychnine sous-cutanée et de bromure de sodium. Le malade est apyrétique depuis le 29 juin. Le 1er juillet on note une douleur au niveau de la nuque, pouls 80, température normale. Radiographie de la colonne vertébrale : R. A. S. Les douleurs rétrospectives de la nuque s'estompent le lendemain et semblent dues aux ponctions décompressives. Le malade est alimenté à partir du 30 juin, l'état général est excellent.

CONCLUSIONS

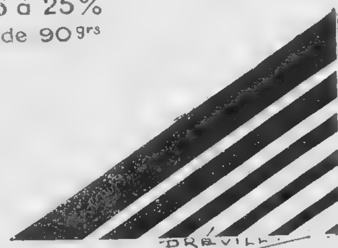
L'étiologie de cette affection demeure inconnue. Ce syndrome à des caractères cliniques très nets. On ne peut le rattacher ni à la mélitococcie, ni à la spirochétose, ni à l'encéphalite.

« Si je laissais, sans crainte du ridicule, parler mon cœur, je voudrais que ce fils, destiné à la médecine, soit un adolescent naïf et plein d'amour, mais cependant rapide à la course et prompt à la bataille ; je voudrais qu'il sache donner sans faire un placement, observer sans se préparer un dictionnaire et regarder sans envier.

S'il aimait la campagne, il saurait vite distinguer un aulne d'un frêne, la fausse oronge de la vraie, l'abeille du bourdon et le poil luisant du chien bien portant du poil terne du chien malade : pour devenir un bon médecin, il ne lui faudrait plus qu'un bon maître.

(Docteur René SAUVAGE, Enquete sur la vocation médicale, *Hôpital*, n° 410-411).

« Attention ! pour les branches les plus diverses de l'activité intellectuelle, érudition, histoire, critique littéraire, droit, physique, chimie, c'est entre soixante et soixante-dix ans que les hommes donnent le fruit de leurs longs effort. Ne découronnez pas nos grands établissements scientifiques. Vous terniriez le rayonnement de la France. » (J. BARTHÉLEMY, de l'Institut).



STOMATOLOGIE

Hygiène du pyorrhéique

A l'occasion du traitement de la pyorrhée alvéolaire l'odonto-stomatologiste est sollicité par son patient, de lui indiquer l'hygiène qu'il doit désormais suivre pour conserver les bienfaits du traitement qui vient de lui être appliqué, et souvent, le praticien se contente de conseiller le brossage après chaque repas, en utilisant un dentifrice quelconque.

Il y a là une erreur. Le dentifrice poudre, pâte ou savon qui peut à la rigueur, être accepté par les bouches dont les gencives sont saines, est à rejeter pour le pyorrhéique.

L'hygiène comprend deux temps : 1° l'entretien de l'état général ; 2° l'entretien de l'état local.

J'ai déjà, dans un précédent numéro du *Progrès Médical* (1), parlé du traitement général. Je n'y reviendrai donc pas. L'état local nécessite de la part du malade une grande patience et une volonté soutenue sous peine de récidive. J'ai également dans le *Progrès Médical* (2) indiqué de quelle manière j'entendais que le brossage fut exécuté par mes malades. Il est nécessaire que le praticien exige l'emploi d'une brosse très dure. Quant au produit à employer je commence avant tout par dire : ni poudres, ni pâtes, ni savons d'aucune sorte. Les savons contenant de la potasse sont nuisibles aux tissus buccaux.

Les poudres et les pâtes contiennent des produits pulvérulents, insolubles, qui s'introduisent dans les culs-de-sac pyorrhéiques et forment des noyaux sollicitant les sels calcaires, jouant le rôle du grain de nacre dans la formation des perles de culture. De plus, une partie du traitement du praticien consiste à scléroser les tissus gingivaux, pour les rendre plus adhérents aux dents. Tout dépôt calcaire organique ou provenant de produits dentifrices vont à l'encontre du but poursuivi. J'ai pour ma part, toujours considéré que la brosse très dure était le détersif par excellence, les produits dentifrices n'intervenant que pour agrémenter par leurs parfums l'emploi de la brosse, et jouant un peu le rôle de la vaseline sur les mains du masseur pour faciliter la friction. Au point de vue antiseptique, les poudres et pâtes n'ont aucune action sur les dents, ni sur la brosse. L'odeur nauséabonde d'une brosse en service, révèle l'inactivité antiseptique des dentifrices. Pour toutes ces raisons, j'avais coutume de conseiller à mes pyorrhéiques, en même temps que l'eau oxygénée ou le Néol, l'emploi du bicarbonate de soude, dont la solubilité et l'alcalinité neutralisant l'acidité buccale semble remplir, tout au moins en partie, les conditions exigées. Son usage cependant est quelque peu nauséeux et donne une sensation de cuisson de la muqueuse.

J'ai utilisé récemment un composé nouveau appelé Néolodent. Il m'a donné une grande satisfaction en remplissant toutes les conditions que j'ai énumérées ci-dessus. Ce produit est présenté en comprimés. Ils sont réellement antiseptiques sans nuire à la cellule, contenant du chloral, du peroxyde de magnésie, du mercurochrome, très diffusible, et qui a une action sur le staphylocoque, le streptocoque et le colibacille.

Son action antiseptique est réellement positive et la brosse ne garde aucune odeur de putréfaction. Autre avantage, les soies de celle-ci ne s'amolissent pas, mais au contraire deviennent plus dures. J'ai vu dans le Néolodent le produit idéal pour l'hygiène du pyorrhéique. Le brossage ainsi que je l'ai déjà dit devra être effectué, mâchoires écartées, en faisant pénétrer tels de minuscules cure-dents, les soies dans les interstices dentaires. Il devra être effectué rigoureusement après chaque repas.

A. WILCKEN (de Paris).

(1) *Progrès Médical*, n° 4 du 25 janvier 1936.
(2) *Progrès Médical*, n° 11 du 16 mars 1935.

PÉDIATRIE

Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent

Tout examen d'enfant doit comporter une étude de son psychisme. Seule l'exacte observation psychologique permet de dire si un enfant se développe normalement. Cette étude intéresse autant le pédiatre que le médecin de famille. Et pourtant aucun traité ne donnait une place suffisante à cette question fondamentale. Aussi M. Edouard Pichon vient-il combler une grosse lacune avec son livre : « Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent » (1).

Notre maître y développe ses idées personnelles élevées. L'enfant est dès son plus jeune âge un être complet que les adultes ont tendance à méconnaître en prétendant le mesurer à l'étalon de leur personnalité d'homme fait.

***

Les travaux linguistes d'Edouard Pichon l'ont amené à distinguer dans le développement du langage deux phases. L'imitation est le phénomène capital qui ouvre la phase locutoire. Le langage est un cri, un essai d'action. Il devient un récit pendant la phase délocutoire.

L'enfant saisit l'organisation du langage, mais il passe alors à une objectivité exagérée qui le conduit à parler de lui-même à la troisième personne. L'apparition des pronoms de la première personne caractérise la période de langage constitué.

***

Il existe dans le développement affectif deux phases : l'une captative, l'autre oblative. L'affectivité est d'abord purement réceptive. Le nourrisson doit ensuite accepter le sevrage, le risque de marcher seul... Il doit savoir offrir quelque chose de soi et apprendre la joie d'aimer au lieu de se borner à celle d'être aimé. C'est ce nouvel état de l'affectivité que Edouard Pichon a appelé l'oblativité.

Puis vient s'insérer le grave problème de l'indépendance. Indépendance affective d'abord, où l'adolescent ne gardera de tendresse pour ses proches qu'autant qu'elle n'aura pas une allure inhibitoire empêchant le développement original de sa personnalité à lui. Mais indépendance signifie risque et aussi responsabilité. Les sentiments de liberté et de responsabilité sont un des fondements de l'activité humaine ; il importe donc qu'ils se constituent correctement. En pratique un homme doit se sentir responsable, non de ses pensées, qui peuvent lui être venues involontairement à l'esprit à titre de tentation, mais de ses actes. On est responsable, vis-à-vis du milieu social, de tout ce qu'on laisse émaner de soi en actes, crût-on soi-même ne l'avoir pas voulu. D'où la nécessité impérieuse de la maîtrise de soi, idéal de toutes les morales.

***

Une des grandes découvertes de Freud a consisté à s'apercevoir que les enfants avaient une vie libidinale, c'est-à-dire qu'ils avaient des pulsions hédoniques indépendantes du plaisir d'accomplissement des fonctions digestives. L'hédonisme oral apparaît dès les premiers mois ; l'hédonisme génital apparaît un peu plus tard. La première et éclatante manifestation du sexe est le complexe d'Œdipe, c'est un attachement libidinal objectal du garçon à sa mère, avec comme fréquente doublure une certaine rivalité chargée possiblement d'aversion, envers son père. Il est bien rare qu'on échappe au complexe d'Œdipe par lequel doit se constituer la sexualité normale.

Et récemment au dernier Congrès des psychanalistes à

(1) Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent. Evolution normale. Pathologie, traitement. Masson, éditeur, 1936.

Nyon, on a insisté sur l'importance de cette notion dans les névroses familiales.

***

Edouard Pichon étudie ensuite en détail toutes les déviations pathologiques : les syndromes psychiatriques à substratum organique, ceux d'origine obscure, puis les syndromes psychiatriques purs.

Pour les syndromes qui ont un substratum organique ou sont soupçonnés d'en avoir un, on recourt aux méthodes que les neurologistes connaissent bien. Mais ce qui est moins bien connu et nécessite pourtant un effort prophylactique et thérapeutique, d'une importance sociale capitale, ce sont les syndromes psychiatriques purs.

***

L'éducation est leur meilleure prophylaxie. Elle est insuffisante si ces troubles sont déjà constitués.

L'enfant a besoin d'une vie très simple, dans une famille unie, et aux mœurs régulières qui ne le brutalise pas et lui permet de savourer en paix les enchantements que lui apporte la découverte du monde.

L'éducation doit être morale ; la discipline de soi-même est indispensable pour obtenir une personnalité harmonieuse et même cohérente. Elle doit être spiritualisante ; l'enfant doit apprendre à classer les éléments de l activité individuelle et sociale suivant une bonne échelle des valeurs. Enfin elle sera diversifiante. Au moment où vient d'être créé un sous-secrétariat d'Etat aux loisirs, remarquons qu'il est utile d'apprendre aux enfants à employer leurs loisirs en civilisés, à utiliser, en particulier, la lecture et la conversation, cette dernière qui a été portée en France à son plus haut point de perfection. Surtout l'éducation doit être concaténative ; elle doit s'intégrer à la tradition.

***

Quant aux troubes psychogènes déjà constitués, ils nécessitent une activité thérapeutique particulièrement délicate qui est le fait du spécialiste. Certes, on ne doit pas négliger de s'aider éventuellement des médications s'adressant au corps, mais Edouard Pichon montre qu'il faut aussi et surtout se servir de tout le clavier des médications psychologiques depuis les psychothérapies les plus simples et les plus courtes jusqu'à la psychanalyse régulière et prolongée.

De telles considérations sont d'autant plus suggestives, de telles conclusions d'autant plus attrayantes que l'auteur se trouve particulièrement qualifié pour enseigner ces matières et exercer cette activité thérapeutique, et joint à une culture médicale très étendue une connaissance psychologique très aiguë et très raffinée.

Emile Gilbrin
Chef de Clinique à la Faculté.

« Le *Clinical Society* de Londres organisa en 1880 une enquête au sujet des accidents causés par le chloral. On expédia mille circulaires avec questionnaire aux médecins les plus connus. Quelques mois plus tard le corps médical fut sollicité par la voie de la presse de donner son concours à l'enquête ; enfin on renouvela par lettres privées la même demande aux médecins auxquels on avait envoyé le questionnaire. La Commission d'enquête reçut en tout quatre-vingt-dix réponses. Ce triste résultat est caractéristique du peu d'intérêt que portent les médecins à des enquêtes destinées à éclairer le corps médical. » (A. Jacquet. — La médecine qui guérit et la médecine qui tue. Un vol, Payot, édit.)

«... Se destinent à la médecine, les enfants qui ne sont pas vers leur dix-septième année, excellement doués pour les lettres ou les mathématiques. Ils appartiennent aux divers échelons de la bourgeoisie. Ils cherchent dans la carrière médicale plutôt que la sécurité, la considérations et un moyen d'existence assez large. Ils y sont parfois poussés par une tradition familiale, par le goût de l'indépendance ou le désir d'être plongés d'emblée dans des recherches fort compliquées. » (G. Wolfromm. — De l'origine des médecins. *L'Hôpital*-B, juin 1936.)

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Clinique médicale

L'artérite sénile représente la cause de beaucoup la plus fréquente des oblitérations artérielles des membres. Toutefois la plupart des chercheurs se sont attachés à l'étude des artérites juvéniles ou préséniles, se contentant, pour les artérites séniles, de reproduire les descriptions classiques déjà anciennes.

Voici quelques données modernes résultant de recherches oscillométriques :

1° On constate une grande variabilité de l'indice oscillométrique chez le vieillard. C'est ainsi qu'on trouve aux poignets des valeurs allant de 1 1/2 à 9 divisions. Il n'y a aucune relation nette entre l'âge et l indice. D'une façon générale les indices amples coexistent avec des tensions elevées et indiquent un myocarde se contractant énergiquement. Par contre la diminution globale des indices aux quatre membres indique une déficience du myocarde.

2° La différence entre les valeurs des indices explorés en deux points symétriques est, contrairement à ce qu'on voit chez les jeunes, assez fréquente. Ce phénomène est dû, en dehors de toute ectasie, à l'existence de placards athéromateux au niveau des artères irrigant les membres supérieurs, placards qui amortissent le courant sanguin.

3° Le point capital, sur lequel il faut insister d'une façon toute particulière parce qu'il constitue une constatation inédite, est la fréquence avec laquelle on trouve un indice oscillométrique considérablement aplati aux membres inférieurs, en dehors de toute manifestation clinique d'oblitération artérielle. Cette anomalie semble bien propre aux vieillards athéromateux ; elle est la plupart du temps bilatérale ; elle s'explique facilement par la dureté et le rétrécissement des artères séniles ; elle s'accompagne d'un signe objectif de grande valeur, c'est l'abolition ou tout au moins l'affaiblissement considérable des battements de la pédieuse au cou-de-pied et de la tibiale postérieure derrière la malléole interne, avec parfois disparition des battements de la poplitee ou même de la crurale. Ce qu'il y a de plus curieux dans la constatation de ces faits, c'est que, dans presque tous les cas, ils ne s'accompagnent d'aucun signe clinique ; la claudication intermittente en particulier, ce signe classiquement révélateur d'une oblitération artérielle débutante, ne s'observe pour ainsi dire pas.

Le pronostic local de l'artérite sénile latente paraît sombre *apriori*. Une circulation déficiente donne lieu, tôt ou tard, à des accidents de sphacèle.

Le pronostic général n'est pas meilleur. Il s'agit d'athéromateux chez lesquels l'artério-sclérose n'est pas seulement cantonnée aux membres inférieurs, mais frappe aussi toutes les artères viscérales.

(Drouet, Collesson, Neimann et Lepoire. Recherches sur l'oscillométrie dans l'artérite sénile des membres. *Revue médicale de l'Est*, 1er décembre 1935.)

L'évolution cyclique de la pneumonie franche aiguë est une notion bien classique ; mais, à côté de la forme typique, dont la durée est habituellement de sept à neuf jours, il faut faire une place importante aux cas dans lesquels la maladie se prolonge au delà des limites habituelles ou laisse à sa suite des séquelles persistantes.

On peut admettre que l'on est en présence d'une pneumonie prolongée lorsque les trois conditions suivantes se trouvent réunies :

1° La défervescence ne s'est pas faite le douzième jour ;

2° Les signes d'auscultation (souffle tubaire ou râles) s'entendent encore nettement trois semaines après le début ;

3° L'image radioscopique persiste au bout de cinq semaines d'évolution.

L'allure générale de la courbe thermique peut se schématiser ainsi :

a) Première période, de plateau à 39-40°, durant les huit à quatorze premiers jours ;

b) Deuxième période, caractérisée par des oscillations de plus ou moins grande amplitude ; la durée de cette période

est difficile à prévoir, parfois quelques jours, parfois deux mois ;

c) Troisième période, caractérisée par un état subfébrile à 37,5-38°, pouvant durer de quinze jours à un mois, avec parfois des clochers thermiques à 39°5 ou 40° surajoutés.

d) Quatrième période, d'apyrexie complète.

Les signes d'auscultation sont superposables à ceux que l'on constate dans la pneumonie habituelle. En général, c'est le souffle qui disparaît le premier, bien avant les râles.

Au cours de l'évolution radiologique trois particularités sont à noter :

1° La persistance anormale de l'image radiologique demeure sous la forme d'un voile plus ou moins irrégulier, à contours estompés, durant un temps variable;

2° Au cours de la régression de l'image radiologique, des parties claires peuvent apparaître dans la zone opaque, parce que la résolution du foyer pneumonique se fait non pas tout d'un bloc, mais par flots successifs ;

3° Parfois enfin il persiste des séquelles radiologiques très nettes.

A côté des pneumonies prolongées typiques se placent les formes atypiques, beaucoup plus fréquentes, mais offrant moins d'intérêt, car elles se rapprochent davantage des formes habituelles de la pneumonie et constituent assez souvent de simples curiosités radiologiques ; elles méritent pourtant d'être connues, car elles posent parfois des problèmes intéressants de diagnostic rétrospectif, lorsqu'on n'a pas assisté à la phase aiguë de la pneumonie.

Dans l'immense majorité des cas, malgré la persistance anormale des symptômes, les pneumonies prolongées aboutissent à la guérison, le plus souvent complète, quelquefois imparfaite, mais toujours suffisante pour permettre au malade le retour à une existence normale.

A l'opposé, il existe des pneumonies prolongées qui, pour des raisons mal élucidées, se terminent par la mort au bout d'un laps de temps variable, mais dépassant toujours trois semaines ; cette durée est nécessaire pour affirmer une prolongation anormale de l'affection et pour exclure les cas ordinaires de pneumonie entraînant la mort par septicémie ou hépatisation grise.

(Ch. Roubier et J. Brun. Les pneumonies prolongées et les séquelles post-pneumoniques chez l'adulte. *Journal de médecine de Lyon*, 5 janvier 1936.)

Le rôle du traumatisme dans l'étiologie d'un syndrome parkinsonien pose un problème médical et, parfois aussi, un problème medico-légal.

Il est nécessaire tout d'abord d'éliminer les facteurs qui conditionnent habituellement l'apparition du parkinsonisme. Chez un sujet âgé on appréciera l'état du système vasculaire. Chez un sujet jeune on pensera à une encéphalite ancienne restée plus ou moins méconnue. Il faut cependant se garder d'enfermer étroitement dans ces deux équations l'étiologie de la maladie de Parkinson ; dans certains cas on prendra en considération l'influence possible de la syphilis. Dans d'autres cas certaines intoxications, telle que l'oxycarbonée aiguë, pourront être retenues.

Quant au rôle du traumatisme lui-même il est assez discuté. D'une façon général on admet le rôle du traumatisme cranien, mais il n'en est plus de même pour les traumatismes périphériques.

Il faut reconnaître en outre que nous sommes très mal renseignés sur le rôle exact du traumatisme, pour deux raisons : en premier lieu les traumatismes sont essentiellement variables dans leur essence ; c'est ainsi que les effets produits par une contusion de l'encéphale sans plaie ne peuvent être comparés aux lésions réalisées par un corps étranger pénétrant ; en second lieu il faut reconnaître que la cause véritable du syndrome parkinsonien nous échappe bien souvent et que, de ce fait, il nous est difficile de définir exactement dans quelles conditions s'est exercée la violence extérieure.

Pour conclure il y a des cas où il est difficile d'admettre une simple coïncidence entre un traumatisme et l'apparition d'un syndrome parkinsonien, mais ces cas, à la vérité, ne sont pas très fréquents.

(P. Dervillée. Le rôle du traumatisme dans l'étiologie des syndromes parkinsoniens. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 15 janvier 1936.)

Clinique chirurgicale

L'anévrysme de la main est rare, il siège le plus souvent sur l'arcade palmaire superficielle. Il amène des troubles fonctionnels fort gênants ; le diagnostic est en général facile lorsque le malade vient consulter pour une petite tumeur, qui s'est peu à peu constituée, qui bat et qui souffle.

Une observation personnelle de l'auteur montre qu'il n'en est pas toujours ainsi et qu'une erreur de diagnostic est toujours possible. Il s'agissait d'un homme de 55 ans, qui était tombé sur la paume de la main quarante-huit heures auparavant et en souffrait atrocement. La région hypothénar était très augmentée de volume, tendue, chaude, rouge, très sensible au toucher. L'incision ayant donné un jet de sang rouge et une hémorragie inquiétante, on procéda à une opération régulière pour extirper le sac anévrismal.

(G. Leclerc. Anévrisme fissuré d'une branche de l'arcade palmaire superficielle en ayant imposé pour un phlegmon de la loge hypothénar. *Bourgogne médicale*, décembre 1935.)

On a beaucoup parlé des propriétés hémostatiques du muscle. En chirurgie expérimentale le tamponnement de certains foyers hémorragiques par des lambeaux musculaires pédiculés est suivi d'une hémostase rapide.

Appliquée à la chirurgie humaine cette méthode a permis à l'auteur d'arrêter, dans trois cas, des hémorragies graves avec la plus grande facilité.

La suture artérielle eut sans aucun doute été le procédé de choix, mais combien plus long et plus délicat. Les résultats n'auraient pas été supérieurs.

L'hémostase par enroulement musculaire représente un procédé de fortune, susceptible d'échec, mais pouvant rendre service à l'occasion.

(P. Huard. Traitement de certaines plaies opératoires des grosses artères par l'enroulement musculaire. *Bulletin de la Société médico chirurgicale de l'Indochine*, septembre 1935.)

Oto-rhino-laryngologie

Dans l'otite moyenne aiguë il est nécessaire d'avoir quelques directives thérapeutiques.

Il faut tout d'abord faire de la désinfection nasale et rhino-pharyngée.

Si l'oreille ne suppure pas, si les douleurs ne sont pas très vives, les phénomènes généraux peu marqués, la fièvre légère et la diminution de l'acuité auditive faible, on pourra prescrire des instillations de glycérine boratée ou phéniquée et des applications chaudes locales.

Si, malgré ce traitement, les douleurs augmentent d'intensité, un examen otoscopique s'impose. Il montre ordinairement la nécessité d'une paracentèse, qu'on pratique sous anesthésie ; on prescrit ensuite des bains d'oreille à l'eau oxygénée diluée.

Si, malgré l'ouverture du tympan et l'extériorisation de la suppuration, les douleurs persistent avec insomnie, cauchemars, fièvre, on vérifiera à l'otoscopie si le drainage se fait bien et on n'hésitera pas à agrandir un orifice insuffisant ou trop haut placé.

Dans toute inflammation de l'oreille moyenne on surveillera la mastoïdite et les méninges.

Le traitement consécutif est du ressort du spécialiste. Chez l'enfant on enlève les végétations, les amygdales infectées ; chez l'adulte on vérifie la perméabilité des fosses nasales et on supprime tous les obstacles à une bonne respiration.

(Durit. Traitement de l'otite moyenne aiguë. *Clermont médical*, 15 janvier 1936.)

Thérapeutique

Le bleu de méthylène n'est pas un spécifique de la lèpre, mais il compte assez de succès pour qu'on l'utilise régulièrement ; encore faut-il une bonne technique ; voici celle de l'auteur, L.-R. Montel, de Saïgon :

1° Les solutions à 1 % sont mieux supportées et d'emploi plus pratique que les solutions à 2 %. Elles doivent être tyndalisées une heure par jour à 80° et pendant trois jours. La stérilisation à 120° altère les solutions et produit des chocs. Le bleu de méthylène doit être strictement neutre et chimiquement pur.

2° La dose utile et efficace doit toujours dépasser un demi-centigramme par kilogramme de malade et par injection.

3° On peut, chez certains malades tolérants, atteindre la dose d'un centigramme par kilogramme de poids et par injection.

4° Les doses trop faibles ont l'inconvénient de produire des réactivations du processus lépreux.

5° Le traitement doit être continué très longtemps. Chez certains lépreux très généralisés le déclenchement des processus d'amélioration n'est perceptible objectivement qu'après deux ou trois mois de traitement.

6° Le traitement est sans danger. Certains de nos malades traités actuellement depuis plus d'un an ont reçu sans inconvénient plus de deux litres de solution.

7° Les malades atteints d'insuffisance rénale ou hépatique ne doivent pas être traités par le bleu, c'est une contre-indication formelle,

8° La constatation de l'albumine dans les urines demande la cessation du traitement.

9° Le bleu de méthylène produit sur les lésions teintes en bleu (lépromes en nappe) des poussées furonculoïdes qui cèdent en général à l'intensification du traitement par le bleu.

10° Ces poussées furonculoïdes peuvent être arrêtées, quand elles atteignent par trop l'état général, par la solution de Lugol, l'éosinate de césium, le gluconate de calcium, le carbone.

11° Ces poussées furonculoïdes peuvent être considérées comme favorables et constituant des éliminations bacillaires.

12° Ne jamais oublier que le traitement mixte bleu-chaulmoogra est infiniment plus efficace que chacune des deux substances employées séparément.

13° Il convient de ne pas attendre de miracles de l'action du bleu ; il faut persévérer et employer das doses suffisantes avant d'apprécier les résultats.

(L.-R. Montel. A propos de trois communications sur le traitement de la lèpre par le bleu de méthylène. *Bulletin de la Société médico chirurgicale de l'Indochine*, septembre 1935.)

Varia

Le rôle des capillaires, perdus aux confins des dernières ramifications artérielles et des premières arborescences veineuses, fut longtemps méconnu : il semble que, jusqu'à ces dernières années, on se soit plu à mesurer l'importance physiologique et pathologique d'un vaisseau à son calibre. (G. Morin, de Lyon).

Il me paraît inadmissible que l'on pratique la médecine si on n'est pas un convaincu, non pas qu'on a l'omniscience, mais convaincu du grand rôle social que le médecin est journellement, constamment exposé à jouer. (J. Vergely, de Bordeaux).

Il ne faut pas perdre de vue : que, dans une appendicite aiguë au début, les symptômes, au lieu de s'accuser, peuvent s'atténuer les heures suivantes sans qu'il y ait parallèlement atténuation des lésions ; que le syndrome appendiculaire est surtout fait des symptômes de réaction péritonéale ; et que ces symptômes manquent ou sont très peu marqués quand l'appendice, même en voie de sphacèle, est absolument libre et non adhérent. (Botreau Roussel, du Service de Santé colonial).

J. Lafont.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Le traitement des déplacements des ménisques du genou sans opération sanglante

M. Jullien estime (Thèse de Nancy, 1936) que dans les cas que l'on rencontre le plus fréquemment, le simple pansement compressif durant un mois avec immobilisation suffit. Chez les individus jeunes, vifs, il est plus prudent d'appliquer un plâtre pendant la même durée, puis suivi après ablation de massage régulier du quadriceps s'il est atrophié. Ce massage ne doit nullement toucher l'articulation très irritable déjà et qui réagirait vite par un épanchement distendant les parties osseuses.

La douleur aiguë sera soulagée par l'emploi de compresses chaudes sur l'articulation.

Enfin on recommandera aux malades guéris de s'abstenir de tout sport violent.

Le diagnostic précoce de la grossesse par la réaction pupillaire de Bercovitz

C'est en 1930 que Bercovitz, professeur à l'Université de New-York, a présenté sa méthode de diagnostic simple et surtout rapide et précoce de la grossesse.

Cette réaction, que M. Paul Lerond vient d'étudier dans sa thèse (Paris, 1936), consiste à instiller dans le cul-de-sac conjonctival de la patiente, quelques gouttes de son propre sang additionné de citrate de soude pour éviter la coagulation.

La réaction positive se marque par une mydriase, un myosis ou une alternation de contraction et de dilatation de la pupille.

Quand la réaction est négative, la pupille reste intacte.

La réaction positive a une valeur quasi-absolue : toute réaction positive correspond à une grossesse certaine.

La réaction négative n'a pas la même valeur, une réaction négative correspond souvent à la non-gestation, mais laisse place au doute.

La réaction pupillaire est très précoce et d'ailleurs est d'autant plus nette que la grossesse est plus jeune.

On ne devra tenir compte comme réaction positive que de la mydriase, du myosis ou des alternatives franches de dilatations et de contractions.

Enfin, toute réaction négative avec un utérus cliniquement gravide est un élément de probabilité de rétention d'œu mort.

Les diabètes de l'âge mur

Un grand nombre de diabètes, formes mineures du diabète, ne sont que l'expression de la défaillance de l'organisme qu'on voit survenir chez les sujets d'âge mûr, au seuil de la vieillesse, quand les manifestations cliniques les plus diverses viennent traduire la meiopragie de la plupart des organes. Celle-ci se groupent généralement autour d'un syndrome qui, par son importance, semble prendre le pas sur les autres, et qui peut être un syndrome diabétique.

Ces diabètes ont leur base dans une hyperglycémie moyenne, de 1 gr. 50 à 3 grammes, dont les variations irrégulières et assez étendues traduisent celles du trouble métabolique sous les influences les plus diverses.

Une glycosurie, généralement modérée, souvent assez faible, est la conséquence de cette hyperglycémie. Elle est quelquefois encore absente quand la glycémie est déjà élevée, atteignant des taux de 1,60-1,90.

Ces diabètes observés chez des sujets d'âge mûr ne comportent guère par eux-mêmes, dit M. Blanc (Thèse de Paris, 1936) un pronostic pessimiste. Leur signification n'est fâcheuse que parce qu'ils témoignent d'un fléchissement de l'organisme. C'est à côté d'eux, dans les syndromes associés et surtout dans les manifestations d'insuffisance rénale, qu'il faut chercher les éléments susceptibles d'assombrir le pronostic. On a presque toujours le droit de se montrer optimiste, à la condition de se tenir toujours prêt à parer à l'accidentel d'où vient tout ce danger.

Ces considérations imposent la ligne de conduite.

La découverte du sucre dans les urines ne doit pas causer une particulière inquiétude et ne doit pas faire imposer de régime sévère.

Le diabète, comme chacun des désordres dont se compose la maladie, mérite d'être individuellement corrigé ; mais il ne faut pas perdre de vue l'ensemble. Il serait illogique de s'obstiner à obtenir une suppression complète d'une glycosurie peu gênante au prix d'une fatigue du rein et du cœur que ne manquerait pas d'entraîner l'application d'un régime strict type Bouchardat ou similaire.

Pour ces organismes fatigués et plus ou moins défaillants de toutes parts l'indication primordiale est la mise au repos aussi complète que possible, diminution de l'activité, diminution de la nutrition. Le diabète n'exige lui-même guère autre chose, et c'est à peine si la correction de l'hyperglycémie imposera à certains moments une accentuation de la sévérité ou réclamera l'aide à l'insuline que de façon toute exceptionnelle.

La cure de diète-repos, sous toutes leurs formes, et particulièrement les cures de laitages doivent être le pivot de la thérapeutique.

Elles permettent d'éviter les accidents fâcheux et, grâce à elles, la plupart des sujets atteignent l'extrême vieillesse.

La recherche du tréponème par la ponction des ganglions

Par cette méthode, M. P. Photinos (*Ann. des mal. vénériennes*, juil. 1936), sur 104 malades, a décelé 104 fois le tréponème.

La ponction lui a rendu service dans les cas où la recherche directe du tréponème n'était pas facile, dans certains cas où il n'y avait d'autres symptômes cliniques que l'adénite.

Cette méthode permet, dans les cas difficiles, d'appliquer, dès le premier jour, le traitement antisyphilitique, bien avant la réponse du Bordet-Wassermann.

En tout cas, elle est simple, peu ou pas douloureuse et sans aucun danger.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Charles de l'Épée fut-il le premier à s'intéresser aux sourds-muets ? — *Il eut en réalité des devanciers et le Docteur A. de Mets le montre dans un article récent : Un siècle et demi d'enseignement des sourds-muets en Tchéco-Slovaquie* (L'Art médical d'Anvers, 15 *juillet* 1936).

« Jusqu'au 9e siècle, l'histoire ne mentionne qu'une seule tentative d'éducation individuelle de sourd-muet, due à l'initiative d'un archevêque d'York : Saint-Jean de Berverley.

« Pedro Pince de Léon (16e siécle), moine bénédictin d'Espagne, consacra ses jours au profit des malheureux sourds-muets, les instruisant non seulement dans les classes élémentaires, mais encore en leur enseignant la philosophie, l'astrologie, le latin, etc. Grâce à son travail et à sa sagacité, il enseigna aussi à parler aux sourds-muets.

« Dans le calendrier édité par la Fédération des sourds-muets de France en 1932, on lit :

« Parmi les personnes auxquelles les sourds-muets doivent de la reconnaissance, il convient de retenir certains noms : Docteur Wallis (Angleterre), Samuel Heinecke (Allemagne), Jacob Rodrigue Peraire (Espagne), Saint François de Sales (France).

« Il est étonnant qu'on n'ait pas mentionné F. Mercure Van Helmont, le fils de Jean-Baptiste, le réformateur de la médecine. A. Wallis et F.-Mercure van Helmont étaient contemporains ; d'aucuns prétendent que Wallis fut le premier à préconiser l'enseignement de la parole aux sourds-muets, et que F.-M. van Helmont n'aurait fait que copier Wallis !

Méthode comme on le voit toute différente de celle de la méthode mimée (langage des signes) de l'abbé de l'Epée.

« Pour élucider le problème, il me semble naturel de présenter les deux personnages.

« Et d'abord ,F.-M. van Helmont, un de nos compatriotes, né près de Bruxelles en 1614 et décédé à Berlin en 1699. Il était le cinquième enfant de J.-B. van Helmont, le réformateur de la médecine, une de nos gloires nationales. On a dit de lui (Guy Patin) qu'il s'occupait d'alchimie, de la recherche de la pierre philosophale, de la transmutation des métaux, d'astrologie, etc. ! Il passa trente ans de sa vie dans son beau château de Vilvorde, partageant son temps entre son laboratoire et ses malades qui étaient légion. Fut-il alchimiste ? A l'époque où il vécut, alchimie et chimie se confondaient pour la masse des gens instruits. Certes, des chercheurs désintéressés de la Chrysopoie s'adonnaient à la science pure. L'alchimie allait en s'éclipsant, la vraie chimie allait paraître.

« Ce départ au début du XVIIe siècle n'était pas fait ; d'autant plus que les déclarations vigoureuses faites à la louange des cornues et des fourneaux étaient bien faites pour classer van Helmont parmi les souffleurs.

« Nous lisons dans la « Bibliotheca practica » de Haller, II 57 A (1676) :

« F.-M. van Helmont. Franciscus Mercurius van Helmont, Joanni Baptistae, ipse, patri suo singulari viro, peritia chemica insignis, Boerhave in senectute notus, ad quam summam pervenit magni viri benignum judicom est.

« Alphabeti vere naturalis hebraïci delineatio quae methodam suppeditat « juxta quam surdi nati sic informari possint », ut ad « sermonis usum perveniant ». Sulzbach 1657 in 12° et Germanice, ibidem eodem anno.

« Mirus libellus » neque totus inanis. Etsi vix credas ovulam quae alioquin nihil ad loquelam confert, cum lingua literas hebraïcas et earum figuram chaldaïcam repraesentare, laudes tamen virum, qui « primus modum exposuit quo ad quamque literam » pronontiandam os hominis et ejus organa adaptentur, surdum etiam « loqui docuit, etsi non primus ».

« Donc, F.-M. van Helmont, le premier, interpréta physiologiquement la formation des sons ; il apprit à parler à un sourd-muet ; la question de priorité est réservée.

« Voyons maintenant ce que Haller dit de Wallis, « in Bibliotheca medica practia » :

« I. Wallis : celeber mathematicus,

« Ej : grammatica linguae Anglicanae. Oxon 1654 in-4° ; Leyde 1725 in-8°. In praefatione tractatus est de loquela quo literarum pronuntiationem describit, ut ab Anglo expectas, « Cœterum ipse homines loqui docuit qui surdi et muti nati fuerant ».

« Epistola ad Boylum de moda docendi surdos, de discipulo suo Whaley quem literas docuit pronunciare.

« Ej. : Contra Holderum Londini editit 1679 : a defense of the Royal Society and Chiefly of the Philos, transactiones 1670. Wallisius juvenem loqui docuerat qui prius in Holderi disciplina fuerat, inde simultans.

« Voyons ce que Haller dit du Docteur C. Ammam :

« k. Conrad Ammam, Scaphusinus medicus qui propter peculiares aliquas religiones notiones se recepit in Bataviam (1668-1724).

« Ej. : « Surdus loquens » ; Dat is wiskondig beschrijving op



wat een man doof geboren sal konnen leeren spreken. (Haarlem 1692).

« Latine versus : Dissertatio de loquela, 1702, in 8° Amsterdam. Cette édition est ornée d'un frontispice portant :

F.-M. VAN HELMONT
Natuurlijk Hebreusch
A. B. C.
en J. C. Amman M. D.
nadere ondervinding
om doofgeborene
sprekende te maken

« D'où il résulte que le Docteur Amman J. C. « se servit de la méthode de F.-M. van Helmont pour enseigner la parole aux sourds-muets.

« Il faut reconnaître aussi qu'Amman s'appliqua à l'étude de la méthode, qu'il la pratiqua souvent, qu'il fit école, que grâce à lui la méthode se maintint en Hollande, qu'il eut des disciples notamment un instituteur allemand qui, à son tour, la fit connaître en Allemagne (Heinecke).

« C'est donc à tort que la méthode a été appelée allemande, par opposition à la méthode, dite française, de l'abbé de l'Epée.

« L'inventeur de la méthode est F.-M. van Helmont. Son génial inventeur ne s'en préoccupa pas beaucoup, laissant aux autres l'honneur et la charge, très lourde, de l'enseigner et de la perfectionner. »

La mort de Barthez. — *Extrait d'un article du Docteur P. Lamay* (COURRIER MÉDICAL, 2 août 1936) :

La mort de Barthez, précédée d'une longue souffrance physique et morale, survint le 15 octobre 1806. En voici le récit fait par Delpit devant la Société médicale de Bergerac présidée par Maine de Biran :

« M. Barthez, âgé de soixante-douze ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin et nerveux, sujet à des hémorragies considérables et affecté dans les dernières années de sa vie de quelques symptômes de scorbut, éprouve, après de nombreuses et de grandes erreurs dans le régime, une inflammation du cou de la vessie : cette affection, d'abord aiguë, est calmée par l'application de quinze sangsues au périnée et devient ensuite chronique, dès lors, flux d'urines plus abondant que dans l'état naturel, dysurie qui revient par intervalles, ensuite hématurie assez considérable qui est calmée par l'usage de la limonade cuite et de l'eau à la glace aiguisée de quelques gouttes d'alcool sulfurique, moyens que M. Barthez opposait habituellement aux hémorragies auxquelles il était sujet. L'hématurie ne tarde pas à reparaître, la dysurie augmente, on est forcé d'avoir recours au cathétérisme et bientôt le malade n'urine plus guère que par ce moyen ; il éprouve un prurit désagréable à l'anus et à la verge, un sentiment d'érosion très forte à la vessie et dans le canal de l'urèthre, parfois de l'assoupissement, enfin des mouvements convulsifs aux muscles de la face et des extrémités inférieures ; ce dernier accident revient souvent dans le cours de la maladie et augmente même avec la lésion de la vessie ; les urines se chargent de beaucoup de mucosité, on découvre la présence d'un calcul vésical. Le malade essaie l'usage de l'eau de soude gazeuse préparée à Tivoli qui détermine une grande irritation sur le canal intestinal et par suite sur la vessie. Il n'est pas plus soulagé par les eaux acidulées avec l'acide muriatique dont l'emploi est suggéré par la présence de beaucoup de substances alcalescentes trouvées dans les urines du malade par MM. Vauquelin, Berthollet et Cadet. Ses inquiétudes sont ensuite calmées à diverses reprises par l'usage de l'*uva ursi* que MM. Thomus, Sernin et Double lui proposent d'après les observations de Dehuen, qui l'employait comme lithontriptique, mais les symptômes énoncés ci-dessus persistent, les urines sont puriformes. Le 22 août, après avoir joui pendant trois jours d'une amélioration sensible, il éprouve plusieurs heures d'un sommeil tranquille et est ensuite éveillé par une toux assez forte accompagnée d'un violent crachement de sang avec issue de caillots spongieux qui ressemblent à des fragments de poumons. Le malade regardant cet accident comme l'effet de l'irritation sympathique du calcul vésical, fait appeler M. Dubois pour le faire tailler. On le détourne de cette idée et on l'engage à prendre de légères doses d'opium, ce remède, le petit lait à la glace acidulée avec l'alcool sulfurique, le quinquina, rien n'empêche l'hémoptysie de revenir par intervalles mais à des époques irrégulières et lorsqu'elle a lieu les symptômes de la maladie de la vessie diminuent. Le côté gauche de la poitrine est douloureux, la respiration pénible et accompagnée de râle. Dans le commencement de septembre, les forces s'affaiblissent, vers le 9 l'haleine, la transpiration, les urines et les matières fécales offrent une fétidité sans exemple, le 12 et jours suivants, nuits très agitées, diarrhée, grande prostration des forces, inappétence absolue, assoupissement. Du 24 au 30, alternatives, de diarrhée et de constipation. Du 1er au 5 octobre, anorexie, nausées, le malade prend dix grains d'ipecacuanha et vomit des matières poracées. Du 7 au 11, tous les symptômes empirent. Le 12, absence momentanée d'esprit, déglutition presque impossible, peau terreuse, extrémités froides, acuité de l'ouïe qui, auparavant, était dure. Le 14, respiration rare, pouls insensible, pulsations des parotides extrêmement lentes. Le 15, le malade expire tranquillement. Ouverture du corps, émaciation extrême, un peu de sérosité dans la cavité thoracique gauche, quelques petits foyers purulents dans le tissu des deux poumons, légère phlogose ; quelques concrétions sanguines dans la trachée artère, matière purulente dans les premières divisions des bronches, foyer purulent dans le rein droit, les deux urèthres dilatés et remplis d'un pus lié, provenant de la vessie, celle-ci également remplie de la même matière et contenant en outre un calcul hérissé d'aspérités et du poids de trois gros, les parois de cet organe épaisses noires et sphacélées, la membrane muqueuse détruite et les fibres de la musculaire disposées en colonnes irrégulières. Cette maladie nous semble principalement remarquable : 1° par l'absence de tout mouvement fébrile ; 2° par sa longue durée que MM. les rédacteurs attribuent à la force d'âme et à l'énergie de volonté avec laquelle M. Barthez a jusqu'au dernier moment cherché à résister à l'empire de la destruction. »

C'est qu'en effet Barthez n'acceptait pas sa fin avec résignation, et comme il avait une sainte horreur du mensonge, il ne dissimulait ni ses pensées, ni ses souffrances. Dans ses derniers jours, agacé par une mouche obstinée, il dit avec amertume « Elle me croit déjà mort » ; poignante tristesse que cette attente du néant physiologique quand on n'attend rien au delà et que comme lui on a aimé la vie et la gloire.

Le Gérant : Dr Victor GENTY
CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 37 LE NUMÉRO : 50 Centimes 12 SEPTEMBRE 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V°
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

Travaux originaux
K.-S. SCRIABINE : L'organisation de la lutte contre les maladies vermineuses parmi la population de l'U.R.S.S. 1417

Clinique chirurgicale infantile
L. OMBRÉDANNE : Quelques malades vus à la consultation du lundi..... 1421

Phtisiologie
Les épanchements séro-fibrineux de la plèvre dans leurs rapports avec la tuberculose pulmonaire.... ... 1422

Revue de Presse étrangère
par J. LAFONT.................. 1428

Actualités
Quelques enseignements tirés du IIIe Congrès international de microbiologie 1429

Nouvelles.......................... 1411

Echos et Glanures 1435

Bibliographie....... 1424

NOUVELLES

Union thérapeutique — L'Assemblée générale annuelle de l'Union Thérapeutique aura lieu le mercredi 14 octobre prochain, à 9 heures du matin, à la Faculté de médecine de Paris (salle du Conseil), sous la présidence du Prof. Loeper, président de l'Union Thérapeutique.

Nos conseillers-rapporteurs traiteront les questions suivantes : L'organisation du contrôle des médicaments, par M. le Professeur DAUTREBAMDE (de Liège) ; La thérapeutique diététicoinsulinique dans le diabète sucré, par M. le Professeur LUIGI ZOJA (de Milan) ; L'acide ascorbique, bases biologiques et cliniques de ses médications thérapeutiques, par M. le Professeur MOURIQUAND (de Lyon) et M. A. CŒUR ; Les méthodes de réanimation, par M. le Professeur Ag. CORDIER ; La pyrétothérapie dans les complications médicales de la blennorragie, par M. le Professeur agr. Charles RICHET, et M. FACQUET ; Résultats de la thyroïdectomie subtotale dans le traitement des cardiothyréoses, par MM. WELTI, chirurgien des hôpitaux de Paris, A. GAQUIÈRE et Roland LEVEN.

Dans l'après-midi, à 15 heures, se tiendra, sous la présidence du Prof. MAIGNON, président de la Société de thérapeutique, la séance plénière de l'Union thérapeutique et de la Société de thérapeutique de Paris, à laquelle vous êtes également convié.

La question mise à l'ordre du jour sera le traitement des *Migraines*.

Les rapports seront les suivants :

Traitement endocrinien, par M. le Professeur MARANON (de Madrid) ; Spasmes vasculaires et importance de la thérapeutique antispasmodique, par M. le Professeur PARHON (de Bucarest) ; Médications hépatiques, par M. le Professeur AUBERTIN (de Bordeaux) ; Traitements par les méthodes de modification humorale, par MM. les Prof. agr. PASTEUR, VALLÉRY-RADOT, HAGUENAU et M. le Docteur HAMBURGER.

Un banquet par souscription aura lieu le mercredi soir, à 20 heures. Les dames peuvent s'y inscrire et leur présence est vivement souhaitée. Les inscriptions au banquet seront reçues au Secrétariat général qui prie les membres de l'Union de lui adresser le plus tôt possible la feuille jointe pour la réponse, afin d'en faciliter l'organisation.

Un billet de chemin de fer à tarif réduit est joint à cet avis.

N. B. — Cotisations : M. G. Doin, trésorier, 8, place de l'Odéon Paris (6e), prie les membres de l'Union de vouloir bien lui adresser le montant de leurs cotisations pour 1936 (20 francs). Compte chèque postal : Paris 201-74, ou chèque bancaire sur Paris.

Amphithéâtre d'anatomie (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques). — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence), en onze leçons, par MM. les Docteurs Pierre ABOULKER et J.-C. RUDLER, prosecteurs, commencera le lundi 21 septembre 1936, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répèteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Un deuxième et même cours, en onze leçons, commencera le 21 septembre 1936.

PROGRAMME DU COURS :

I. *Chirurgie des plaies des membres.* — A. Lésions des parties molles ; Plaies des muscles : excision, suture primitive ou secondaire. Plaie des tendons : indications et technique de la suture primitive. Plaies des vaisseaux : découverte large des vaisseaux profonds au membre supérieur et au membre inférieur indications et technique de la ligature et de la suture artérielle. Plaies des nerfs : la suture nerveuse. — Les assistants répéteront : la suture musculaire, la suture tendineuse, la découverte des vaisseaux profonds au membre supérieur et au membre inférieur, la suture artérielle, la suture nerveuse.

II. *Chirurgie des plaies des membres* : B. Lésions du squelette et des articulations : Plaies articulaires : suture primitive. Fractures articulaires ouvertes. Fractures compliquées : indications de la fermeture primitive ou secondaire, de l'ostéosynthèse, de l'amputation. Broiements des membres : les amputations dans la pratique courante. — Les assistants répéteront : l'exploration et la suture d'une plaie articulaire du genou, l'exploration d'une fracture ouverte de jambe, les amputations du membre inférieur ou du membre supérieur.

III. *Chirurgie des suppurations des membres* : Panaris, phlegmons de la main. Phlegmons diffus, adénophlegmons, hygromas suppurés. Arthrites suppurées : arthrotomie et résection, indications et technique. Ostéomyélites aiguës. Gangrène gazeuse. — Les assistants répéteront : l'incision des panaris ; l'incision des phlegmons de la main : phlegmons commissuraux, phlegmons de la gaine digitale, phlegmons des gaines digitopalmaires. Découverte du rameau thénarien du médian. Arthrotomie de la hanche : résection de la hanche. Astragalectomie. Voie d'abord de l'extrémité inférieure du fémur. Trépanation.

IV. *Chirurgie d'urgence des affections de la tête et du cou* : Les traumatismes du crâne : ponction rachidienne, trépanation décompressive pour hématome, opération de Cushing, opération d'Ody. Le traitement chirurgical de l'angine de Ludwig et du phlegmon de Ludwig. La trachéotomie. La trépanation de la mastoïde. Le phlegmon de l'orbite. — Les assistants répéteront : la trépanation décompressive pour hématome, la trépanation de Cushing, l'opération d'Ody, la trachéotomie, la trépanation de la mastoïde.

V. *Chirurgie des péritonites aiguës* : Appendicite aiguë, péritonites appendiculaires. Diverticulites. Péritonites par perforation des ulcères gastriques et duodénaux : suture, indications et technique de la gastro-entérostomie. Péritonites d'origine biliaire par cholécystite aiguë, gangréneuse, perforée. Traitement de la pancréatite aiguë hémorragique. — Les assistants répéteront : l'ablation de l'appendice, la suture d'une perforation gastrique, la gastro-entérostomie, la cholécystectomie, l'abord du pancréas.

VI. *Chirurgie gynécologique d'urgence* : Péritonites d'origine génitale : ablation des annexes, colpotomie postérieure, technique du drainage à la Mickulicz. Traitement de la rupture de grossesse extra-utérine, de la torsion des kystes de l'ovaire. — Les assistants répéteront : l'ablation unilatérale des annexes, l'hystérectomie subtotale, le drainage à la Mickulicz, la colpotomie postérieure.

VII. *Chirurgie des occlusions intestinales* : Anus cæcal, anus iliaque, entérostomie. Traitement du volvulus, de l'invagination intestinale aiguë, des hernies internes. Résection intestinale et sutures. — Les assistants répéteront : l'anus cæcal, l'anus iliaque, l'entérostomie sur le grêle, la résection et la suture intestinale.

VIII. *Chirurgie des hernies étranglées* : Hernies crurale, inguinale, ombilicale. La gangrène herniaire. — Les assistants répéteront : la cure des hernies crurale, inguinale, ombilicale.

IX. *Chirurgie des traumatismes abdominaux* : Plaies et contusions de l'abdomen, suture du foie, splénectomie, néphrectomie. Plaies thoraco-abdominales : la thoraco-phréno-laparotomie.— Les assistants répéteront : la suture du foie, la splénectomie, la néphrectomie, la thoraco-phréno-laparotomie.

X. *Chirurgie d'urgence du thorax* : Plaies du cœur. Plaies pleuro-pulmonaires. Hémothorax. Pleurésies purulentes. Péricardites purulentes. Emphysème médiastinal aigu. — Les assistants répéteront : l'abord du cœur, la suture d'une plaie du cœur, la pleurotomie, la péricardotomie par la voie de Larrey.

XI. *Chirurgie urinaire d'urgence* : Traitement de la rupture traumatique de l'urètre. La cystostomie. Traitement de l'infiltration d'urine. Traitement des abcès de la prostate. Traitement de l'anurie par la décapsulation rénale. La pyélostomie. — Les assistants répéteront : la cystostomie, l'incision périnéale des abcès prostatiques, la décapsulation rénale, la néphrostomie.

Clinique gynécologique (Hôpital Broca). Professeur : M. Pierre Mocquot. — Gynécologie. — *Cours de vacances.* — M. R. Palmer, chef des travaux de gynécologie ; M. Guillot, chef de clinique gynécologique ; M. Parat, chef du laboratoire ; M. R. Moricard, attaché médical ; MM. P. Lejeune et J. Longuet, anciens chefs de clinique, feront ce cours du lundi 21 septembre au samedi 3 octobre 1936.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants en fin d'études désirant acquérir la pratique des méthodes actuelles de diagnostic et de traitement en gynécologie. Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades. Un certificat sera délivré à la fin du cours.

Le droit à verser est de 200 francs.

S'inscrire à la Faculté de médecine au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4 de 14 à 16 heures), ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.).

Visite médicale pour les étudiants. — La faculté de médecine a organisé, l'an dernier, une visite médicale pour les étudiants qui commencent leurs études.

Elle se propose de reprendre, cette année, la même organisation.

Bien que cette visite ne soit pas obligatoire, MM. les étudiants sont instamment priés de se rendre à la convocation qui leur sera adressée. Cette visite médicale est faite dans leur intérêt : trop de jeunes étudiants tombent sérieusement malades au début de leurs études médicales pour qu'il ne soit pas de leur devoir d'aider leurs maîtres dans la protection de leur santé. Cette visite est surtout orientée vers l'examen de l'appareil respiratoire et vise particulièrement la prophylaxie de la tuberculose. Elle est faite par des médecins des hôpitaux et des chefs de consultation, sous la haute direction des professeurs de la Faculté et du Corps médical des hôpitaux.

Toutes les précautions seront prises pour que le secret médical soit strictement respecté. Si les étudiants le désirent, les résultats de leur examen médical pourront être communiqués à leurs parents ou au médecin de leur famille.

Le Doyen, convaincu que cette visite médicale donnera d'excellents résultats, ne doute pas que les étudiants ne répondent à l'appel qu'il leur adresse, au nom de leurs maîtres.

Les visites médicales commenceront le lundi 19 octobre, à l'Hôpital Laënnec (consultation), à 20 h. 30. Les étudiants seront convoqués individuellement au moment de leur inscription.

Hospices civils de Belfort. — Deux postes d'internes seront vacants à l'hôpital civil de Belfort pour le mois d'octobre prochain.

Admission après concours sur titres, réservé aux étudiants français ayant au moins 16 inscriptions, externes des hôpitaux, et de préférence parmi les admissibles à l'internat des villes de Faculté, sur la proposition du doyen de la Faculté. Engagement minimum d'un an ; 400 francs par mois, nourri, logé, blanchi ; un mois de congé par an.

Pour tous renseignements complémentaires, écrire au Directeur de l'établissement.

Inspection des Ecoles du Loiret. — Il est ouvert, dans le département du Loiret, un concours sur titres pour la nomination de deux médecins inspecteurs des écoles.

Les candidats des deux sexes devront être Français, âgés de vingt-cinq ans au moins et trente-cinq ans au plus (cette limite d'âge sera reculée d'un nombre d'années égal au temps passé sous les drapeaux pendant la guerre 1914-1918), être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'État).

Les candidats du sexe masculin devront avoir satisfait à la loi militaire.

Le diplôme d'un institut d'hygiène de faculté française, les stages dans les services d'enfants, de tuberculose, les années d'internat dans les hôpitaux seront considérés comme titres spéciaux.

Le traitement va de 36.000 à 42.000 francs. Il s'y ajoute les avantages consentis aux agents du département (indemnité de résidence ou de logement, charges de famille). Les frais de déplacement sont fixés à 12.000 francs.

Les demandes rédigées sur timbre, devront être envoyées dans le plus bref délai au préfet du Loiret (inspection départementale d'hygiène), à qui il convient de s'adresser pour obtenir tous renseignements complémentaires, notamment la liste des pièces à fournir par les candidats.

Ligue contre la Surdité. — La Ligue contre la surdité (siège social, à Paris, et secrétariat général et bureaux : Palais Doria, 143 *bis*, promenade des Anglais, Nice, placée sous le patronage des plus hautes notabilités gouvernementales, parlementaires, militaires et scientifiques, conseille, instruit, réconforte et aide, depuis quatorze ans, les déficients de l'ouïe de toute origine.

Elle a institué à leur intention des cours gratuits de rééducation auditive et de lecture labiale, des consultations juridiques, militaires et fiscales, un bureau de placement.

La Ligue possède un service médical et a distribué gratuitement à ses membres gênés pour cent cinquante mille francs d'appareils acoustiques. La Ligue possède un centre d'études et de recherches sur la surdité.

La Ligue contre la surdité admet comme associés et adhérents les sourds et durs d'oreille et les mutilés de guerre de l'ouïe ; elle accepte avec gratitude en qualité de membres honoraires les médecins, acousticiens, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et toutes personnes s'intéressant aux sourds et à la surdité.

Cotisation annuelle : 12 francs, donnant droit au service de l'organe bimestriel de la Ligue : la *Revue de l'Ouïe*. (Membres à vie : 100 francs).

Vacances de Noël sur la Côte d'Azur. — Le XIVe voyage médical international de Noël sur la Côte d'Azur, organisé par la Société médicale du Littoral méditerranéen, aura lieu du 26 décembre au 2 janvier. La concentration se fera à Nice, le samedi 26 décembre. Les jours suivants, les voyageurs verront l'Observatoire de Nice, le Monument d'Auguste à La Turbie le Château médiéval de Roquebrune et parcourront la Voie romaine de Nice à Menton. Ils visiteront cette station climatique, avec le château de Grimaldi, le laboratoire du Docteur Voronoff et le Cap-Martin. Ils seront ensuite les hôtes de la Principauté de Monaco, avec son Musée océanographique, ses jardins tropicaux et le Palais de ses Princes. Une réception leur sera offerte par le Gouvernement. Puis ils verront Monte-Carlo et son casino, Beaulieu et sa flore tropicale, Villefranche et sa rade, le Mont-Boron avec son inoubliable panorama.

Le 30 décembre, ils parcourront Cagnes, Vence et ses sanatoria, Grasse, fabrique de parfums et centre climatique de la zone intérieure. La journée du 31 décembre sera consacrée à la visite du Cannet, de Juan-les-Pins et de son poste radiophonique, d'Antibes et de son Cap, d'où l'on admirera le panorama des Alpes, et de la Côte d'Azur, de Hyères à Menton.

Le 1er janvier, les voyageurs seront les hôtes de Cannes, où ils assisteront à la Fête traditionnelle des bains de mer du Nouvel An. Après avoir déjeuné à l'Institut d'actinologie de Vallauris, ils seront reçus à l'Hôtel de ville de Cannes, puis une soirée de gala, offerte par la Municipalité, terminera ce voyage, où les réceptions luxueuses alterneront avec les démonstrations scientifiques, dans le cadre magique des plus beaux paysages du monde.

A l'occasion du voyage, de magnifiques excursions auront lieu dans les Alpes (sports d'hiver), dans l'Estérel (Fréjus et ses ruines romaines, Saint-Raphaël, sa plage et ses maisons d'enfants), en Corse, l'antique Cyrnos, Ile de Beauté, à partir du 2 janvier. Des séjours prolongés sur la Côte d'Azur seront mis aussi à la disposition des adhérents, dans les stations de leur choix.

Ecrire, dès à présent, au secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice, pour renseignements complémentaires.

« Il serait beaucoup plus important de travailler à prévenir la misère qu'à multiplier des asiles aux misérables... Un moyen sûr d'augmenter les revenus présents des *hôpitaux*, ce serait de diminuer le nombre des pauvres. »

(DIDEROT : Dict. philosophique, Art. *Hôpital*.)

TRAVAUX ORIGINAUX

L'organisation de la lutte contre les maladies vermineuses parmi la population de l'U. R. S. S.

Par le Prof. Dr K.-S. SCRIABINE
Membre de l'Académie des Sciences Agricoles de Moscou

C'est un fait bien connu, que le problème de la lutte contre les maladies vermineuses chez les hommes restant arriéré, il n'a été réalisé presque aucun progrès dans la médecine théorique et pratique.

Encore aujourd'hui l'enseignement de l'helminthologie dans les écoles supérieures de médecine des différents pays n'est pas mis au point étant concentré non pas entre les mains du médecin clinicien, mais dans celles du professeur de zoologie, mettant à la disposition de l'étudiant de première année les éléments de la science des vers parasitaires sans aucun rapport avec la pathogénie.

De nos jours, encore, la grande majorité des médecins praticquants : thérapeutes, pédiatres, etc., sont des médecins « en général », non pas des spécialistes de l'helminthologie, soignant les malades atteints de vers, par des méthodes pratiquées par nos aïeux, voulant par un arsenal pharmaceutique restreint faire sortir les vers, sans se préoccuper le moins du monde de la prophylaxie de de l'helminthose, en conséquence cette manière de déshelminthisation est la cause de l'invasion du milieu extérieur.

Encore, maintenant, la grande majorité des pédiatres, essayent en vain de traiter l'entérobioze? (syn.-oxyurose par l'administration de lavements infusés d'ail, en s'imaginant naïvement, que l'instigateur de cette maladie, — entérite vermineuse, — se localise dans le rectum, tandis que les parasites vivent dans telles régions du tube digestif, où se rejoignent l'intestin grêle avec le gros intestin et où l'effet du lavement ne peut les atteindre.

Encore aujourd'hui les malades atteints de l'helminthose sont les plus dépourvus d'un traitement rationnel spécialisé, vu que dans la majorité des pays on n'a pas encore élaboré le type du dispensaire helminthologique, institution médicale qui doit poursuivre non seulement le traitement, mais aussi la prophylaxie.

Jusqu'à présent il n'existe presque nulle part d'Institution spéciale scientifique, expérimentale, un Institut central helminthologique de l'Etat, dans lequel on étudie et développe les problèmes scientifiques et applicables de l'helminthologie : dans la plupart des pays les institutions helminthologiques font partie des Instituts parasitologiques, et comme règle, y jouent un rôle secondaire.

Cela se répète avec la littérature helminthologique. Seulement en 1929 pour la première fois dans l'histoire médicale helminthologique sont sortis sous presse dans trois points du globe les premières monographies de spécialité helminthologique : je veux dire le livre de Scriabine et Schultze (Moscou), Faust (Amérique), et Baylis (Londres).

C'est catastrophique, combien sont clairsemés les cadres des médecins helminthologistes : nous avons une série de pays européens, dans lesquels vous ne trouverez *aucun* représentant de la spécialité helminthologique.

En regard avec cette situation, aucun pays ne s'est posé le problème concret d'entreprendre une lutte organisée contre la verminisation en masse de la population, avec petit à petit le but de liquider définitivement les helminthoses.

Tout cela sont des faits qui parlent par eux-mêmes ; ils démontrent, que c'est criminel de sous-estimer le facteur helminthologique, ils sont en contradiction avec le point de vue scientifique contemporain, qui donne une sérieuse importance au rôle joué par les vers parasitaires dans la pathologie, ainsi qu'au fait de la vermilisation en masse de la population.

En fait l'helminthologie moderne a enregistré chez l'homme près de 150 différentes espèces de vers parasitaires, qui peuvent se localiser dans tous les organes et tissus de son possesseur.

L'helminthologie contemporaine a ramassé un énorme matériel clinique et expérimental, qui démontre que le rôle pathogénique des helminthes, qui se compose à leur base d'agents mécaniques et toxiques, peuvent avoir des suites très graves, agissant d'une façon déprimante sur le développement physique et intellectuel des enfants, abaissant le niveau de la capacité de travail des hommes, avec toutes les désastreuses conséquences économiques qui en découlent.

L'helminthologie contemporaine a démontré, que par les méthodes d'une déhelminthisation régulière, on peut brusquement relever le niveau de capacité de travail des ouvriers de différentes professions, on peut augmenter la résistance de la population aux maladies infectieuses, on peut enfin lutter contre le fait négatif, la répétition des classes par les élèves d'écoles primaires et moyennes.

Pour chaque médecin helminthologue c'est un axiome, que l'homme, libéré de l'influence déprimante des helminthes, devient non seulement physiquement mieux portant, mais aussi plus tranquille, plus équilibré, plus joyeux.

Donc : conclusion logique, il est indispensable d'organiser une lutte régulière contre la vermilisation en masse de la population, ceci dans l'intérêt de la culture, de l'économie et, si vous voulez même, des intérêts de l'eugénique.

Les organes sanitaires des pays soviétiques, dont je suis un des représentants, ont eu à résoudre le problème de l'organisation des mesures antivermineuses, suivant le plan élaboré.

C'est reconnu, que dans la Russie avant la révolution, ainsi qu'aujourd'hui dans beaucoup de pays, l'helminthologie comme science n'existe pas. Il y avait deux ou trois travailleurs scientifiques qui s'intéressaient aux questions de cette spécialité, mais leurs travaux gardaient un caractère strict de laboratoire et ne pouvaient avoir aucune influence sur le côté pratique de lutte antivermineuse.

J'ai eu l'honneur d'être chargé d'organiser les mesures de lutte contre les maladies vermineuses chez les hommes et chez les animaux dans l'Union des Républiques et je dois ajouter que mes élèves et moi, nous avons trouvé un énorme soutien matériel et moral parmi les organes des autorités soviétiques dans la partie médicale et vétérinaire de notre travail.

En novembre 1920, en base de l'Institut de l'Etat expérimental vétérinaire, a été organisé par moi une section helminthologique qui s'est transformée aujourd'hui dans l'Institut centrale helminthologique de l'Union, complètement indépendant.

L'année suivante, en 1921, une section analogue a été organisée par moi en base de l'Institut tropical. En fin de 1923, j'ai organisé un laboratoire helminthologique à la Faculté physico-mathématique de l'Université de Moscou.

Ces trois institutions, qui sont nées à peu près en même temps, sont les premières organisations scientifiques expérimentales, qui ont entrepris de résoudre le problème des études théoriques et pratiques vétérinaires, médicales de l'helminthologie générale.

Depuis 1933, au sein de l'Institut de l'helminthologie a commencé de fonctionner un laboratoire d'helminthologie agronomique, qui étudie les maladies vermineuses

des plantes, caoutchouc, betterave à sucre et d'autres cultures de plantes.

Pendant quinze ans l'helminthologie soviétique a suivi son chemin, qui est caractérisé par une série de périodes successives pendant lesquels on cherchait de nouvelles méthodes plus efficaces donnant un rendement plus grand dansla lutte antivermineuse.

C'est tout à fait naturel, qu'on devait commencer par la préparation des cadres helminthologiques, dont notre pays n'a pas reçu en héritage de la part de la vieille Russie,

Ayant ce but devant nous, nous avons ouvert largement les portes de toutes les trois sections helminthologiques : à la jeunesse, aux médecins, aux vétérinaires et biologistes, qui ont travaillé sous une direction. Aujourd'hui, beaucoup parmi mes premières élèves, sont devenus de grands spécialistes et occupent des chaires de parasitologie dans les hautes écoles vétérinaires, de médecine et d'agronomie.

A mesure que notre travail se développait, on a commencé de détacher aux aux laboratoire d'helminthologie des médecins de la périphérie, pour élever la qualité dans la lutte contre les maladies vermineuses des hommes et des animaux. Ainsi se complétaient les cadres d'helminthologies pour le service des rayons périphériques de l'Union.

En dehors de cela, nous avons entrepris l'organisation des cours spéciaux d helminthologie vétérinaire et médicale, en détachant des travailleurs locaux dans le centre, ou en envoyant des spécialistes du centre à lapériphérie.

En dehors de l'organisation des cours spéciaux d'helminthologie, l'enseignement de l'helminthologie a pénétré dans différents cycles de perfectionnement des médecins et vétérinaires.

Grâce à cet énorme travail de préparation des cadres, qui continue encore aujourd'hui, notre pays s'est enrichi d'une armée de nouveaux spécialistes, des médecins praticiens helminthologues qui n'existaient pas dans la période antérieure à la Révolution.

Chacun de ces médecins, qui a suivi les cours, en rentrant chez lui, dans sa périphérie, a commencé d'organiser son noyau local d'helminthologie.

Tous comptes faits, notre pays s'est enrichi et continue de s'enrichir d'un réseau complet d'institutions périphériques d'helminthologie de plus grande ou de plus petite envergure, le travail scientifique et pratique se développant sous la direction et sous le contrôle des institutions centrales d'helminthologie à Moscou.

Ainsi a été résolu le problème des cadres, par cette voie le pays a acquis un réseau important d'helminthologie.

Par quoi devait commencer le travail de nos premières institutions d'helminthologie ?

L'immense pays soviétique, qui manquait de cadres helminthologiques, représentait dans les premières années, tabula rasa du point de vue helmintofaunistique.

Quels helminthes sont répandus sur un sixième du globe terrestre, quel est le pourcentage de l'invasion vermineuse de telle ou telle partie des peuples de nations différentes, dans quels centres du pays sont situés les foyers initiaux d'helminthoses, quelle est l'intensité de l'invasion vermineuse parmi telle ou telle catégorie de la population, quelles sont les présomptions épidémiologiques, qui dirigent la prédominance de tels ou tels helminthoses dans différents endroits. Toutes les questions et encore beaucoup d'autres exigeaient impérieusement une solution.

Logiquement ressortait la nécessité d'entreprendre en masse des investigations helminthologiques ; en conséquence les helminthologues soviétiques ont entrepris d'organiser des expéditions régulières dans différents coins de notre pays.

Vers le 1er janvier 1936, nous avons avec mes élèves, médecins, vétérinaires, biologistes, organisé 163 expéditions.

Les spécialistes helminthologues ont parcouru d'un bout à l'autre l'Union Soviétique, ont été en Extrême-Orient, dans les républiques de l'Asie Centrale, dans la Russie blanche, Ukraine, France-Caucase, dans la Murman, dans l'Ijakoutie, dans la Buriato-Mongolie ainsi que dans différents autres points.

Le cerf au nord, le chameau au sud, les oiseaux sur terre et dans l'eau, les bêtes poilues, les poissons de rivière et de mer, qui font l'objet de l'industrie *et avant tout l'homme dans toutes les longitudes et latitudes de l'Union Soviétique*, voilà le théâtre de nos explorations helminthologiques.

En conséquence, peu à peu sont apparus les foyers des plus sérieuses maladies des hommes et des animaux, s'est cristalisée une nouvelle branche de la science : l'helmintogéographie de l'Union Soviétique. Parallèlement à l'étude de l'helminthofaune de tel ou tel rayon géographique, les expéditions entreprenaient des analyses épidémiologiques détaillées, qui nous expliquaient la cause de la prédominance ou de l'absence de telles ou telles invasions dans différents endroits. Une fois la cause de la vermilisation établie, on peut déjà parler du complexe des mesures d'assainissement.

Comme résultat de ces expéditions en masse s'est concentré entre nos mains un matériel helmintho-faunistique énorme et précieux dans le sens scientifique et pratique, ramassé parmi les hommes et les différentes espèces d'animaux. Ces trophées scientifiques sont concentrées dans une institution spéciale — le Musée central helminthologique, se trouvant incorporé dans l'Institut d'helminthologie à Moscou. La valeur de ces matériaux s'approfondie par le fait, qu'ils ont été ramassés par une même méthode, établie par moi, et qui s'appelle : « La méthode des dissections complètes helminthologiques d'après Scriabine ».

Ainsi, le problème des cadres helminthologiques a reçu chez nous une solution satisfaisante. Maintenant nous devons poursuivre une nouvelle étape, entreprendre l'organisation du travail d'assainissement contre la vermilisation.

Cependant, ici nous nous sommes trouvés devant de nouvelles et sérieuses difficultés.

Le diagnostic des helminthoses des hommes et des animaux, surtout parmi ceux, dont les instigateurs se localisent en dehors des organes digestifs, n'ont pas été étudiés. On a dû entreprendre un travail laborieux, qui a été récompensé par un progrès important.

Par le temps qui court, nous avons appris de discerner et de diagnostiquer précisément une série de maladies pulmono-vermineuses chez les animaux, de même nous pouvons maintenant différencier une série des helminthoses complexes, ce qui facilite la réalisation des mesures spécifiques dans la lutte contre la vermilisation.

Le travail le plus important dans cette direction a été réalisé dans l'helminthologie vétérinaire ; J.-W. Orloff a étudié le moyen de diagnostiquer la dictyocaulose et la synthétocaulose des ruminants, et J.-A. Scherbovich la métastrongylose des porcs, A.-M. Petroff a indiqué les moyens de différencier le diagnostic de trois helminthoses des poumons parmi les bêtes à poil : crénosomatose, skriabingylose et filaroïdose, A.-V. Copirin a étudié la manière de différencier les représentants des genres des strongylides des chevaux d'après les larves; Ojerskaia et Gnédina ont étudié les méthodes de diagnostic de la nématodose de l'oie, etc...

Parallèlement avec l'étude des méthodes de diagnostic des helminthoses sur l'objectif vivant, les helminthologues soviétiques, ont entrepris de grands travaux d'études des moyens de thérapie des maladies vermineuses. Ici de nouveau nous avons été arrêtés par une série de difficultés, qu'il était indispensable de vaincre, parce qu'une série d'helminthoses banales de l'homme

et des animaux, ou ne se laissaient pas traiter médicalement, ou n'étaient pas influencées par la thérapeutique.

On a entrepris aussi un travail dans ce sens. Comme résultat pour la thérapie de la trichocéphalose de l'homme a été mis en pratique l'osvarsol (modification du stovarsol), et pour le traitement d'une série d'helminthoses pulmonaires d'animaux a été expérimenté et approuvé sur cent mille têtes la méthode d'injections intratrachéales de préparation d'iode, qui nous permettent aujourd'hui de couper radicalement les pertes en masse des jeunes animaux, pendant les épizooties. Cependant, trouver une préparation pharmacologique, qui ait un effet, et l'employer dans un dosage proportionné, ne veut pas encore dire, qu'on ait trouvé la solution du problème de la lutte contre les maladies vermineuses.

L'helminthologie soviétique a fortement condamné les vieilles méthodes antivermineuses ou comme on l'appelait avant « la thérapie vermifuge » et met à la base du traitement des helminthoses un nouveau principe la *deshelminthisation* dans lequel se mêlent les éléments de thérapie et de prophylaxie.

En 1925, j'ai proposé d'appeler « deshelminthisation » la somme des mesures, qui ont comme but ou l'extraction des vers parasitaires de l'organisme de son possesseur ou de faire périr les helminthes dans le corps de son possesseur dans le cas, où il y a impossibilité de les extraire. Plus tard, j'ai donné un sens plus étendu à la deshelmintisation, et à présent on entend par ce terme les méthodes variées de faire périr les vers parasitaires dans tous les stades de leur développement, se localisant non seulement dans l'organisme de son possesseur (définitif, intermédiaire, supplémentaire), mais infectant les différents éléments du milieu extérieur, visant ainsi à la deshelminthisation de l'homme, des animaux domestiques, aussi bien qu'à la deshelminthisation du sol, de l'eau, des légumes, des logements, des objets, du linge, etc.

N'importe quelle deshelminthisation doit répondre à une série de besoins, qui ont en vue d'un côté d'être efficace et inoffensive pour le patient. D'un autre côté la procédure de deshelminsthisation doit procéder de telle manière, que le milieu extérieur soit complètement à l'abri de l'infection par les éléments d'invasion ; c'est le côté prophylactique de la deshelminthisation.

Seulement en remplissant inébranlablement ces deux conditions, la méthode de deshelminthisation entre les mains du médecin peut devenir un moyen efficace dans la lutte contre les maladies vermineuses.

Nous regardons la thérapie des helminthoses comme une procédure de caractère prophylactique, car en débarrassant l'organisme de l'agent des helminthoses, nous obtenons la liquidation du moyen vermineux, dont résulte pour le milieu extérieur la prophylaxie de la dissémination des éléments d'invasion. C'est ainsi qu'on comprend cet aphorisme, avec lequel le médecin soviétique fait connaissance dès l'école.

« Dans l'helminthologie la thérapie est une méthode de la prophylaxie, ou, plus exactement, il n'y a pas de thérapie, mais il y a la deshelminthisation prophylactique » (Scriabine, 1931).

L'absence de liaison entre la thérapie et la prophylaxie dans le traitement des maladies vermineuses a donné comme résultat, que malgré des énormes tonnes de préparations antivermineuses qui étaient employées par les médecins dans tous les pays du monde, les helminthoses ne diminuaient guère, ou continuaient de progresser, ou s'établissait dans un coefficient élevé.

Le complexe de deshelmintisation à sa base peut être divisé en éléments suivants :

1° L'établissement d'une diagnose helminthologique exacte ;

2° Le choix du médicament en corrélation avec le diagnostic et son dosage exact ;

3° Tenir compte des contradictions ;

4° Préparer le patient ;

5° La technique de l'introduction du médicament ;

6° Les moyens employés pour faire sortir dans le milieu extérieur les parasites et aussi le reste des préparations antihelmintiques ;

7° Se tenir à une sévère toilette sanitaire prophylactique.

8° L'analyse des effets de la deshelminthisation.

On comprend facilement, que par la deshelminthisation seule, même en liaison serrée avec la prophylaxie, on peut obtenir difficilement en peu de temps des résultats palpables. Pour le succès de la lutte contre les helminthoses il est indispensable de réaliser dans une large pratique les principes des mesures générales prophylactiques et aussi les méthodes de prophylaxie privée les adaptant à chaque helminthose particulière. Les mesures prophylactiques générales se réduisent à la base aux méthodes suivantes :

1° Préserver le milieu extérieur de la fécalisation ;

2° Organiser une surveillance vétérinaire sanitaire des produits de provenance animale.

3° Une organisation rationnelle d'une surveillance vétérinaire hygiénique des animaux et de leurs logements.

4° L'organisation d'une surveillance médico-sanitaire des aliments ;

5° L'établissement des conduites d'eau et la canalisation ;

6° L'amélioration des endroits marécageux ;

7° La dératisation ;

8° La désinfection.

Comme axiome se présente la situation suivante : par les efforts des médecins laissés à eux-mêmes, sans que prennent une part active les larges masses laborieuses, l'assainissement des maladies vermineuses de la population ne peut être réalisé.

Ici un nouveau problème concret : organiser dans une large mesure en faisant connaître parmi les masses de la population, en utilisant les différentes méthodes de la propagande helminthologique comprenant : les films de cinéma, l'introduction de thèmes helminthologiques dans la littérature enfantine, des jeux, des pièces pour être représentées dans des théâtres d'enfants et enfin l'organisation de conférences publiques, l'édition d'une littérature populaire en langue nationale des différents peuples, des affiches, des feuillets, etc...

Dans la lutte contre les helminthoses, doit prendre une part active l'école primaire et l'école moyenne, pour que les habitudes d'ordre sanitaire helminthologique de caractère prophylactique soient consciemment adoptées par les enfants encore à l'école.

Tels sont les points de repère initiaux que les helminthologistes soviétiques utilisent largement dans la lutte contre les maladies vermineuses.

Sur quelles institutions médicales s'appuient les médecins dans leur travail pratique ?

C'est un fait reconnu, que le traitement de certaines helminthoses de l'homme, par exemple les teniidoses (tænia solium, tæniarhynchus saginatus, hymenolepis naua, etc...), ne se traitent pas par la voie ambulatoire. Surtout en ce qui concerne tænia solium, en l'évacuant d'une manière imprudente en cas de vomissements, le patient peut contracter par infection une forme dangereuse de cysticercose du cerveau, des yeux et d'autres organes importants pour la vie.

D'un autre côté, on n'a pas toujours la possibilité d'occuper pour les malades d'helminthose des lits dans des cliniques ou des hôpitaux, sans parler que l'organisation de l'aide médicale pour le patient vermineux doit être telle, que la capacité évacuation de cette institution médicale soit maximale, que le malade ne soit pas retenu dans l'hôpital un temps superflu.

L'Union Soviétique, cherchant à trouver le type le plus rationnel d'Institution helminthologique médicale, s'est arrêté sur des établissements nommés demi stationnaires ou deshelminthisatoires.

Cette maison relativement petite contient quelques chambres : le cabinet de réception du médecin helminthologue, un laboratoire, une salle d'attente, une chambre pour les opérations médicales, une chambre pour les irrigations, des cabines isolées pour la défécation d'un modèle spécial, un musée helminthologique instructif.

Tous les médecins envoient les malades vermineux dans les villes, qui possèdent les demi-stationnaires, pour être traités et recevoir les soins nécessaires.

Le patient se présente à l'Institution et apporte ses matières fécales pour une analyse helminthologique exacte qualitative et quantitative. Après l'établissement d'un diagnostic exact, le patient reçoit des instructions détaillées (des feuilles imprimées) précisant comment il doit se préparer pour la déhelmintisation : diète appropriée, purgatif, lavement, etc...

En même temps on lui fixe le jour et l'heure exacte d'une deuxième visite au demi-stationnaire, afin de le guérir de la maladie vermineuse.

En se présentant le jour fixé, ayant rempli toutes les prescriptions, en possession d'une analyse helminthologique exacte, le patient est soumis à un examen clinique détaillé de la part du médecin (pour l'établissement de la dose, le choix de le méthode d'introduction de la préparation médicinale, etc.) ; ensuite il est envoyé dans la chambre d'opérations. Là il y a une rangée de chaises longues en toile cirée recouvertes de draps, sur lesquels on étend le malade. Ayant pris la préparation antihelminthique, indiquée par le diagnostic (*per os*, *per clismata*, par la sonde stomacale ou duodénale, etc...), le patient repose sur la chaise longue, jusqu'à l'action du médicament.

Dans des cabinets spéciaux, le patient se libère des helminthes, un personnel spécial fait l'examen des matières fécales par la méthode macro-helmintoscopique en analysant l'action de la deshelminisation (numération des parasites, qui ont été extraits, examen d'un scolex, etc.).

Les matières fécales pleines de parasites et de leurs œufs sont soumises à une stérilisation thermique, tandis que le patient s'étant reposé après le traitement, est instruit dans le sens de la prophylaxie, muni de feuilles helminthologiques et rentré chez lui.

Le temps passé par le patient au demi-stationnaire varie de 1 heure et demie jusqu'à 6 heures, rarement plus longtemps. Pour que les ouvriers ne perdent pas leur temps pendant le traitement, autrement dit pour que la production n'en souffre pas, beaucoup de demi-stationnaires fonctionnent les jours de sortie.

Les premiers deshelminthisatoires ont été créés dans les capitales de l'U.R.S.S. : Moscou et Leningrad. Ensuite les demi-stationnaires ont été organisés auprès des Instituts tropicales-périphériques, des stations malaria, auprès desquelles très souvent sont organisées des sections helminthologiques.

Aujourd'hui en U. R. S. S. des deshelminthisatoires sont organisés dans la majorité des grandes villes, construits soit sur le territoire de l'hôpital, soit ayant un caractère indépendant d'Institution médicale.

A Moscou nous avons la tendance que chaque rayon ait son demi-stationnaire spécial (= 22 dehelminthisatoires).

Telle est la structure du nouveau type de l'Institution médicale d'helminthologie. Naturellement les médecins du demi-stationnaire employent la méthode ambulatoire dans les cas d'helminthoses où cette méthode ne rencontre aucun inconvénient. Quant aux malades de helminthoses les plus compliqués (avec la localisation paranteriale des parasites, avec des invasions intensives et multiples) ils sont soignés dans des cliniques helminthologiques spéciales, organisées dans les Instituts tropicaux et les plus importantes stations de malaria.

Les différents types de deshelminthisatoires sont organisés sur la base des Kovhoz et des Kolhoz et sur la lignée vétérinaire. Leur agencement est varié : ou bien ce sont des étables spécialement isolées pour différents grands animaux, par exemple les chevaux ; ou bien des cages isolées pour les chiens, ou bien c'est un grand espace de terrain, par exemple dans les élevages des moutons, délimité par un fossé, où on pourchasse les moutons pour la déhelmintisation et où on les retient un certain nombre de jours, pendant lesquels les helminthes s'évacuent de l'organisme des animaux au dehors.

Malgré la variété de l'agencement des deshelminthisatoires pour différentes sortes d'animaux, tous poursuivent le même but bien défini : ils servent d'endroits où non seulement on libère les animaux des parasites, mais où toutes les évacuations de l'élément d'invasion périssent, perdant la capacité de faire leur cycle biologique. Par cela même les déhelmintisatoires deviennent non seulement des Institutions thérapeutiques, mais aussi prophylactiques, liquidant l'infection helmintique, préservant le milieu extérieur de la vermilisation.

Notre type soviétique d'Institutions prophylacto-médicales pour la lutte contre les helminthoses est sûrement encore éloigné de la perfection ; dans le procès du prochain développement des deshelmintisatoires, les derniers, sans aucun doute, vont changer et s'améliorer.

Cependant il nous semble que notre type du demi-stationnaire représente un grand pas en avant sur le chemin de l'organisation de l'assistance helminthologique de la population, car dans d'autres pays cette assistance par des médecins spécialistes n'a pas lieu.

Quinze années sont passées depuis le moment de l'organisation en U. R. S. S. des dernières Institutions scientifiques helminthologistes ; les demi-stationnaires sont encore des enfants, ayant 9 à 10 ans.

Néanmoins, même pendant cette courte échéance, le travail collectif des helminthologues soviétiques a rendu au pays et à la population de grands services. Nous croyons fermement, que par le travail collectif des médecins et des vétérinaires avec l'aide moral et matériel de l'Etat et des organisations sociales, avec la participation active des larges masses de la population, qui devient chaque jour plus lettrée et cultivée, nous arriverons à vaincre le fléau helminthologique, qui flagelle l'humanité, qui produit de grandes pertes économiques et sanitaires aux états de tout le globe terrestre.

Nous devons mettre une barrière au développement irrésistible des vers parasitaires, ce qui peut être accompli seulement par des helmintologues : médecins et vétérinaires. Nous considérons les helminthologues comme des spécialistes qui ont devant eux la réalisation d'un immense travail scientifique et pratique, un acte d'héroïsme : *libérer les hommes et les animaux de la vermilisation générale* et par cela d'un côté rendre à l'homme la vie plus saine, plus heureuse et plus joyeuse, d'un autre côté créer une nouvelle « espèce » sanitaire d'animaux ahelminthisés, pour démontrer la hauteur zootechnique des différentes productions.

« Se prendre dans le professionnalisme ! Voilà bien la plus terrible embûche ouverte sous les pas d'une profession qui se dit et veut rester intellectuelle. Trop des nôtres, dès maintenant, n'ont plus d'yeux et d'oreilles que pour les choses de la médecine ; pour elles seules s'éveille leur intérêt, elles seules alimentent leur conversation.

Les anciens admiraient et redoutaient « l'homme d'un seul livre ». Il est redoutable en effet... tant il est assommant et, en définitive, étroit d'esprit. Veillons, il en est grand temps, à garnir notre bibliothèque ! »

(G. LAVALÉE. — Etre « au courant ». Le *Concours Médical*, 14 juin 1936).

Il faut avoir cruellement vécu pour comprendre que, dans l'agitation destructrice du monde « conserver, c'est créer ». Georges DUHAMEL.

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

(HOPITAL DES ENFANTS-MALADES)

Quelques malades vus à la consultation du lundi

Par M. le Professeur L. OMBRÉDANNE (1)

Ce bébé est atteint d'un bec-de-lièvre unilatéral et incomplet ; lorsque l'enfant est calme, on voit au-dessus de l'encoche simple du bord rouge de la lèvre, un petit sillon linéaire d'apparence cicatricielle qui se dirige vers le seuil de la narine. Quand l'enfant commence à pleurer les commissures labiales se portent en dehors et à ce moment la masse de la lèvre au-dessus de l'encoche du bord rouge se laisse amincir ; il semble que l'anneau élastique qui encercle l'orifice buccal présente un point faible à ce niveau. Or, ce n'est pas un système élastique qui maintient la situation des tissus péribuccaux, c'est essentiellement la tonicité du sphincter orbiculaire des lèvres qui, insuffisamment développé à ce niveau, se laisse vaincre suivant sa ligne d'aplasie.

L'examen de la cavité buccale nous montre qu'il n'existe aucune fissure vélo-palatine, la gencive est indemne, comme il est de règle dans les becs-de-lièvre incomplets.

Par contre, ce bébé présente les petits défauts du bec-de-lièvre ; ses narines sont asymétriques ; la narine du côté sain est un orifice ovalaire, dont le grand axe passe au centre du lobule du nez ; le grand axe de la narine, du côté de la fissure labiale, est fortement incliné et se rapproche à la ligne horizontale. On note la brièveté de la sous-cloison, dont l'axe qui est normalement sagittal et vertical, se trouve fortement incliné. Le talus sous-narinaire manque du côté de l'encoche et celui du côté sain est dévié vers l'extérieur. Enfin, il existe une aplasie partielle de l'orbiculaire que je vous ai déjà signalée.

Toute opération incomplète qui ne visera qu'à faire disparaître seulement l'encoche laisserait après elle des déformations créant une asymétrie faciale. Une bonne et définitive correction du bec-de-lièvre incomplet nécessite l'exérèse de toute la zone aplasiée de l'orbiculaire ; l'excision remontera vers la narine, dont le seuil doit être réséqué ; la narine malformée sera faite un peu plus petite que la narine saine ; il est très avantageux de pratiquer la fermeture en verrou du seuil narinaire.

Ce garçon âgé de 5 ans a été opéré du bec-de-lièvre ; l'opération n'a pas visé à corriger les petits défauts du bec-de-lièvre et vous voyez que le résultat est loin d'être parfait. Certes, l'encoche labiale est restaurée mais la sous-cloison reste petite et oblique et les narines sont asymétriques ; il y a une absence de saillie de la lèvre supérieure. Peut-être un dentiste habile pourra-t-il remédier à cette dernière déformation en plaçant un appareil dentaire approprié, malheureusement, les dents supérieures de cet enfant sont en très mauvais état.

L'exemple de cet enfant vous montre que les petits défauts du bec-de-lièvre apparaissent avec évidence après une opération incomplète ; ils suffisent à défigurer un sujet dont l'encoche labiale est corrigée et laissent persister chez l'opéré une asymétrie faciale du plus disgracieux effet. De là leur extrême importance.

L'enfant de trois ans que voici nous est amené parce qu'il ne marche pas. On constate une déformation de la jambe gauche, qui est incurvée et raccourcie de 5 cm., le pied gauche est renversé en varus talus. Les radiographies de la jambe déformée nous montrent l'incurvation du péroné en S et une aplasie locale, siégeant au tiers inférieur du tibia. On trouve une petite macule d'aspect cicatriciel siégeant à la partie interne et inférieure de la jambe, vraie signature de la maladie amniotique.

Il s'agit donc d'une pseudarthrose congénitale. Cette malformation qu'on observe presque toujours au niveau du tiers inférieur du tibia est constituée par une aplasie locale de l'os, située entre ses deux extrémités amincies ; au foyer de pseudarthrose on voit les os s'effiler en deux pointes longues et grêles qui, en s'opposant par leurs extrémités acérées, sont séparées à ce niveau par un écartement variable. La genèse de cette malformation est la maladie amniotique qui évolue à un stade précoce de l'évolution de l'embryon, probablement avant la différenciation du squelette. La maladie amniotique dépend d'une cause indéterminée ; elle n'est pas infectieuse, ni traumatique ; le régime alimentaire de la mère ne semble pas jouer un rôle dans l'apparition de cette affection. La maladie amniotique se traduit par des lésions ulcéreuses du sac amniotique et du revêtement ectodermique de l'embryon ; atteignant parfois les plans plus profonds du jeune être elle peut déterminer des mutilations de gravité variable des tissus embryonnaires, destinés à former plus tard le squelette, les muscles et les tendons. Cette maladie ulcéreuse peut aboutir à la formation de brides amniotiques, observées assez rarement ; les sillons et les amputations en sont au contraire une conséquence fréquente. La maladie amniotique, évoluant pendant la période intra-utérine, est d'ordinaire entièrement guérie à la naissance. J'ai eu à plusieurs reprises l'occasion d'observer la maladie amniotique en évolution après la naissance, en pareil cas prématurée.

La pseudarthrose congénitale est une conséquence de cette affection ulcéreuse. Pour obtenir la consolidation de la solution de continuité, due à la pseudarthrose, on a recours soit aux greffes osseuses, soit aux greffes ostéo-périostiques ; il faut bien reconnaître que les succès sont assez rares. Il ne paraît pas possible de dire si un tel greffon participera par la suite à la croissance du membre ; souvent on opère trois ou quatre fois de suite sans résultat. J'ai obtenu une consolidation définitive chez un enfant suivi pendant plusieurs années après l'opération ; son père m'écrit récemment que l'enfant ne diffère en rien de ses compagnons de jeux, et saute avec eux les fossés.

Que peut-on faire pour notre malade actuel ? Le péroné du côté intéressé est incurvé en S et on ne peut libérer sa partie inférieure ; il serait avantageux de faire une ostéotomie haute du péroné pour rétablir sa rectitude et en taillant une écaille dans le tibia se servir du péroné insinué sous cette écaille comme matériel de greffe, ainsi on obtiendra un tuteur et une greffe en même temps.

Toutefois, en tenant compte de la fâcheuse tendance de pseudarthrose congénitale à ne point consolider, il faut être réservé sur le succès définitif de cette intervention.

(1) Leçon du lundi 27 avril 1936, notes recueillies par Mme le Docteur Rodzevith.

Ce garçon âgé de 11 ans, présente une attitude vicieuse de la tête ; son oreille droite tend à se porter vers l'acromion du même côté, donc, c'est l'attitude du torticolis musculaire chronique classique. En le regardant de dos, on constate la différence du profil des épaules ; l'épaule droite plus excavée paraît plus longue, tout le cou est incliné à droite. Les omoplates alignées par leurs extrémités inférieures sont sensiblement à la même hauteur. Ce garçon a une scoliose cervico-dorsale à convexité gauche.

L'hypercorrection de la tête par les manœuvres manuelles est possible et elle s'accomplit sans douleur. La palpation du sterno-cléido mastoïdien du côté intéressé n'est pas douloureuse, comme de règle.

Le torticolis est provoqué par la rétraction du muscle sterno-cléido-mastoïdien atteint habituellement de sclérose interstitielle sur une étendue plus ou moins grande. Quelle est la cause initiale de cette sclérose ? L'origine obstétricale de cette lésion du muscle est le plus généralement admise. La doctrine est basée sur des faits cliniques indiscutables, la majeure partie des enfants atteints de torticolis sont nés par le siège. Certains enfants présentent après leur naissance une tumeur siégeant dans l'épaisseur du muscle sterno-mastoïdien, tumeur consécutive peut-être à une rupture fibrillaire du muscle au moment de l'accouchement. D'autre part, l'attitude forcée de la tête, l'élongation du cou pendant l'accouchement accompagné des manœuvres obstétricales où une application de forceps suffiraient à provoquer au niveau du sterno-cléido-mastoïdien une ischémie temporaire capable à déterminer la rétraction ultérieure du muscle. L'origine obstétricale du torticolis est vraie, lorsque cette rétraction apparaît chez le nourrisson et reste définitive.

Certains enfants commencent à prendre une attitude vicieuse de la tête à un âge avancé, et dans ces cas on ne peut parler de l'origine obstétricale du torticolis. Un grand nombre de cas de torticolis sont le résultat de lésions inflammatoires d'origine pharyngienne et otitique survenant chez de jeunes enfants. Par propagation, la gaine du sterno-cléido-mastoïdien et son tissu interstitiel s'enflamment, et, ultérieurement, se rétractent par suite de résolution et de guérison spontanée, suivies de rétraction. Les mastoïdites agissent d'une manière analogue. Les mêmes voies d'infection nous expliquent l'évolution de scléroses interstitielles subaiguës au niveau du sterno-mastoïdien ou de sa gaine.

Nous apprenons que chez cet enfant les oreilles ont coulé et qu'il a été opéré d'une otite moyenne droite ; l'origine de son torticolis devient évidente ; l'attitude vicieuse de la tête est apparue après l'opération. Donc nous avons ici, un cas indiscutable d'un torticolis d'origine otitique.

Le garçon que voici âgé de 11 ans présente une grosse masse au niveau de la malléole interne gauche ; le membre inférieur gauche est légèrement raccourci, le pied est en valgus. Pourtant pendant la marche l'appui du membre intéressé n'est pas mauvais. La déformation du pied gauche est considérable, comme s'il avait perdu son astragale. On constate des ganglions augmentés de volume à la racine du membre inférieur malade. Si la lésion était tuberculeuse, l'enfant ne pourrait vraisemblablement pas marcher sans douleur. Or, nous apprenons qu'il marche sans se fatiguer. Il faut faire la radiographie du pied malade pour voir si les lésions osseuses caractéristiques de la maladie ostéogénique sont présentes.

Sur tout le corps de ce garçon on voit un certain nombre de taches pigmentaires, coloration café au lait, munies de poils ; ce sont les nævus pileux. Il présente une légère scoliose dorsale totale.

En outre, on constate une tumeur volumineuse au niveau de la base du cou ; cette tumeur est apparue il y a environ deux ans. Elle est recouverte de peau saine, indolore ; à la palpation on ne trouve aucun point fluctuant, la masse est uniformément dure, donc il ne s'agit pas d'une tumeur liquide. La tumeur n'est pas parfaitement mobile, elle semble tenir au squelette. Pourtant, les mouvements de la colonne cervicale sont normaux. Les ganglions carotidiens, qu'on palpe le plus commodément en se plaçant derrière le malade, sont appréciables des deux côtés et équivalents. Quelle est donc cette tumeur dure ? Une tumeur dure siégeant à la base du cou éveille l'idée d'un branchiome, ou bien d'une adénite tuberculeuse. Le branchiome unilatéral, tumeur mixte, souvent maligne est presque toujours observé chez le sujet d'un certain âge ; je n'ai jamais vu un branchiome malin chez l'enfant.

Nous apprenons qu'il n'existe aucune tare bacillaire dans la famille de cet enfant ; ses parents, ainsi que ses neuf frères et sœurs sont bien portants. Ce garçon n'a jamais eu d'affection pulmonaire ou pleurétique bien définie. Pourtant, les petits ganglions bilatéraux du cou constituent un argument important en faveur de la nature tuberculeuse de l'affection. Il s'agit très vraisemblablement d'une tuberculose ganglionnaire caséeuse, à prédominance sur un seul ganglion. C'est le lymphome tuberculeux du cou.

En règle générale, il ne faut attaquer chirurgicalement une lésion tuberculeuse quelle qu'elle soit que si on peut espérer l'extirper en bloc et réunir au-dessus les téguments sans aucun drainage.

En matière d'adénopathie cervicale, la règle est de ne jamais intervenir chirurgicalement. Pourtant la tuberculose monoganglionnaire caséifiante constitue une indication d'exception, et est à mon avis justiciable du traitement chirurgical, c'est-à-dire de l'exérèse. Donc, nous conseillons l'ablation de la tumeur du cou chez ce garçon.

PHTISIOLOGIE

Les épanchements séro-fibrineux de la plèvre dans leurs rapports avec la tuberculose pulmonaire

Laënnec le premier a pressenti l'origine tuberculeuse des pleurésies. Mais la démonstration irréfutable en a été apportée par Landouzy. Les épanchements séro-fibrineux des tuberculeux pulmonaires avérés, et les pleurésies dites *a frigore* ont donc une étiologie commune et de nos jours il ne subsiste de contestations que sur la place à donner à ces dernières dans la classification de Ranke. Alors que la plupart des classiques les fixent au stade secondaire, un certain nombre d'auteurs, Rieux et Courcoux en France, en font dans certains cas un épisode de primo-inoculation. Mais la tuberculose pulmonaire pèse lourdement sur l'avenir des pleurétiques, puisqu'un sur deux de ces derniers pour les anciens, et un sur quatre pour les modernes en sont la proie.

On ne peut s'appuyer pour prévoir cette éventualité ni sur les antécédents personnels ou héréditaires des malades, ni sur l'abondance ou la durée de l'épanchement. Certaines formes de « pleurésie locale évolutive » ou de « polysérites » lui fournissent cependant le plus important contingent. Mais une cure de six mois au moins, à dater de la disparition du liquide, et une surveillance attentive et prolongée à la reprise du tra-

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Le problème de l'alimentation. Société des Nations, Genève. 3 vol.

Le Comité mixte pour le problème de l'alimentation composé d'experts en matière d'hygiène publique, d'agriculture, d'économie politique et d'assistance sociale présentera à l'Assemblée de la Société des Nations, lors de sa session de 1936, un rapport en quatre volumes.

Le volume I constitue le rapport proprement dit. Il contient une étude d'ensemble du problème de l'alimentation ainsi que des conclusions formulées par les experts en ce qui concerne les rapports qui existent entre une alimentation rationnelle d'une part, et, d'autre part, la santé publique et la résistance à la maladie.

La crise économique a fait apparaître de nombreuses maladies par « carence » dans diverses régions. Cependant, la sous-alimentation n'est pas due seulement à la misère : il existe dans chaque pays à l'état chronique, même dans les régions où le niveau de vie n'a pas baissé à d'autres égards. Il n'y a pas de pays où l'ensemble de la population atteigne le standard alimentaire suffisant pour le maintien de la santé.

L'adoption générale d'une alimentation convenable implique : 1° un revenu suffisant ; 2° la connaissance des aliments qui contiennent les éléments essentiels pour un régime diététique rationnel. La première de ces conditions est examinée du point de vue de l'Assistance publique, de la production agricole, de l'organisation du marché et du contrôle des prix.

En ce qui concerne la seconde de ces conditions, le rapport se réfère aux découvertes scientifiques récentes dans ce domaine et donne une liste des aliments qu'il est facile de se procurer dans les pays occidentaux et qui contiennent les vitamines et les éléments minéraux essentiels.

Le lait est ce que nous possédons de plus proche d'une nourriture parfaite et complète. « Un pays où ruisselle le lait » tel était l'idéal des tribus pastorales de l'antiquité, idéal qui subsistera aussi longtemps qu'on se préoccupera d'assurer aux peuples une bonne alimentation. Les légumes verts frais, les fruits, notamment les agrumes, la viande, les œufs et le fromage constituent par excellence les aliments dits « protecteurs » qui contiennent des vitamines. La pomme de terre, longtemps bannie des régimes de peur qu'elle ne fasse grossir, renferme une quantité notable de calories et représente le seul légume dans lequel la vitamine C demeure après la cuisson.

Le problème qui consiste à assurer des aliments convenables à toutes les catégories de la population constitue un devoir primordial pour les Gouvernements. Le Comité, bien qu'il ne se soit pas encore livré à des investigations très poussées, indique les obligations qui en résultent pour les Gouvernements : 1° l'adaptation de l'agriculture de manière à ce qu'elle produise une plus grande quantité d'aliments reconnus comme nécessaires à la santé ; 2° l'adaptation d'une politique à la fois sociale, économique et commerciale tendant à mettre les aliments nécessaires à la portée de tous les revenus ; 3° le développement des connaissances en ce qui concerne la valeur nutritive des divers aliments.

Le second des quatre volumes de l'étude sur le problème de l'alimentation contient l'exposé des bases physiologiques de l'alimentation.

Le présent rapport est de caractère technique. Il définit les besoins alimentaires des différentes catégories de la population à l'état normal et dans certains cas spéciaux (travail physique particulièrement pénible, femmes enceintes et allaitantes) en calories, en protéine, en graisses, en vitamines et en éléments minéraux. Le cas des enfants fait l'objet d'une attention spéciale : le rapport contient des tableaux définissant parmi les aliments qu'il est facile de se procurer dans les pays occidentaux (*a*) les aliments protecteurs, (*b*) les aliments énergétiques convenant aux enfants de 1-2 ans, de 2-3 ans, de 3-5 ans, de 5-7 ans et aux garçons et filles des 12-14 ans.

Un autre tableau indique les aliments nécessaires, pour leur contenu en substances protectrices, énergétiques et caloriques, aux femmes enceintes et allaitantes.

Le rapport fait connaître les problèmes recommandés pour de nouvelles études: méthodes d'appréciation de l'état de nutrition des enfants ; besoins alimentaires pendant la première année de la vie ; besoins minimum de vitamines, de minéraux et de graisses ; valeur nutritive et « supplémentaire » des différentes protéines dans les aliments en vue de déterminer dans quelle mesure et sous quelles formes les protéines animales sont nécessaires à la croissance et à la santé ; valeur alimentaire comparée des différentes céréales selon le degré de blutage ; influence sur la santé de l'accroissement et de la consommation du sucre ; influence du climat sur les besoins alimentaires ; ration optimum de lait requise aux différents âges.

Le troisième volume constitue une base positive pour l'examen de cette importante question dans les régions urbaines et rurales du monde occidental.

Ce volume contient un chapitre préliminaire intitulé « observations générales » et fait connaître les mesures récemment prises par les Gouvernements, les autorités publiques et les organismes nationaux dans une vingtaine de pays pour améliorer l'alimentation des diverses classes de la population. Ces mesures sont exposées dans les chapitres suivants : 1° mesures prises en faveur des mères et des nourrissons ; 2° mesures prises en faveur des enfants d'âge scolaire et des adolescents ; 3° mesures prises en faveur des adultes et en particulier des chômeurs ; 4° alimentation de l'armée et de la marine ; 5° mesures destinées à permettre à certaines catégories de consommateurs d'obtenir des denrées à prix réduit ; 6° mesures destinées à assurer le contrôle des denrées alimentaires au point de vue de la qualité ; 7° recherches, éducation et propagande en ce qui concerne la valeur nutritive des aliments.

Le rapport montre les variations qui se sont produites dans la consom-

mation des denrées alimentaires au cours de ces dernières années à la fois dans les communautés avancées et dans d'autres moins prospères. Les auteurs de ce volume accompagnent l'exposé des faits des observations générales suivantes :

« Si l'on prend une vue d'ensemble des pays comme le Royaume-Uni, la France, la Suisse, la Belgique, les Pays-Bas, le problème de la carence alimentaire générale ne paraît pas se poser d'une façon inquiétante. Grâce à leur richesse, au développement des moyens de communication, à la diffusion des moyens de distribution, ces pays sont à l'abri de la préoccupation d'un approvisionnement déficient ou insuffisant en variété. Certes, dans les milieux ouvriers ou agricoles particulièrement éprouvés par le chômage ou par la crise, les groupes importants peuvent être sous-alimentés par suite d'un manque persistant de moyens d'achat suffisants et malgré des efforts considérables d'assistance ; mais pour la très grande majorité de la population, le problème alimentaire consiste surtout en un problème de qualité, de dosage, d'hygiène et d'éducation.

« Si, dans ces pays, l'alimentation est mauvaise, c'est moins parce que déficiente que parce que mal ordonnée, incomplète, excessive parfois en certaines matières, et en revanche insuffisante en aliments « protecteurs ». Cependant, à cet égard, une tendance au progrès se manifeste, quoique souvent entravée depuis la guerre par les difficultés économiques. Il importerait de pouvoir mieux établir si les changements apportés ont vraiment engagé la consommation dans les voies de l'alimentation rationnelle.

« Dans beaucoup d'autres pays, le but primordial de toute activité est de fournir des moyens de subsistance à certains groupes de la population ou à des régions entières. Dans les régions où règnent la pauvreté et la misère, par suite du chômage et de la réduction du commerce dus à la crise économique, il ne s'agit pas d'assurer une alimentation idéale mais d'abord une alimentation suffisante. Il en est de même dans des pays plus arriérés. »

En plus des pays dont il est fait mention dans le passage ci-dessus, le rapport donne des renseignements sur certains aspects du problème dans les pays suivants : Union Sud-Africaine, Argentine, Australie, Autriche, Bulgarie, Canada, Danemark, Estonie, Etats-Unis d'Amérique, Finlande, Hongrie, Italie, Irak, Lettonie, Mexique, Pologne, Roumanie, Siam, Suède, Turquie, Tchécoslovaquie, Uruguay et Yougoslavie.

Divers

Mes Cahiers. (Tome X. Janvier 1913-Juillet 1934), par Maurice BARRÈS, Un vol. in-8° écu sur alfa, collection (*La Palatine*). Prix : 25 francs. Edition ordinaire in-16. Prix : 15 francs. Librairie Plon, 8, rue Garancière, Paris (VIe).

Barrès, « comme il grandit, en s'éloignant ! » écrivait M. Emile Henriot à l'occasion de l'apparition du tome IX des *Cahiers*. A mesure que la publication de ces émouvants recueils où l'auteur de la *Colline inspirée* notait ses pensées, ses idées, cherchant à y voir plus clair en lui-même et chez les autres, cette opinion se vérifie davantage. Jamais, semble-t-il, un écrivain n'a laissé un souvenir aussi profond, n'a suscité autant d'enthousiasmes après sa mort. Le magnifique rayonnement spirituel de Barrès s'accroît chaque jour et gagne en intensité. Sa droiture intellectuelle, dont les *Cahiers* sont le vivant témoignage, a contraint ses adversaires les plus acharnés à s'incliner devant son génie.

Ce volume s'étend sur la période particulièrement difficile qui précéda directement la guerre. Nous y voyons Barrès constamment préoccupé de ce qui peut sauvegarder l'intégrité de la France, porter plus haut son prestige intellectuel et moral. Des pages vibrantes sur Déroulède et l'action de la Ligue des patriotes disent la part qu'il prit à ce grand mouvement de rénovation française. De même, l'auteur de *Colette Baudoche* gardait les yeux constamment fixés sur l'Alsace et la Lorraine et soutenait magnifiquement le moral de ceux qui, de l'autre côté des Vosges, maintenaient l'idée française.

A la Chambre, Barrès se fit l'ardent défenseur de la loi de trois ans qu'il estimait le seul moyen capable de barrer la route à l'envahisseur. Il y poursuivit toujours inlassablement la lutte qu'il avait engagée pour les églises de France, non seulement pour les églises d'art, mais pour toutes les autres qui renferment au même titre un Dieu. Pour lui, c'est le clocher qui maintiendra dans chaque village la force morale des individus. On voit Barrès à cette époque désireux d'échapper de plus en plus aux querelles de groupes, essayer de n'être plus un partisan. Il apparaît également comme largement compréhensif envers la jeunesse ; il se penche fréquemment vers elle, tente de pénétrer ses pensées, ses désirs, applaudissant à toutes ses générosités.

Des pages magnifiques, au style éblouissant, sur les sujets les plus divers, donnent à ce volume une infinie variété. Des portraits de Lamartine, Taine, Renan, Sainte-Beuve, Jaurès, voisinent avec le plan d'une pièce sur Jeanne d'Arc, des réflexions sur le catholicisme et le socialisme, d'admirables pages sur le jardin de Charmes, des notes sur des lectures, des conservations. Ce livre se clôt sur des notes prises par Barrès durant le voyage qu'il fit en Orient à partir de mai 1914 et où l'on retrouve l'ardent poète d'*Un jardin sur l'Oronte*.

On pourrait appliquer à ce tome dixième des *Cahiers* la phrase qu'Ernest Psichari écrivait à Barrès en 1913 « Quelle joie de rencontrer... les fleurs riches et fraîches dont le parfum s'installe en nous, nous lave des laideurs et des médiocrités de la vie contemporaine... »

La vie dictée par la science, par les Docteurs KACHPEROFF et MACAIGNE. Un vol. in-12, de 200 pages. Prix, 10 francs. Amédée Legrand, 93, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Dans une forme simple, facile à comprendre par tout le monde, les auteurs nous font concevoir ce qu'est la vie, quel est le but de la vie, et aussi que ce but pour être réalisé exige une véritable culture scientifique de l'être humain, culture basée sur l'hygiène et conduisant au perfectionnement à la fois physique et psycho-moral.

vail diminuent ses ravages dans de notables proportions. Sur 101 malades ainsi traités nous n'avons trouvé que 13 % de rechutes chez les adultes, et 19 % pour l'ensemble de notre statistique, proportion qu'une cure plus longue pourra réduire encore.

Des tuberculoses post-pleurétiques. — On ne retrouve un antécédent de pleurésie séro-fibrineuse que chez 3 % des tuberculeux pulmonaires. Mais si les épanchements atteignent également le côté droit et le côté gauche, ils sont plus fréquents chez la femme entre 20 et 30 ans, chez l'homme entre 30 et 40 ans.

Les antécédents héréditaires collatéraux ou personnels sont assez rares, et la convalescence en général se passe sans incidents.

La tuberculose, et cela à tous les âges, envahit le poumon entre la première et la troisième année chez deux tiers de nos malades ; elle est plus rare entre la troisième et la cinquième année, mais peu menacer dix ans et plus après la disparition du liquide.

Elle peut être provoquée chez la femme par un épisode de la vie génitale, grossesse, fausse couche ou troubles ovariens ; dans les deux sexes, par une maladie anergisante, une opération, un surcroît de travail, des soucis moraux, un accident.

Le début en est insidieux, parfois simple découverte au cours d'un examen systématique, ou au contraire affecte la forme d'un épisode aigu fébrile, avec ou sans hémoptysie. La lésion pulmonaire se localise du même côté que la pleurésie ancienne, ou y prédomine, presque toujours située au tiers supérieur du poumon. Elle se manifeste sous toutes ses formes anatomo-pathologiques et cliniques, mais surtout sous quatre formes :

1° Les tuberculoses miliaires d'invasion précoce, sont une maladie des jeunes. Elles sont bilatérales d'emblée massives. Il s'agit presque toujours de miliaires aiguës de pronostic très défavorable.

2° Les tuberculoses pleurogènes extensives de Bard succèdent aux pleurésies locales évolutives. Elles sont unilatérales, évoluent lentement, ne se bilatéralisent qu'assez tard.

3° Les lésions nodulaires sont les plus fréquentes, siègent à l'extrême sommet ou dans la région axillaire, peuvent être précoces, évoluent par poussées et s'excavent dans les régions les plus externes du poumon.

4° On trouve enfin toutes les variétés de tuberculose ulcéro-caséeuse à début pneumonique.

Toutes ces formes ont comme point commun d'identiques lésions pleurales, sinus costo-diaphragmatique bouché ou pachy-pleurite de la base, ligne bordante du poumon, obscurité du sommet et épaississement hilaire.

Elles peuvent s'accompagner de tuberculoses externes. Le pronostic et le traitement sont dominés par l'impossibilité d'établir un pneumothorax artificiel.

La plèvre est symphysée dans 90 % des cas. Dans les 10 % restant, la symphyse n'est que partielle, mais fait obstacle à la création d'un pneumothorax efficace. Dans deux cas le décollement a été obtenu à la suite d'une perforation pleuro-pulmonaire.

Les meilleurs résultats ont été obtenus par la cure en milieu sanatorial, cure simple ou associée à la phrénicectomie, dont on peut étendre les indications. Les résultats de la thoracoplastie sont assez inconstants.

Dans l'ensemble sur 158 malades étudiés, nous pouvons relever 23,5 % de guérisons maintenues depuis plus de trois ans
39,3 % de morts,
37,2 % de malades toujours bacillaires.

Les formes pleuro-pulmonaires d'emblée se caractérisent par l'invasion simultanée de la plèvre et du poumon sous-jacent par le bacille de Koch.

Elles sont fréquentes : pour les Américains, 60 % des cas de pleurésie. Nous ne l'avons trouvé avec certitude que chez 14 % de nos pleurétiques, 1,9 % de l'effectif total de nos tuberculeux.

Le début peut être celui d'une tuberculose pulmonaire banale ; dans la règle, les signes pulmonaires sont précédés et dominés par les signes pleuraux.

La lésion pulmonaire peut rester cliniquement latente, et n'est découverte qu'à la suite d'un examen systématique au décours de la pleurésie. Elle se présente en général entre la deuxième quinzaine et le deuxième mois de l'épanchement, par une hémoptysie, en apparition de l'expectoration.

L'auscultation n'est que de peu de secours, l'examen des crachats souvent négatif, et la radiographie ne donne presque toujours de renseignement précis qu'après transformation de l'épanchement en hydrothorax.

La lésion pulmonaire se présente sous la forme de condensations peu homogènes du tiers supérieur du poumon, qui évoluent lentement et s'excavent à un niveau variable.

La pleurésie, elle, suit son cours normal ; elle se résorbe lentement en quelques semaines ou quelques mois, laissant pour séquelle une pachy-pleurite de la base ou une simple fermeture de sinus costo-diaphragmatique.

Le traitement de choix de la tuberculose pleuro-pulmonaire d'emblée est la transformation de la pleurésie en hydrothorax, qui exerce une influence très favorable sur la reproduction de l'épanchement.

Malheureusement, le pneumothorax, même précoce, est souvent précédé de la symphyse du sommet, siège des lésions, ou malgré hautes pressions et répétition des insufflations, se recolle lentement.

Néanmoins, dans une petite minorité de cas, on peut obtenir de beaux succès.

Dans les cas rebelles à ce mode de traitement, les méthodes les plus efficaces restent la cure en milieu sanatorial et la phrénicectomie. Sur 49 malades étudiés, nous arrivons à 23 % de guérisons complètes, 30 % de décès dans les cinq ans, et 47 % d'échecs. On voit qu'il s'agit là, au contraire de l'opinion classique, d'une forme d'autant plus grave que son diagnostic a toujours été précoce, les erreurs de traitement réduites au minimum, et qu'on enregistre cependant 67 % d'échecs.

Des pleurésies chez les tuberculeux avérés — Aux pleurésies dites *a frigore*, on s'est plu longtemps à opposer les épanchements chez les tuberculeux pulmonaires avérés. Ils furent longtemps considérés comme une complication très grave de la maladie.

Mais, Laënnec et Potain l'avaient déjà montré, les modernes ont publié un certain nombre de cas où la pleurésie exerçait une influence bienfaisante sur l'évolution pulmonaire sous-jacente.

Cette action peut être due à :

1° Un facteur mécanique.

Le repos au lit et la diminution de l'expansion inspiratoire d'une part, la compression qu'exerce le liquide, ou même la simple détente qu'il amène exercent une action bienfaisante ;

2° Une action sclérogène hâte cette cicatrisation ;

3° Le liquide exerce par lui-même une action bactériolytique, établie par Rist, Veber et Jonesco ; les auteurs établissent que les bacilles autogènes poussent mal ou ne poussent pas sur les milieux usuels, et que les bacilles les plus virulents ne poussent que mal dans ces liquides.

A ces travaux s'opposent ceux de Buc, qui en acidifiant légèrement les liquides, obtient des cultures virulentes.

Au point de vue clinique, les épanchements sont presque toujours unilatéraux, et se situent du côté le plus atteint. Ils ne sont contro-latéraux que chez 15 % des malades.

Ils ont dans la règle un début bruyant, et l'abondance de l'épanchement n'est pas en rapport avec l'intensité des signes. Il n'est pas rare cependant de voir des pleurésies très peu visibles à l'examen radiographique, ou très abondantes.

Ils se résorbent assez rapidement.

Mais ils semblent n'exercer d'influence bienfaisante sur les lésions sous-jacentes, que tant qu'il persiste du liquide ou qu'on lui ait substitué précocement un hydrothorax.

Les épanchements contro-latéraux des pneumothorax sont le témoin d'une évolution légère du poumon sous-jacent. Cette bilatéralisation peut régresser sous l'influence du repos ou d'un pneumothorax.

Ils altèrent donc le pronostic et doivent conduire à un prolongement du temps de la cure sanatoriale.

C. Hanrion.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Biologie générale

L'introduction d'un point de vue biologique tout à fait général offre un grand intérêt dans une branche spécialisée de la médecine telle que la bactériologie et plus particulièrement dans l'étude des micro-organismes invisibles.

La connaissance des germes invisibles doit être guidée par ce que l'on sait des germes visibles. L'auteur étudie tout particulièrement ce qui se rapporte à la notion de spécificité ; pour lui, rien ne force à admettre une plasticité évolutive permettant des variations réversibles qui dépassent les limites de la différenciation spécifique ; il est également superflu de faire intervenir dans la reproduction des cycles complexes, notamment des phases de reproduction sexuée. Ce qui est vrai pour les micro-organismes visibles doit s'appliquer aux invisibles ; ces derniers sont autonomes, se multiplient par schizogonie, manquent de cycles biologiques complexes et possèdent la continuité spécifique.

L'étude des virus des maladies varioliques des hommes et des animaux permet de conclure que ces maladies sont dues à des adaptations d'un même virus, la variole humaine ayant la priorité ; il faut chercher sinon à résoudre, du moins à limiter les données du problème du *génie épidémique*.

Des progrès récents ont été réalisés, dans la connaissance des virus, à l'aide de la microphotographie ultra-violette et de la filtration par des membranes de collodion à pores de dimensions gradués.

Le problème des filtrations bactériologiques doit être précisé ; on sait que l'obstacle opposé par les pâtes poreuses consiste en un phénomène d'attraction électrique des particules par la paroi des filtres, puisque le diamètre moyen des pores de celle-ci est considérablement supérieur à celui des particules retenues. La filtrabilité dépend donc de deux facteurs : le diamètre relatif des pores du filtre et des particules et la charge électrique de celles-ci ; dans le cas de bactéries non-toxigènes cette charge dépend de l'état de vitalité des microbes, et, pour les microbes vivants, de leur virulence. Dans les expériences de filtration de micro-organismes par un filtre, dont les pores ont le diamètre qui est juste suffisant pour retenir les particules, il peut arriver que quelques éléments de virulence atténuée, donc à faible charge électrique, traversent le filtre.

La culture des virus a permis d'éclaircir, dans un certain nombre de cas, le rôle respectif des cellules et des humeurs dans le phénomène de l'immunité.

(J. Avellar de Loureiro. Biologia do virus da variola vacina. *Arquivo de patologia*, avril 1935.)

Les virus filtrants invisibles en majorité, sont la cause de nombreuses maladies spécifiques. Ils ont ouvert de nouveaux horizons en biologie générale.

Ils appartiennent au règne intermédiaire, qui existe entre le monde inorganique et les organismes de structure cellulaire ; ils sont composés de nombreuses formes de transition, correspondant aux différents états d'une évolution philogénétique.

Les virus constituent les formes les plus primitives du monde animé qui se soient dégagées du monde inorganique, probablement par l'effet d'une énergie qui transforme les atomes inanimés en atomes vivants comme forme primitive de la vie ; ils acquièrent ensuite les facultés de reproduction, d'adaptation, de différenciation et aboutissent finalement à la forme cellulaire.

(W.-H. Hoffmann. Los virus filtrables, la vida infracelular y la generacion equivoca. *Revista de medicina y cirurgia de la Habana*, 31 décembre 1935.)

Clinique médicale

La méningite tuberculeuse, surtout celle de l'adulte, est une affection très protéiforme.

Un homme de 31 ans entre à l'hôpital, avec un syndrome d'allure démentielle et quelques signes neurologiques tels que : dysarthrie, tremblement des mains, pupilles inégales, etc... Il n'y a ni Kernig, ni raideur de la nuque, ni paralysie oculaire. On émet l'hypothèse d'une paralysie générale à évolution aiguë. L'examen du liquide céphalo-rachidien donne une hyperalbuminorachie énorme : 39 grammes pour 1.000. Le Bordet-Wassermann est négatif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

L'autopsie révèle une méningite tuberculeuse et une tuberculose rénale.

« La tuberculose rénale, trouvaille d'autopsie, avait évolué à bas bruit, ne s'étant manifestée en apparence que par des sensations de fatigue anormale et des douleurs dorso-lombaires à localisation unilatérale, signes subjectifs qu'il éprouvait depuis deux ans et pour lesquels le patient avait dû consulter quelquefois à un dispensaire de la ville. Mais comme il était peintre de son métier, on avait cru vraisemblablement à des signes d'intoxication saturnine, puisqu'on lui avait conseillé des purgatifs fréquents et des repos périodiques.

« Et l'autopsie nous avait enseigné une fois de plus que les moindres signes sont souvent de ceux que l'on doit retenir, car il est permis de penser que, si le malade avait été opéré précocement pour son rein tuberculeux, il n'eût peut-être pas dans la suite évolué une méningite tuberculeuse. »

(C.-A. Painchaud, S. Caron et M. Samson. Méningite tuberculeuse et syndrome de Froin. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec*, novembre 1935.)

Il existe à la base de toute épilepsie une lésion cérébrale organique réelle.

Si l'on relève tous les antécédents, l'on découvre, la plupart du temps et par ordre de fréquence, le traumatisme obstétrical, les traumatismes crânio-cérébraux et les maladies infectieuses de l'enfance ayant déterminé des lésions cérébrales susceptibles de se révéler plus tard.

Il n'est d'ailleurs pas rare de rencontrer, au cours des infections infantiles, des signes évidents d'une atteinte encéphalique, tels que délire, convulsions, qui laisseront une cicatrice indélébile, faisant épine irritative et pouvant déclencher, à l'occasion de la puberté par exemple, des crises épileptiques.

Les auteurs citent le cas d'un jeune homme de 25 ans, qui, au cours de l'évolution d'une tuberculose pulmonaire, présente un syndrome d'épilepsie à caractère Bravais Jacksonien. L'autopsie a révélé un tuberculome cérébral.

(G.-H. Larue et M. Samson. Tuberculome et épilepsie. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec*, novembre 1935.)

Dans les formes évolutives de la tuberculose il y a une hiérarchie des signes que l'on met en évidence.

Les signes constants sont la toux et la fièvre. On peut dire que la toux ne manque pratiquement jamais. En principe il n'existe pas de poussées évolutives apyrétiques ; les poussées diffuses sont souvent caractérisées par une fébricule rebelle.

Les signes fréquents sont les douleurs thoraciques et l'expectoration. Les douleurs thoraciques ne sont pas, comme on le pense souvent, un petit symptôme, mais au contraire un signe important et fréquent. L'expectoration manque dans les formes ou mieux dans les stades dits fermés : elle constitue donc un symptôme infidèle.

Les signes inconstants sont la dyspnée, l'amaigrissement et l'atteinte de l'état général. En règle générale, on peut dire que la dyspnée n'est pas proportionnelle à la gravité des lésions. L'amaigrissement est également inconstant. L'atteinte de l'état général est également variable et son intensité n'est pas forcément parallèle à la gravité du pronostic de la poussée.

Ce qui joue pour l'auteur le rôle de premier plan dans le dépistage des formes ou des stades évolutifs, c'est l'infiltrat, caverne tout d'abord kystique, puis ouverte. Ces formes sont muettes à l'auscultation ; avant l'apparition de l'expectoration le laboratoire joue également un rôle bien réduit ; c'est donc ici le film qui occupe le tout premier plan et, comme il s'agit des formes de début les plus fréquentes, l'importance de la radiographie finit par être primordiale. Cette hiérarchie établie au profit du cliché n'est cependant valable que pour les formes au début. Le phtisiologue se défend de ne conclure qu'au vu du film, car ce serait par principe antimédical.

(J. Stéphani. Importance et hiérarchie des symptômes cliniques et des méthodes d'examen en tuberculose pulmonaire. *Montana Médical*, 4e trimestre 1935.)

J. LAFONT.

ACTUALITÉS

Quelques enseignements tirés du IIe Congrès international de Microbiologie

(Londres, juillet 1936)

L'intérêt que présente un Congrès quinquennal est facile à imaginer puisqu'il donne aux chercheurs plus de temps pour accumuler les résultats et vérifier leurs hypothèses ; en revanche le nombre des communications en est tellement accru qu'il nous faudrait un numéro entier du *Progrès* pour les citer toutes — plus de 400 résumés avaient été envoyés par leurs auteurs avant la date d'ouverture !

Le Prof. J. LEDINGHAM président a rappelé d'abord la vie du savant hollandais VAN LEEUWENHOEK dont le profil est gravé sur la médaille du Congrès et qui, le premier, dessina des microbes après examen miscroscopique. Il s'est inquiété ensuite du réel danger que peut présenter la publication précipitée de résultats insuffisamment contrôlés et dont la conséquence peut être l'installation sur une vaste échelle d'un mode de traitement ou de prévention inefficace — d'où une fausse sécurité regrettable ; le désir de priorité est tout à fait louable mais nous ne nous méfierons jamais assez de ses excès « pour lesquels on ne peut avoir que peu de sympathie ». Parmi les discours des présidents d'honneur nous voulons citer rapidement celui de Sir John MAC FADYEAN qui a insisté sur les difficultés du problème du lait de vaches tuberculeuses — difficultés financières, car il faut indemniser les propriétaires d'animaux contagieux et difficultés sociales, car la majorité du public et malheureusement beaucoup de médecins vivent encore sous le dogme de la tuberculose bovine non-transmissible à l'homme. Des enfants meurent tous les jours, et nous pensons que certains doivent mourir parce que nous ne sommes pas fabriqués à la chaîne comme des automobiles et que nous avons reçu en naissant une plus ou moins grande résistance aux maladies ou aux influences extérieures ; mais ce que nous ne pouvons pas accepter de sang-froid c'est de continuer à ne pas prévenir ce que l'on peut prévenir à quelque prix que ce soit : l'argent ne doit pas compter quand on met en balance la vie de jeunes êtres bien portants.

Si la protection contre la tuberculose bovine n'est encore envisagée que dans un petit nombre de pays où le succès plaide pour l'effort entrepris, en revanche l'*Immunisation contre un grand nombre de maladies* a fait beaucoup de progrès et son étude a été l'objet des travaux d'une des plus importantes sections du Congrès.

D'abord *la diphtérie* : trois procédés étaient en expérience ces dernières années — le mélange toxine antitoxine de Park moins employé maintenant à cause des difficultés de son dosage et de son instabilité relative, la toxine formolée de Ramon et la toxine précipitée par l'alun de Glenny et Pope.

Il est hors de doute a déclaré le Prof. W. PARK, de New-York que la diminution des cas de diphtérie a coïncidé avec l'immunisation partielle ou totale de la population : son efficacité par conséquent est certaine mais la question se posait de connaître le meilleur antigène à recommander. Au point de vue expérimental le Prof. PARK a trouvé que des cobayes inoculés avec de la toxine précipitée par l'alun (T. P. A.) développaient cinq à quinze fois plus d'antitoxine dans leur sang que ceux inoculés avec de la toxine formolée (T. F.). Au point de vue clinique il a obtenu le même résultat sur des enfants, avec une seule injection de 1 c. c. de T. P. A. qu'avec deux injections de 1 c. c. de T. F. ; et il rapporte incidemment qu'un groupe d'enfants, qui étaient encore Schick positif après trois injections de T. F. sont devenus Schick négatif après une seule injection de T. P. A. Sa conclusion est nette : la toxine précipitée par l'alun — qui ne donne que des réactions rares et bénignes — est le meilleur agent d'immunisation : une dose unique est effective.

Mais déclare le Docteur R. O'BRIEN, de Beckengham, il faut mieux en donner deux faibles qu'une seule de 1 c.c. Il a obtenu, en effet, chez des cobayes l'apparition d'un titre d'antitoxine plus élevé en injectant d'abord 0,1 c. c. puis trois semaines après 0,5 c. c. Chesney et Parish ont obtenu des résultats identiques chez l'homme, et l'auteur considère que le problème est résolu avec la T. P. A. : deux injections seulement, doses très faibles, 0,1 c. c. et 0,5 c. c. suffisent, enfin réactions insignifiantes chez un petit nombre de sujets.

Le Docteur G. CHESNEY, de Poole, a apporté les résultats de son expérience : 500 enfants de 1 à 14 ans ont reçu à trois semaines d'intervalle deux injections de T. P. A., 0,2 c. c. et 0, 4 c. c. L'auteur n'a pu en revoir que 300 pour vérifier leur Schick et a constaté que tous étaient devenus négatifs : la simplicité de la méthode et son efficacité lui paraissent inégalables.

Le Docteur G. BOUSFIELD, de Londres, a trouvé que, en clientèle, de ville l'immunisation est toujours obtenue avec deux doses de T. P. A. ; en revanche à la campagne un petit pourcentage de sujets ont besoin d'une troisième injection si bien que l'auteur recommande comme bonne routine dans les districts ruaraux trois injections de T. P. A. 0,1 c. c., 0,3 c.c et 0, 5 c. c.

Le médecin amiral S. DUDLEY a obtenu les meilleurs résultats avec deux dose de T. P. A. en Nouvelle-Zélande.

Le Prof. B. JOHAN, de Budapest, a constaté d'abord la faillite du système d'isolement simple des porteurs de germes en Autriche ; utilisant ensuite la T. F. il a constaté rapidement de bons résultats au point de vue épidémiologique : cependant 2 % des vaccinés ne présentant point d'immunisation après trois piqûres de T. F. qui sont une grosse difficulté, il a commencé à employer la T. P. A. qui lui a déjà donné d'excellents résultats avec une seule injection. L'auteur pense que cette méthode pourra bientôt devenir obligatoire en Autriche.

On voit que l'unanimité semble faite sur la supériorité de la méthode par la T. P. A. : nous ne voulons pas faire état du petit nombre de cas que nous avons récemment suivis avec la T. P. A., en revanche nous pouvons dire que nous avions renoncé à nous servir de la T. F. devant l'immunisation insuffisante et trop peu durable qu'elle procure — manifestée notamment par plusieurs cas de maladie chez nos vaccinés — et devant les réactions violentes et même graves que nous avons vues : notre observation personnelle en particulier, où notre Schick n'a été modifié ni après la première, ni après la seconde piqûre et où nous avons présenté aussitôt après la deuxième injection des phénomènes de choc graves : perte de connaissance brutale, arrêt du cœur pendant plusieurs minutes, refroidissement intense des extrémités, émission d'urines.

Nous avons cependant été péniblement surpris de constater que le Docteur Ramon n'avait pu venir à Londres pour apporter des faits nouveaux ou répondre aux contradictions.

Au point de vue de la *coqueluche* le Prof. PARK en ouvrant la discussion a insisté sur les difficultés de comparaison des vaccinés et des non vaccinés : il lui semble pourtant que les résultats sont favorables si les souches sont sélectionnées avec soin et si les doses de vaccin injectées sont suffisamment fortes.

Le Prof. MADSEN, de Copenhague, croit aussi que les résultats sont favorables mais ils lui paraissent surtout plus nets en ce sens que les vaccinés font des maladies beaucoup plus bénignes et plus courtes.

D'autres auteurs notamment le Docteur SILVERTHORNE, de Toronto ont apporté des conclusions aussi prudentes qui montrent bien que la question est encore peu avancée : beaucoup de bactériologistes, d'ailleurs ne sont pas assez familiarisés avec la méthode d'isolement du bacille de Bordet Gengou : c'est le plus souvent parce qu'ils n'y consacrent pas assez de temps.

Le Docteur A. GARDNER, d'Oxford, a très bien montré qu'il y fallait beaucoup d'habitude, mais que le résultat en valait

la peine parce que si l'on pratique régulièrement des cultures des projections salivaires à différentes époques de la maladie, on constate que le plus souvent l'enfant n'est plus porteur de bacilles après la quatrième semaine ce qui permet de cesser l'isolement et de réaliser une économie importante.

Le Docteur L. SAUER, d'Evanston, à qui l'on doit beaucoup de recherches sur ce sujet avait envoyé une communication sur la fabrication et les doses du vaccin qu'il emploie. Il a l'habitude d'injecter 8 à 10 c. c. d'un vaccin dosé à 10 milliards par centimètre cube en trois injecctions hebdomadaires (soit 2 c. c., 3 c. c., 3 c. c., ou 2 c. c., 4 c. c., 4 c. c. pour les enfants plus âgés : il vaut mieux diviser chacune de ces doses en deux et les faire en deux points différents. Le Prof. Park et le Prof. Madsen sont d'ailleurs d'accord sur les réactions locales parfois très douloureuses que l'on observe : il y aurait peut-être intérêt pour la diffusion de la méthode, à augmenter le nombre des injections et diminuer le dosage ou bien à changer le véhicule liquide employé.

La prophylaxie et le *traitement sérique de la pneumonie* ont été étudiés par plusieurs auteurs. Sur le premier point le Docteur L. FELTON, de Baltimore, a apporté les résultats des expérimentations intéressantes qu'il a commencées en décembre 1933.

D'abord 3.000 hommes furent immunisés avec 4 mmg. d'un mélange d'antigènes solubles du type I et du type II (polysaccharide de Heidelberger et Avery). En quatre mois d'observation aucun cas de pneumonie ne fut observé tandis que dans un groupe de contrôle de 9.000 hommes on observait huit pneumonies avec deux morts. Une seconde expérimentation fut faite sur 14.000 hommes inoculés, mais avec 2 mmgr. seulement du mélange d'antigènes à cause des trop violentes réactions observées auparavant — 18 pneumonies furent observées dont 5 abortives. Dans le groupe de contrôle de 14.000 hommes 23 pneumonies sévères et deux morts.

Le Docteur Felton a commencé une troisième expérience avec 30.000 inoculations : nous pensons qu'elle donnera un résultat du même ordre ; nous voudrions surtout savoir si les pneumonies observées dans le groupe des inoculés au cours de la seconde expérience étaient causées par des pneumocoques types I et II contre lesquels les sujets étaient censés être immunisés ou bien si elles étaient causées par des pneumocoques types III ou IV.

Le Docteur L. WHITBY, de Londres, a insisté sur la nécessité de connaître le type de pneumocoque avant de commencer la sérothérapie : les trois méthodes de laboratoire pour trouver le type à partir de l'expectoration du sujet sont la méthode d'examen directe, l'inoculation à la souris et l'agglutination d'une culture par un sérum spécifique — la première suffit souvent mais on doit cependant vérifier les résultats par la seconde ; à notre avis on a toujours intérêt à mettre entrain la troisième même si on ne doit pas s'en servir. De l'étude de 184 cas l'auteur conclut que la sérothérapie est indispensable et qu'on doit toujours s'en servir même si on la commence tard.

Nous avouons n'être pas du même avis que le Docteur Whitby lorsqu'il dit qu'il est habituel d'observer une culture positive du sang au début de la pneumonie, et nous pensons plutôt avec le Docteur S. BULLOWA et le Docteur R. CECIL, de New-York, qu'elle ne devient positive le plus souvent qu'après quelques jours en l'absence de sérum — mais peut-être notre impression est-elle basée sur une série de cultures malheureuses. Il n'en reste pas moins que la sérothérapie doit être employée le plus rapidement possible, qu'elle peut provoquer un avortement de la maladie en quinze à vingt-quatre heures ou au moins une limitation de l'extension de la zone atteinte et qu'elle influence heureusement l'état général du malade. Le Prof. F. BLAKE, de l'Université de Yale, a même déclaré que le sérum ne pouvait être actif que dans les premières quarante-huit ou soixante-douze heures pendant la période de congestion et d'exsudation séreuse ; ensuite il serait trop tard pour une action vraiment efficace.

Au point de vue des *infections à streptocoques* le Docteur G. MORIWAKI de Dairen, a fait une très intéressante communication : pour le traitement des fièvres scarlatines graves l'injection intramusculaire ou intraveineuse d'antitoxine (au moins 10.000 unités Washington) lui donne d'excellents résultats : si l'injection est faite dans les vingt-quatre heures qui suivent l'apparition de l'éruption tout peut rentrer dans l'ordre et il peut même ne pas y avoir de desquamation. Le résultat est également très net dans les érysipèles.

Pour la prophylaxie l'auteur obtient dans tous les cas l'immunisation avec deux ou trois injections de toxine de fièvre scarlatine purifiée et précipitée par l'alun : malheureusement une réaction locale assez importante est la règle et peut même s'accompagner d'une réaction générale avec fièvre et une éruption.

Le Docteur J. PARISH, de Beckenham, a, pensons-nous donné l'opinion générale lorsqu'il a déclaré qu'il ne croit pas à l'action universelle d'un même sérum antistreptococcique : chaque type de streptocoque peut n'être sensible qu'au sérum préparé avec lui. Et d'ailleurs la protection conférée à une souris contre une souche de streptocoque par le sérum homologue est toujours assez faible.

Les infections à staphylocoques ont fait l'objet de plusieurs communications au point de vue de leur traitement par une anatoxine staphylococcique ou un vaccin.

Le Prof. A. FLEMING et le Docteur I. MACLEAN, de Londres, ont traité un grand nombre de malades soit avec l'anatoxine seule soit avec les deux et ont comparé leurs résultats à ceux qu'ils avaient obtenus depuis vingt ans avec le vaccin seul : ils ne semblent pas très différents.

Les auteurs ont particulièrement noté l'irrégularité de la réponse antitoxique des malades à l'injection d'une même dose d'anatoxine : d'autre part un titre élevé d'antitoxine dans le sang n'empêche pas un certain nombre de sujets de faire des récidives.

Le Docteur J. BLAIR, de New-York, s'étonne que des auteurs puissent employer indifféremment l'anatoxine staphylococcique dans tous les cas et relater des succès. Il est pourtant raisonnable de penser que seuls peuvent bénéficier de cette thérapeutique les cas où le staphylocoque considéré est toxigène. C'est de cette manière que l'on risque de discréditer une méthode.

Il a pu constater qu'un groupe important d'ostéomyélites dont les staphylocoques ne produisent pas d'exotoxine — n'ont présenté aucune amélioration après un traitement par l'anatoxine. En revanche les cas où cette thérapeutique lui semble parfois efficace sont les infections staphylococciques cutanées.

Dans ce dernier cas le Docteur S. MURRAY, de Londres, estime que les résultats sont meilleurs lorsqu'on y associe des injections d'autovaccin.

L'immunité contre le méningocoque a été étudiée par le Docteur N. FERRY, de Détroit, qui a pu déterminer que l'homme était extrêmement sensible à la toxine du méningocoque par injections intradermiques de cette toxine diluée. L'antitoxine méningococcique ayant protégé effectivement — au point de vue prophylactique et au point de vue thérapeutique — des cobayes et des singes contre une dose mortelle de culture de méningocoques, l'auteur a appliqué la méthode en clinique.

Un grand nombre de cas ont été soignés pendant ces deux dernières années aux Etats-Unis avec le résultat que la mortalité a été deux fois moindre et que la durée d'hospitalisation a été très diminuée : les injections d'antitoxine étaient faites soit à la fois intrarachidiennes et intraveineuses soit seulement intraveineuses combinées avec des ponctions lombaires de drainage.

Comme conclusion d'une série d'expériences sur le cobaye, le lapin et le cheval, le Docteur G. PETRIE, d'Estree, admet cependant que l'endotoxine du méningocoque n'est pas antigénique ; l'importance de cette endotoxine est grande pourtant, puisqu'il faut vraisemblablement lui attribuer les lésions de la méningite ; mais l'efficacité du traitement spécifique est due probablement à un phénomène antimicrobien. Nous pensons que les essais entrepris d'immunisation active ne sont pas assez concluants et qu'il faudra attendre encore pour les juger, mais ils représentent une tentative très intéressante

qui gagnera à être complétée par des essais d'immunisation passive.

Au point de vue de la fièvre typhoïde, le Docteur A. Felix, de Londres a rappelé que ses travaux sur les antigènes Vi. et O. ont démontré que le Vi antigène est le facteur le plus important de l'immunité telle qu'on peut la mettre en évidence chez la souris ; le Vi anticorps seul, en effet, protège la souris contre l'infection expérimentale avec des souches hautement virulentes qui sont riches en Vi antigène. L'anticorps O qui paraît avoir plutôt pour action de neutraliser l'endotoxine ne développe une certaine immunité que pour les souches contenant peu d'antigène Vi, c'est-à-dire pour les souches peu virulentes. La raison pour laquelle tous les sérums spécifiques essayés se sont révélés inefficaces, a son explication dans ce fait qu'ils ne contenaient jamais d'anticorps Vi et seulement très peu d'anticorps O ; et s'il en est ainsi c'est parce l'antigène Vi est extrêmement labile, et nos méthodes d'immunisation avec des microbes tués ou des extraits ont pour conséquence un sérum qui ne contient pas d'anticorps Vi.

Le Docteur A. Félix a-t-il inspiré la communication du Docteur H. Schütze ? il était en effet intéressant puisque l'antigène Vi est très labile, de chercher de quelle manière il peut être altéré par la méthode employée pour la stérilisation de la suspension microbienne. L'auteur a comparé dix méthodes différentes et a obtenu un résultat identique, c'est-à-dire que les dix vaccins ainsi fabriqués à partir de la même souche à Vi antigène possédaient le même pouvoir prophylactique anti-Vi contre trois ou quatre fois la dose mortelle minima de cette souche injectée à des souris ; si certains des procédés indiqués sont peu usités, quelques-uns font partie de la routine des laboratoires, par exemple le chauffage à 58° pendant une heure et demie ou l'addition de 2 ‰ de formol à 37°.

Personnellement nous avons eu des résultats brillants et rapides dans un certain nombre de cas de typhoïdes avec un vaccin préparé à partir d'une souche très virulente, dosé à 2 milliards par centimètre cube stérilisé par contact de 30 minutes avec 2 % d'une solution de Lugol forte et neutralisation par l'hyposulfite de soude. Nous ne croyons pas être imprudents — bien que nous n'ayions pas vérifié son pouvoir de protection anti-Vi — en disant que notre vaccin contenait du Vi antigène non altéré hautement efficace dans des infections causées par des germes moyennement virulents.

Nous pensons aussi qu'une stérilisation trop poussée et une sélection insuffisante ou trop rarement renouvelée des souches sont à la base des incidents de la vaccination antityphique, nous voulons dire des typhoïdes survenant chez des vaccinés : stérilisation trop poussée qui détruit ou altère le Vi antigène, sélection insuffisante qui n'incorpore pas assez souvent au vaccin des souches récemment isolées et hautement virulentes. Il faudrait évidemment secouer les habitudes des laboratoires qui continuent à travailler avec des souches du siècle dernier : nous ne connaissons pas de statistiques récentes en France sur ce sujet mais nous avons l'impression que le résultat serait proche de celui que le Docteur Slatineanu et le le Prof. I. Balteanu, de Jassy, ont montré au Congrès — 5,5 % des cas de typhoïde diagnostiqués par hémoculture à l'hôpital des maladies contagieuses : 38 cas sur 698 avaient reçu la totalité des injections des vaccin à titre prophylactique — 18 firent une maladie grave, 4 sont morts. Les auteurs insistent sur la nécessité d'un renouvellement constant des souches employées pour la fabrication du vaccin et envisagent d'augmenter le nombre des injections préventives.

L'immunité contre les hémocytozoaires notamment dans le paludisme a été étudiée par le Prof. Sergent, d'Alger.

Distinguant la prémunition de l'immunité l'auteur démontre que l'existence de la prémunition est prouvée, car la résistance acquise aux réinoculations grâce à une première atteinte persiste tant que dure l'infection latente et cesse dès que la guérison parasitaire est survenue. En revanche, l'existence d'une immunité vraie succédant à la prémunition si elle ne peut en théorie être exclue, en fait n'a pas encore été démontrée : la difficulté de sa démonstration tient dans ce fait qu'il faudrait prouver l'absence d'infection latente chez les sujets résistants. Le Prof. Sergent énumère quelques-unes des raisons qui peuvent faire méconnaître une infection latente : absence du virus dans le tissu inoculé alors qu'il est présent dans un autre impossibilité d'inoculer une dose suffisante sans danger pou, le sujet, modification médicamenteuse apportée aux germer qui sont présents et vivants mais sous une forme non-transmiss sible, enfin détermination par inoculation d'une infection à incubation très longue ou même latente d'emblée.

Enfin l'*immunisation contre la fièvre jaune* a expliqué le Docteur G. Findlay, de Londres, est pratiquée par injections de sérum immunisé et de virus vivant : le sérum est soit du sérum de sujets guéris, soit du sérum de chevaux immunisés artificiellement. Le virus employé n'est plus le virus neurotropique transmis par cerveaux de souris mais une souche pautropique cultivée en tissu d'embryon de poules et liquide de Tyrode : après cultures répétées ce virus tue rarement le Rhésus et est donc très atténué, mais peut très facilement retrouver sa virulence habituelle. Le titre des substances productrices s'élève jusqu'à un maximum à peu près quatre à cinq semaines après l'inoculation puis diminue graduellement : on peut encore les mettre en évidence après plus de deux ans ; si cela est nécessaire on peut de nouveau élever le titre par une seule injection de virus. L'immunisation avec du virus mort a été étudiée mais les doses qu'il faudrait injecter sont énormes et interdisent son application pratique.

*
* *

D'autres sections du Congrès virent également des discussions intéressantes, notamment celle qui fut ouverte par le Docteur J. Henderson-Smith, de Rohamsted, *sur les caractéristiques générales des virus* : on admet presque unanimement maintenant que les virus des plantes sont de la même espèce que les virus des animaux. Si les effets qu'ils produisent peuvent être influencés par le milieu différent, il n'en est pas moins vrai que certains problèmes — notamment ceux qui concernent leur nature — sont communs aux deux types et plus facilement étudiés sur les plantes que sur les animaux : il est en effet très aisé d'employer en même temps des centaines d'individus, il est possible d'obtenir à la fois de grandes quantités du liquide contenant le virus, enfin le nombre incroyable d'espèces de plantes de familles différentes (300 espèces appartenant à trente-trois familles dans certains cas) qui peuvent être infectées par un même virus, permet de résoudre le problème de la découverte du sujet idéal alors qu'on ne pouvait envisager l'essai d'un virus sur 300 espèces animales. L'auteur conclut en espérant une collaboration d'un contac étroit entre l'étude des virus chez les animaux et son étud chez les plantes.

Le Docteur J. Barnard, de Londres, rappelle que si au point de vue physique il n'y a pas d'obstacle à l'utilisation du microscope pour l'examen des virus, puisque le point essentiel est la longueur d'onde de la lumière employée et que l'échelle des radiations connues s'étend bien au delà des limites possibles de taille des particules, en revanche au point de vue optique il n'est pas possible d'avoir une image visible avec un microscope équipé pour les rayons ultra-violets, mais seulement une photographie ; la difficulté est encore accrue par les conditions de montage et de milieu nécessaires pour que la photographie soit possible.

Le Docteur W. Elford, de Londres, a constaté que les résultats obtenus par la photographie en lumière ultra-violette, la centrifugation et l'ultra-filtration étaient en général d'accord. La taille des particules des virus s'étend de 200 mμ jusqu'à 10 mμ, celles des bactériophages depuis 75 mμ jusqu'à 10 mμ également au plus bas ; mais ce qu'il est tout à fait intéressant de noter c'est que le plus petit bacille connu et cultivé, le bacille de la pleuro-pneumonie bovine n'a guère que 150 mμ et d'autre part certaines proténies ont des particules qui mesurent jusqu'à 24 mμ : par conséquent l'échelle des virus et des bactériophages se trouve recouverte à son extrémité supérieure par des organismes cultivables et à son extrémité inférieure par certaines protéines. Ce sera peut être l'origine d'une nouvelle orientation des recherches.

Au point de vue des applications cliniques qui peuvent en résulter on doit retenir la communication du Prof. A. DOCHEZ, de New-York, qui a réussi à mettre en évidence des virus filtrants dans les voies respiratoires supérieures des sujets souffrants de rhumes et de grippes. Ces deux virus ont pu être cultivés pendant un an dans un milieu contenant du tissu embryonnaire de poulet : injectés à des volontaires ils ont reproduit d'une façon régulière des symptômes d'infection des voies respiratoires durant de trois à dix jours au moins. Le Docteur P. WHITE, de Princeton, a étudié les virus de certaines maladies de la tomate : il en a obtenu sept différents et considère que les conditions simplifiées dans lesquelles il a pu travailler — dans une masse de cellules dépourvues de chlorophyle et dont la nutrition est connue et facilement modifiable — offrent vraiment un moyen remarquable d'études physiologiques de ces virus.

Le Docteur S. NICOLAU, de Paris, a montré que la transformation du virus rabique des rues en virus fixe et le retour en arrière de ce dernier, seraient seulement des adaptations plus ou moins reversibles et non pas des mutations fixes, stables, ou définitives. Ne peut-on voir, à notre avis, une règle générale de la nature : suivant l'adaptation de telle ou telle fonction, le virus perd ou acquiert des propriétés qui le font désigner virus fixe ou virus des rues.

Le Prof. A. GRATIA et le Docteur P. MANIL, de Liége, ont résumé les propriétés qui permettent d'affirmer que les agents des mosaïques des plantes sont des éléments étrangers non-héréditaires : ce ne sont ni des diastases sécrétées par les plantes, ni des gènes ; d'ailleurs, transmis par les insectes, ils ne peuvent être que des virus parasites des cellules végétales. La même conclusion s'applique-t-elle à la nature des bactériophages ?

Le Docteur H. STOREY, d'Amani, a étudié la transmission des virus des plantes par les insectes et a pu mettre en évidence quelques faits très intéressants. Chez certaines espèces d'insectes c'est le sexe qui détermine la susceptibilité au virus, dans d'autres la susceptibilité ou l'immunité des individus est héréditaire. Cette immunité paraît liée à une propriété de la paroi intestinale de l'insecte et n'existe qu'en fonction de son intégrité : on la fait cesser soit en inventant l'insecte dans l'intestin, soit simplement en ponctionnant l'intestin après un repos infectant.

En revanche le Docteur R. SALAMAN, de Cambridge, enregistre le fait que les tentatives faites en vue de démontrer dans les plantes l'existence d'une immunité envers des algues, des bactéries ou des virus ont échoué jusqu'ici.

***

Enfin la question *des virus filtrants dans l'étiologie des tumeurs* a été ouverte par le Docteur PEYTON ROUS, de New-York. Il n'est plus besoin de preuves pour dire que des virus peuvent donner des tumeurs chez les mammifères : les lapins sauvages d'Amérique portent souvent des papillomes de la peau qui quoique manifestement infectieux ont tous les caractères des tumeurs : chez les lapins domestiques, le virus produit des papillomes qui deviennent fréquemment des cancers avec métastases. On ne doit pas oublier que l'on assiste là à l'association de deux éléments, le virus et la cellule épithéliale qu'il affecte : selon que l'un s'altère ou est altéré secondairement, il influence l'autre et le caractère du processus tumoral. On pourrait évidemment expliquer tous les phénomènes tumoraux en fonction des virus mais rien actuellement ne le prouve.

Le Docteur C. OBERLING et le Docteur M. GUÉRIN, de Paris, le Docteur J. FURTH, de New-York, ont rapporté des faits très voisins sur la production de tumeurs avec l'agent de la leucémie transmissible des poules. Le Docteur OBERLING ayant étudié surtout le virus au point de vue des différentes inoculations et des conditions déterminées qui permettent l'apparition des tumeurs ; alternance d'inoculation intraveineuse à intramusculaire, utilisation de poules adultes, faible influence de la conservation à la glacière. Le Docteur Furth a essayé par la méthode des cultures de tissus de voir pendant combien de temps ces virus gardaient leur vitalité : il a constaté qu'un sarcome élaborait encore le virus causant à la fois la leucémie et le sarcome 18 semaines après le début de l'expérience *in vitro* alors que les virus de leucémie seule périssent *in vitro* après quelques semaines s'ils sont mis en présence de cellules de sarcome. La multiplication des virus étudiés n'est obtenue *in vitro* qu'en présence de ces cellules vivantes qu'ils ont transformé en tissu néoplasique. Beaucoup de tumeurs ne sont probablement pas causées par des virus.

C'est aussi l'avis du Docteur RIVERS, de New-York, qui dit que le virus peut être seulement un intermédiaire et non pas toujours l'agent causal de la tumeur.

En revanche le Docteur C. ANDREWES, de Londres, le Docteur W. GYE et M. FOULDS, de Londres, ne sont pas du même avis : dans le cas de tumeur provoquée chez l'animal on connaît l'agent initial — le goudron, l'anthracine — mais on ignore pourquoi la tumeur se développe. Dans le cas de la tumeur spontanée du poulet (Mill Hill 2) on connaît le virus qui fait développer la tumeur mais on ignore la cause qui l'a déclenchée.

Si l'on prend par exemple le sarcome du goudron chez le poulet et si on inocule des cellules à de jeunes faisans, elles se développent pendant une ou deux semaines puis régressent et chez ces faisans apparaissent des anticorps qui neutralisent le virus du sarcome de Rous. La conclusion est que ce sarcome du goudron non-filtrable convient un virus très rapproché au point de vue sérologique du virus du sarcome de Rous mais qui ne peut être mis en évidence par la filtration de la tumeur.

Le Docteur RIVERS a répliqué qu'il ne voit vraiment pas pour quoi il faut expliquer tous les phénomènes de la même manière : il trouve tout naturel que deux tumeurs analogues reconnaissent deux causes initiales différentes.

Il semble que dans l'état actuel de nos connaissances le Docteur Peyton Rous ait été très sage de conclure la discussion en disant qu' « il faut s'aventurer avec prudence dans ce domaine » comme dans beaucoup d'autres.

***

Nous espérons pouvoir revenir sur les travaux de la section du Congrès qui avait pour programme les streptocoques hémolytiques ; mais pour les spécialistes qui s'intéressent aux questions de microbiologie industrielle et de chimiothérapie, à la chimie microbiologique et aux structures d'antigène nous ne pouvons vraiment mieux faire que de leur conseiller de se procurer le compte rendu complet du Congrès car il s'agit de questions qui, sous leur forme actuelle du moins, sortent du domaine médical.

Il y aurait d'ailleurs intérêt croyons-nous, à restreindre le champ d'action de ce Congrès car ce fut un tour de force remarquable de la part des organisateurs d'en avoir si bien réglé les détails et il devient évidemment plus délicat à chaque réunion : la microbiologie est un virus qui se développe dans tous les domaines où l'homme l'introduit.

Dr Pierre MONNERET.

« Si l'on est décidé à vivre une vie honorable et modeste, alors on peut se lancer dans la médecine ; sinon il est préférable de chercher des débouchés plus fructueux ou plus rémunérateurs. »

(Docteur J. LAFONT, (de Clermont-Ferrand) Enquête sur la vocation médicale. *L'Hôpital*, n° 410-411.)

« On dit quelquefois qu'une santé excellente est nécessaire pour être médecin, comme si notre profession se jugeait aux biceps capables de réduire une luxation, ou à la valeur des jambes pour monter un escalier.

(Docteur A. MATHIEU-DE-FOSSEY (de Vichy) Enquête sur la vocation médicale. *L'Hôpital*, n° 410-411.)

Échos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Babinski et Vaquez vus par Jules Romains. — *La médecine tient une large place dans le tome XII des* HOMMES DE BONNE VOLONTÉ. *M. Jules Romains y fait paraître un Docteur Viaux, curieux de sciences, qui, après avoir observé un cœur dont le rythme présente des bizarreries, se lance dans des recherches sur la physiologie du système nerveux cardiaque et se croit assez avancé dans ses résultats pour songer à les publier. Un de ses amis le lui conseille :*

« . . . . Sans trop de retard, il faudra évidemment, d'une façon ou de l'autre, publier, et, pour ne pas avoir d'emblée les bonzes contre soi, en mettre deux ou trois dans sa manche. A première vue, il me semble qu'il y a des assurances à prendre de deux côtés. Hein ? Les spécialistes du cœur et les neurologues. Sais-tu à quoi je pense ? A une séance de contrôle, organisée chez moi par exemple, et où assisteraient Vaquez et Babinsky. Rien qu'eux deux. Je ne sais pas dans quels termes ils sont. Mais ils arriveront toujours bien à se tenir une heure dans la même cage sans se bouffer. Je suis très bien avec un des meilleurs élèves de Vaquez, pour qui je fais souvent des radios. Je connais Vaquez lui-même. Ce n'est pas un mauvais bougre, avec ses airs de député radical-socialiste de Marseille. Babinsse m'effraye davantage. Lui, c'est le général prussien. Est-il bon, est-il méchant ? On a l'impression qu'il signerait exactement avec le même regard votre bulletin d'entrée à l'hôpital et votre envoi au poteau d'exécution. Mais si nous les avions tous les deux, ton affaire serait dans le sac. Tu n'as pas eu à te louer beaucoup de ta séance avec Pailleton ? Mais, le jour venu, il peut remplacer Babinsse... On cherchera dans la liste des hypophysaires. Milandier, tu disais, Oui, pourquoi pas ? Enfin, je vais réfléchir à tout ça, de mon côté, je te promets. Un conseil pourtant, tout de suite : concentre-toi pour le moment sur ton phénomène cardiaque. Contente-toi de prouver ça... ce serait déjà très beau. Si tu as l'air de vouloir renouveler le monde, tu épouvanteras les gens. La suite viendra à son heure, passera par la brèche ouverte... même moi, je te demande uniquement de me faire voir ça. Je ne veux constater que ça... Quand me le montres-tu ?

— Eh bien ! je vais passer le reste de ma nuit à faire un brouillon de note. Pourvu que le garçon de l'hôtel me donne du papier ! Je le mettrai au net demain matin ; sans rentrer à la Celle. Je porterai le pli cacheté demain après-midi.

— Bravo.

— Ça se porte à l'Académie des Sciences même ?

— Oui, au secrétariat.

— C'est compliqué comme formalités ?

— Je ne pense pas. Je n'ai jamais eu personnellement l'occasion d'utiliser ce truc-là. Mais je sais que ça fonctionne, et je crois que c'est très simple. Tu trouveras sur place un rond-de-cuir qui te renseignera. S'il te fait des difficultés, engueule-le.

Mieux renseigné, M. Jules Romains eût connu l'amitié qui liait Babinski et Vaquez et évité cette épithète de « général prussien » qui eût infiniment peiné le grand neurologue.

Laënnec, médecin militaire. — La Société archéologique de la Loire-Inférieure a fait apposer récemment au-dessus de la porte de la Direction du Service de santé, à Nantes, une plaque qui rappelle que Laennec « inaugura là sa brillante carrière comme médecin militaire, 1796-1800) ».

Et le médecin général Cochois a pris prétexte de cette commémoration pour rappeler la carrière de *Laënnec, médecin militaire* (*Revue du Service de santé militaire*, pp. 401-416, septembre 1936).

C'est le 7 Vendémiaire au 10 juin septembre 1795) que Laënnec espérant comme Bichat et d'autres trouver, dans la médecine militaire une carrière lucrative fut admis dans les hôpitaux militaires de Nantes comme chirurgien de 3e classe, âgé de 14 ans et 7 mois. Il était appointé (150 livres par mois), et, en plus de sa solde recevait une indemnité de logement qui était tout bénéfice, puisqu'il continuait à loger chez son oncle. :

Après un court séjour à l'hôpital de la Paix, le jeune chirurgien fut affecté à l'hôpital de « La Fraternité », le plus important des hôpitaux de Nantes, où de nombreux officiers de santé et une soixantaine d'employés ou d'infirmiers assuraient le service.

C'est, dans cet établissement que Laënnec s'initia aux menues opérations de la petite chirurgie, tout en continuant à étudier les sciences naturelles en même temps que le grec et le latin.

Pendant la seconde année de son service par suite de la réduction des effectifs, il fut licencié, avec un certificat très élogieux de son chef. Mais l'oncle Guillaume obtint que le jeune homme fut conservé en qualité de surnuméraire non appointé.

Après d'autres projets vite abandonnés, Laënnec songea sérieusement à se présenter pour le concours de médecin d'armée.

« En octobre 1798, il recommença, pour la quatrième fois, dit M. Cochois, à suivre le service de l'hôpital militaire, tout à la préparation de son concours. Enfin, le 24 prairial (12 juin 1799), parvenait à la municipalité le pli cacheté, expédié par le Conseil de santé des armées, qui contenait les questions auxquelles le candidat allait avoir à répondre. L'épreuve eut lieu aussitôt et Théophile, au dire de son oncle, s'en tira merveilleusement : « Je suis très content de sa composition et je crois que les inspecteurs généraux jugeront comme moi... ». Laënnec fut reçu et pouvait maintenant se parer du titre d'officier de santé de deuxième classe. Le voici désormais à l'abri des ennuis d'argent. Sa carrière était assurée et il n'avait qu'à partir pour Paris. C'était là compter sans le père. D'argent pour le voyage, point, et Théophile dut se résigner à perdre le bénéfice de son succès. L'oncle Guillaume insista vainement auprès de son frère pour lui demander de ne pas mettre obstacle au départ. Mais il s'abusait étrangement ; quelque faible opinion qu'il eût de lui, il ne croyait vraiment pas que sa conduite irait jusqu'à briser la carrière de son enfant.

« Ce furent alors de nouvelles vacances en Bretagne, où le pays se couvrait de bandes armées, car les principaux chefs de la troisième insurrection vendéenne avaient fixé au 15 octobre la date du soulèvement général. D'urgence, il dut rejoindre Nantes, toujours dans le même équipage, à pied, et, comme la première fois, sans linge ni vêtements. A ses soucis ordinaires vint s'ajouter le dépit de rester en province alors que tous ses amis étaient partis pour Paris, celui de commencer une cinquième année d'études à la « Fraternité », toujours sous la direction d'Ulliac et toujours en qualité de surnuméraire non appointé. Le mouvement y était heureusement intense ; on y voyait beaucoup de malades et de blessés, et il pouvait y consacrer ses après-midi à la dissection et à la médecine opératoirre.

« Cependant, les Chouans, qui avaient tourné Ancenis, marchaient sur Nantes. Laënnec avait alors 18 ans et, par suite, astreint au service de la garde nationale, car sa situation d'étudiant attaché à un hôpital militaire ne l'empêchait pas de monter la garde tout comme un autre.

« Dans la nuit du 19 octobre, la ville était surprise par une poignée de rebelles. Des combats s'engageaient à tous les coins de rue dans l'obscurité profonde ; partout des morts et des blessés ; enfin, au petit jour, les Chouans étaient arrêtés sur la place de l'Egalité par une fusillade énergique de la garde nationale. Laënnec fut donc de ceux qui contribuèrent peut-être à épargner à la cité les horreurs du pillage.

« La besogne ne dut pas manquer, ce jour-là, à la « Fraternité ».

« Trois semaines après l'événement, le canon tonnait joyeusement. On venait d'apprendre le coup d'Etat de Bonaparte, celui du 18 Brumaire, et ce fut dans la ville une allégresse générale.

« Mais, au moins de janvier 1800, nouveau soulèvement. L'insurrection étant générale dans l'Ouest, le Premier Consul ordonna de lever une armée de 60.000 hommes sous le commandement de

Brune, et à Nantes, on organisa sans tarder une colonne expéditionnaire pour aller au secours de Vannes, bloquée par les rebelles.

« Laënnec fut agréé sans trop de peine par l'ordonnateur Dujard, qui lui délivra une commission provisoire d'officier de santé de 3e classe, puisque, par la faute de son père, il avait perdu les avantages de son concours. Le jeune officier avait droit à son étape, au fourrage de sa monture et à une petite solde qui pouvait peut-être s'élever à une centaine de livres par mois.

« Le 2 pluviôse (22 janvier 1800), le général Brune passait en revue le corps expéditionnaire. Laënnec se trouvait à son poste dans l'ambulance, mais en civil, et, devant le front des troupes, il reçut l'ordre, s'il tenait à partir, de se mettre en tenue militaire. Le général ne plaisantait point sur la question de l'uniforme. Le pauvre garçon dut s'exécuter et se résigner à consacrer, à son équipement ce qui lui restait des 300 livres qu'il avait fini par recevoir de son père, à la fin de décembre. Mais il eut tout juste le temps, avant son départ, d'acheter son chapeau à cornes et, c'est dans ce gentil accoutrement, mi-bourgeois, mi-guerrier, qu'il se mit en route le lendemain 23 janvier, résigné à parfaire son équipement et à s'acheter un sabre à Vannes, quartier général désigné de l'armée.

« Le soir même, la colonne commandée par le général Grigny arrivait à La Roche-Sauveur (Roche-Bernard). Après une faible résistance de l'ennemi, la Vilaine était franchie, puis Muzillac et tout le pays de Rhuys occupés ; toutes les communications étaient ainsi coupées entre les Anglais et les insurgés. Aussitôt arrivé à Vannes, Laënnec, pressé de paraître dans une tenue convenable aux yeux de ses chefs, s'acheta un collet, des parements et des boutons d'uniforme qu'il fit adapter à son habit, enfin un sabre. Il eût vite fait de dépenser ainsi tout ce qui lui restait d'argent et dût même engager son premier mois de solde.

« On ignore presque tout des faits et gestes du jeune officier de santé au cours de cette campagne, qui fut courte et gaie. Il en garda un excellent souvenir et en fit une relation fantaisiste et pleine d'originalité intitulée : « La Guerre des Venètes » (1), poème héroï-comique où il notait les conversations et les exploits de ses camarades d'armes affublés, comme il se devait, de noms de guerre.

« Mais il rapportait aussi de son expédition dans le Morbihan un certain nombre d'observations médicales dont, plus tard, il tirera parti dans ses ouvrages.

« Le 1er mars, la paix était signée ; la colonne du général Grigny recevait aussitôt l'ordre de rallier Nantes. L'oncle Guillaume put obtenir le maintien de son neveu à l'hôpital de la « Fraternité », sur la recommandation du général Brune lui-même, et celle de son ancien camarade Mollet, médecin-chef de l'armée de Sambre-et-Meuse. Dans une lettre très flatteuse, le commissaire des guerres Fresnais lui faisait compliment de son neveu : « jeune homme, écrivait-il aussi instruit qu'intéressant », et lui annonçait qu'il avait fait confirmer par une commission définitive d'officier de santé de 3e classe, à la suite des ambulances de l'armée de l'Ouest, celle provisoire remise par l'ordonnateur Dujard ; il ajoutait qu'il l'avait chaudement recommandé à l'ordonnateur en chef Peroud pour qu'à la première occasion le jeune homme fût placé, comme officier de santé de 2e classe, soit dans une ambulance, soit dans un hôpital fixe. « Il avait, disait-il en terminant, bon espoir, si l'armée existait encore quelque temps . »

« Mais le 1er fructidor suivant (19 août 1800), son emploi fut de nouveau supprimé, et l'hôpital mis en réforme. Et, chose cruelle pour un homme souffrant d'impécuniosité chronique, on ne prit même pas la peine de lui régler sa solde de messidor et de thermidor. »

Charles Nicolle. — *Le Docteur Pierre Mauriac consacre* (Candide), *un article émouvant au grand et glorieux savant Charles Nicolle, mort le 28 février dernier.*

..... Cette indépendance de pensée, qui marque si fortement Charles Nicolle n'est pas si commune parmi les savants qu'elle ne doive être retenue. Investi de la lourde charge de l'enseignement de la médecine au Collège de France, il conçut aussitôt sa tâche comme une « entreprise de salut scientifique et moral

(1) *La guerre des « Venètes »*, par le Docteur Cenneal (anagramme de Laënnec).

à mener en médecine ». Il prévoyait la tempête, et voulait former une équipe qui aidât au salut du navire. « Nous sommes quelques-uns, m'écrivait-il, à avoir quelque chose à dire sur la médecine, son rôle, ses tendances, ses erreurs, ses fautes. Il paraît nécessaire que cela soit dit, et la chaire du Collège de France le permet. »

C'était une petite révolution, surtout par le choix de quelques collaborateurs à qui échut le grand honneur d'enseigner dans la chaire de Claude Bernard. L'essai fut tenté en 1934 ; il n'eut pas de lendemain. Charles Nicolle m'écrivait au mois de mars 1935 : « Si je puis, *malgré l'interdiction qui m'en a été faite officieusement*, je me promets bien d'avoir une fois encore recours à vous ». Les intrigues, les campagnes sournoises, la maladie enfin furent plus fortes que sa ferme volonté.

La surdité, qui laisse à l'abandon les esprits faibles, est un rempart protecteur pour ceux qui trouvent en eux-mêmes des sources vives et désaltérantes. Le temps de son infirmité lui ménageait en le retranchant du commerce des hommes, Charles Nicolle le consacrait à une méditation qui donne à ses livres un cachet de haute philosophie et de pur détachement.

Il se sentait fort de « l'habitude de la divination », et allait droit son chemin sans souci des réactions provoquées. Il soufflait sur les illusions et mettait chacun à sa place ; il affirmait sans gêne que l'enseignement stérilise celui qui s'y donne et que le professeur ne peut être un véritable chercheur ; sans doute il n'est pas inutile pour le savant d'exposer ses découvertes au public mais « l'intelligence la plus inventive n'a besoin, pour se raconter, que de quelques leçons ». Et quel mépris pour les concours ! Son frère aîné, Maurice Nicolle, sorte de génie déchaîné, lui avait donné dès sa jeunesse une belle leçon d'intransigeance ; Charles ne l'oublia jamais : « Une injustice flagrante, inexcusable, venait de frapper Léon Daudet à son premier concours de l'internat. Pas plus que je n'ai parlé de l'affaire de la médaille d'or, je ne parlerai ici de la manière de cet autre scandale. Maurice en fut révolté. Il se sentit à jamais touché dans son respect de la justice que tant d'injustices médicales n'avaient point encore éclairé. Il souffrit dans son amitié, dans les projets qu'il formait pour l'avenir de Léon. Il avait décidé en lui-même de cet avenir. Léon, une fois interne, serait entré à l'Institut Pasteur ; et qui sait, sans cet échec, si, malgré son tempérament fougueux, malgré l'influence de Drumont, de Barrès, de Maurras, le grand polémiste n'eût pas été un disciple fécond de la science pastorienne ? » Parce que son maître s'était montré injuste envers son ami, Maurice Nicolle protesta et se ferma la voie des concours. A dire vrai, il n'en avait que faire et par son œuvre seule sut conquérir sa place.

Mais de cet incident, son frère Charles Nicolle garda un mépris profond pour les concours et leurs conséquences, la fausse éloquence, les faux titres qui sont moins des publications que de la publicité, les intrigues et les truquages. A la fausse justice de l'anonymat, il préférait le choix pour sa franchise.

Celui-là avait le droit de parler qui, sans titre officiel avait obtenu le prix Nobel et accédé au Collège de France.

Il est des réussites qui sont tout de même des garants : une intelligence qui pousse sa pointe si loin, avec une telle indépendance, mérite l'attention ; et quand, dans l'isolement de sa réflexion, elle nous dit ses hésitations, ses doutes, enfin quand, sur le point de sombrer, elle trouve le bois à quoi s'accrocher et qu'elle nous le propose, notre devoir est de l'écouter, de ne pas nous détourner, même si ce bois prend la forme inattendue d'une croix.

Charles Nicolle ne connut longtemps d'autre autorité que la raison humaine : mais tout en reconnaissant sa valeur pour travailler *en profondeur*, il la trouva peu à peu insuffisante pour fouiller le terrain *en étendue*. Cherchant des bases à la morale, il crut d'abord n'en pouvoir découvrir d'assurées que dans les témoignages de nos sens éclairés et coordonnés par la raison, c'est-à-dire dans l'interprétation logique des faits et actes de la nature. La biologie dont il était le servant, lui parut d'abord la pourvoyeuse inépuisable ; et sa curiosité inquiète crut y trouver l'assouvissement.

. . . .

Un soir de novembre 1935 (le jour de son élection à l'Académie française), Georges Duhamel me prit à part et me lut une lettre que venait de lui écrire Charles Nicolle mourant : « J'ai consulté un religieux, disait-il en substance ; je lui ai dit l'état de mon âme, mes doutes, mes espoirs. Et il m'a ouvert les portes de la bergerie, et je me suis mêlé au troupeau... C'est ainsi que Charles Nicolle est revenu à la religion catholique. »

Ce qui me frappa bien plus que les termes de la lettre, c'est l'émotion qui étreignit Georges Duhamel. Pour moi, catholique de toujours, cette adhésion d'un vieillard au bord du tombeau n'avait que la valeur banale d'une « assurance » prise par un pauvre homme anxieux. Le prix qu'y attachait Duhamel m'éton-

nait, car sous l'émotion de l'ami, je devinais un trouble intellectuel ; j'eusse cru à plus d'exigences de la part de ceux qui observent du dehors et se piquent de raison.

Mais à ce moment, le livre de Charles Nicolle n'avait pas paru ; j'ignorais le cheminement lent et méritoire d'une pensée qui, du savant rationaliste, avait fait un croyant. Georges Duhamel avait raison, et plus tard Léon Daudet, qui publia dans l'*Action Française* une autre lettre émouvante de Charles Nicolle. Le témoignage ne valait pas tant par la hauteur de l'intelligence qui le formula que par la somme d'efforts, de souffrances, de bonne volonté dont il était le fruit ; un torrent ardent de désirs, d'espoirs avait trouvé l'océan où se jeter. Ce ne fut pas une conversion, mais un terme, une arrivée.

Un grand savant avait su voir d'autres feux que ceux de la science : il touchait au port.

Armaingaud éditeur et commentateur de Montaigne. — *Extrait d'une conférence du Docteur Lucien Cornel* : LE DOCTEUR A. ARMAINGAUD, MONTAIGNE ET NOUS.

... De 1905 à 1928, il met sur pied la grande édition, en trois volumes in-folio, des *Essais* de Montaigne, publiée aux frais de l'Etat par l'Imprimerie nationale. C'est une très belle édition : elle reproduit avec les mêmes caractères et une netteté d'impression extraordinaire le fameux exemplaire de Bordeaux (de 1588, avec les nombreuses marginalia manuscrites que l'on sait).

A partir de 1923, chez l'éditeur Conard, vont se succéder une série de petits volumes comprenant les mêmes *Essais*, anotés et commentés par Armaingaud lui-même. Les caractères en sont d'une lisibilité parfaite ; on trouve au bas des pages la traduction des nombreuses citations latines de l'ouvrage ; l'orthographe du temps y est scrupuleusement respectée, ce qui ajoute un peu à la difficulté de la lecture, mais en augmente le charme, le parfum d'archaïsme dégagé par l'écriture du grand prosateur s'en trouvant intensifié.

Si les éditions dont je viens de parler suscitent à bon droit l'admiration, les notes et commentaires appellent plus d'une réserve.

La difficulté n'était pas mince d'interpréter et d'expliquer une œuvre aussi admirable qu'étrange : admirable, parce qu'elle est, en sa complexité, le reflet fidèle de l'esprit de notre gentilhomme gascon et, en même temps, le miroir de l'esprit de chacun d'entre nous ; étrange, parce que ces curieux *Essais* ont été composés par stratification, si je puis dire, à des dates différentes, et qu'ils sont en réalité non pas un livre, mais plusieurs livres, trois au moins, plus ou moins bien liés, imbriqués, embrouillés même. C'est ainsi que l'édition de 1580 est d'un grand liseur, d'un hobereau féru d'antiquité latine, tandis que les interpolations manuscrites de 1588 proviennent d'un voyageur qui a vérifié ses lectures au spectacle du monde, qui a été par deux fois maire de la plus grande ville du royaume, après Paris, et qui a joué un rôle important dans les événements politiques de son temps.

En près de trois cents pages, complétées par de nombreuses notes, Armaingaud a exposé ses idées sur Montaigne. Elles sont curieuses souvent, contestables parfois, sincères toujours. Elles ont pour objet principal le portrait moral de Montaigne, sa religion, sa politique : on y voit, ébauchés, ses rapports avec la médecine et les médecins. Comme la fille d'élection, demoiselle Le Jars de Gournay, le fils d'adoption a quelque peu défiguré son auguste modèle : on n'est jamais trahi que par les siens.

« Les multiples exemples de vies héroïques de bon nombre de médecins éclaireront mieux que toute les théories générales le chemin du futur étudiant. »

(Robert GARRAUD. Enquête sur la vocation médicale. *L'Hôpital*, n° 410-411.)



Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 38 LE NUMÉRO : 50 Centimes 19 SEPTEMBRE 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Travaux originaux

M. DECHAUME : Traitement des ostéites des maxillaires d'origine dentaire par le bactériophage.... 1449

Clinique médicale

A. DREYFUS : Les purpuras 1450

Pathologie générale

Du rôle du système neuro-végétatif dans les réactions d'hypersensibilité 1459

Revue de Presse parisienne....... 1460

Revue de Presse étrangère par J. Lafont.................. 1464

Notes cliniques et thérapeutiques

La méningite à streptocoques chez l'enfant. — Le traitement des épithéliomas cutanés par le thermocautère. — La méningite herpétique. — Le traitement des éphelides. Etc. 1468

Nouvelles 1443

Echos et Glanures........... 1446 1469

Bibliographie...................... 1456

NOUVELLES

Faculté de médecine de Bordeaux. — Le concours pour une place de chef de clinique médicale s'est terminé par la nomination du Docteur Saric, comme chef de clinique titulaire, et du Docteur Lévy, comme chef de clinique adjoint.

Guerre. — Le médecin général Gay-Bonnet, sous-directeur du S. S. de la région de Paris, est nommé inspecteur permanent du matériel et des établissements du S. S. militaire.

XXIIIe Congrès de l'Alliance d'hygiène sociale (Saint-Etienne, 2, 3, 4 octobre 1936). — *Programme du Congrès.*

2 octobre 1936. — *Le traitement des maladies sociales* : Etude démographique du département de la Loire, par M. Leboulanger, inspecteur départemental de l'Assistance publique de la Loire. — Les œuvres de l'enfance, par le Docteur Beutter, médecin des hôpitaux et M. Leboulanger. — L'enfance anormale, par le Docteur Nordman, directeur de la clinique médico-pédagogique. — L'enfance délinquante, par Mlle Levaillant, avocat. — La lutte antivénérienne, par le Docteur Ch. Laurent, directeur de la Ligue antivénérienne de la Loire et de la Haute-Loire. — L'anémie des mineurs, par le Professeur agrégé Garin, médecin des hôpitaux de Lyon et le Docteur Gonthier, médecin des mines de Roche-la-Molière et Firminy.

3 octobre 1936. — *La prévention des maladies sociales* : La lutte antituberculeuse, par le Docteur Martin, inspecteur départemental d'hygiène et par le Docteur Croizier, médecin des hôpitaux. — Les enfants à la montagne, à la campagne, les colonies de vacances, par Mlle L. Comte, secrétaire générale de l'Œuvre des enfants à la montagne et à la mer. — La Maison de cure hélio-marine de Palavas par le Docteur Beutter, médecin des hôpitaux et le Docteur Armand. — Œuvre stéphanoise de préservation de l'enfance contre la tuberculose, par le Docteur Blanc, président de l'œuvre Grancher. — Les Mutualités maternelles, par Mlle Thiollière.

4 octobre 1936. — *L'organisation des loisirs* : Les maisons hygiéniques à bon marché, par M. Delomier. — Les jardins ouvriers, par le R. P. de Thoisy, président de l'œuvre des Jardins ouvriers. — Les sports, par M. Pierre Guichard et le Docteur Menut. — Le scoutisme, par M. Maurice.

IIIe Congrès international du Paludisme — Le Docteur E. Luengo, secrétaire général de ce Congrès, communique :

La situation actuelle en Espagne nous oblige à ajourner la date de réunion du IIIe Congrès international du paludisme qui avait été fixée au 12 octobre prochain.

D'accord avec le président du Comité permanent international du paludisme, nous espérons être en mesure de fixer et de communiquer en son temps la nouvelle date de réunion du Congrès au printemps ou l'été 1937.

Toutes les inscriptions déjà effectuées seront valables pour assister au Congrès, quelle que soit la date accordée.

A partir du moment où la nouvelle convocation sera connue et publiée, les membres inscrits de toutes catégories, ne pouvant pas y assister étant donné le changement de date, pourront réclamer le remboursement de leur inscription.

IIe Congrès international de lutte scientifique et sociale contre le cancer. — Le IIe Congrès international de lutte scientifique et sociale contre le cancer se tiendra à Bruxelles du 20 au 26 septembre 1936.

L'ordre du jour du Congrès comprend : I. Les questions les plus actuelles de la cancérologie scientifique : biologie (agents cancérigènes, facteurs de prédisposition et de résistance au cancer) : les problèmes dans le diagnostic histologique, le diagnostic radiologique, le diagnostic sérologique et sérocytologique ; les problèmes de la thérapeutique (chirurgie, Röntgen et Curiethérapie, traitement médical). — II. Les questions les plus actuelles de la lutte sociale contre le cancer : accès du malade au diagnostic et au traitement ; cancer et démographie ; l'état actuel de la lutte contre le cancer dans le monde.

Le Comité national d'organisation a prévu pour la durée du Congrès un programme de réceptions et de manifestations amicales, avec l'espoir d'assurer aux congressistes un séjour agréable.

Droit d'inscription : 100 belgas. (Les membres de la famille qui accompagnent ne paient pas de droit d'inscription). Le droit d'inscription comporte en dehors de la participation au Congrès, à ses manifestations et aux avantages réservés au congressiste (voyages, séjour, etc.), le service des publications. Celles-ci comprendront au moins deux volumes, contenant : 1° le texte des rapports imprimés dans la langue originale de l'auteur avec un résumé étendu, traduit dans les langues officielles du Congrès ; 2° le texte des communications dans la langue originale de l'auteur.

Agents officiels du Congrès pour voyage, séjour et tourisme : Wagons-lits Cook (toutes ses agences).

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat général du Congrès : 13, rue de la Presse, Bruxelles.

IIIe Congrès des médecins électro-radiologistes de langue française. — Le IIIe Congrès des médecins électro-radiologistes de langue française se tiendra à Paris, sous la présidence du Professeur Réchou (Bordeaux), du 8 au 10 octobre 1936. Trois questions sont à l'ordre du jour : 1° Séméiologie radiologique des affections ostéo-articulaires dites rhumatismales, par MM. Robert et Forestier (Aix-les-Bains) ; 2° La radiothérapie à tension élevée, par MM. Wanjermez, Aurine, Gunsett et Mathey-Cornat ; 3° l'électrothérapie dans les métrites, par MM. Delherm et Dausset. Inscription et renseignements auprès du secrétaire général docteur Dartaux, 9 *bis*, boulevard Rochechouart, Paris (IXe).

IXe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires. — Le IXe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires se tiendra, à Bucarest, du 9 au 12 mai 1937. Pour renseignements, s'adresser à M. le médecin capitaine Popescu Buzen, secrétaire général, Institut Sanitar Militar, Bucarest II, Roumanie.

Signalons à ce sujet qu'un très beau voyage en Europe Centrale, avec retour par mer vers Marseille, sera organisé à cette occasion.

Concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 1er mai 1937 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — L'ouverture du concours aura lieu le vendredi 11 décembre 1936, à 9 h. 12 au Parc des Expositions (porte de Versailles, Paris XVe).

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de santé, tous les jours, les diman-

ches et fêtes exceptés, de quatorze à dix-sept heures, depuis le mardi 3 novembre jusqu'au mercredi 25 novembre 1936 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs de la carte d'identité et du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Concours pour les prix à décerner à MM. les Elèves internes en médecine de quatrième année (année 1936-37). Concours de médecine. — L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 18 janvier 1937, à 9 heures, à la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'administration, tous les jours, de 14 heures à 17 heures, du mardi 3 au samedi 14 novembre 1936 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au Bureau du Service de santé au plus tard le samedi 14 novembre 1936, à 17 heures, *dernier délai*.

Concours pour les prix à décerner à MM. les Elèves internes en médecine de quatrième année (année 1936-1937), *Concours de chirurgie et d'accouchement*. — L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 21 janvier 1937, à 9 heures, à la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'administration, tous les jours, de 14 heures à 17 heures, du mardi 3 au samedi 14 novembre 1936 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au Bureau du Service de santé au plus tard le samedi 14 novembre 1936, à 17 heures, *dernier délai*.

A propos de l'hérédité. — « The Bureau of Human Heredity » vient d'être fondé dans le but d'instituer des échanges au sujet de tout ce qui concerne l'hérédité humaine. La première tâche est la collection de matériel. Toutes les informations, observations, etc., aussitôt recueillies sont soumises à une documentation et analyse sous la direction de groupes de spécialistes internationaux. Ensuite, on entreprendra distribution d'information sur demande.

Le Bureau est dirigé par un Conseil composé de membres représentant les Sociétés médicales et biologiques de la Grande-Bretagne. Le programme qu'il poursuit a été établi à l'instigation du Comité international pour les recherches de génétique humaine. Le bureau est donc assuré d'une collaboration effective dans tous les pays où ces recherches sont actives.

Le Conseil invite toutes les personnes et toutes les Institutions qui possèdent des études bien établies sur les caractères humains (normaux et anormaux) de les envoyer au Bureau. Les pédigrées sont surtout désirées. Les études génétiques de jumeaux et les études statistiques de transmission sont également utiles. Les auteurs, désireux de réserver leurs droits de publication sont priés d'accompagner leurs envois d'une note spécifiant ce point.

On est prié de joindre aux travaux des indications détaillées sur les sources, de décrire les symptômes de diagnostic avec précision et de donner les noms et adresses de l'auteur ou des auteurs responsables de l'exactitude du travail. Tous ces renseignements resteront confidentiels.

Les tirages à part de travaux publiés seront particulièrement les bienvenus.

Très souvent les auteurs font collection d'un nombre considérable de pédigrées qu'ils ne peuvent pas faire imprimer en publiant leurs ouvrages. C'est un des buts du Bureau de réunir de tels pédigrées pour que ce matériel précieux soit conservé dans le Clearing-House et ne soit pas perdu.

Le Bureau adressera à toute personne qui en fera la demande un tableau des signes utilisés pour les pédigrées et établis d'après le Standard international.

Le Bureau fera connaître en temps voulu les autres services qu'il pourra organiser.

L'Institut restera international.

Congrès de chirurgie. — A l'occasion du Congrès, M. Calot (de Berck), fera le jeudi 8 octobre, de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2, dans sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, une séance de démonstrations avec présentation de malades et de sujets guéris.

1° Sur le traitement de choix des luxations et subluxations congénitales de la hanche. — « Réduction » d'une luxation et d'une subluxation.

2° Les notions indispensables sur le domaine immense, découvert récemment, des subluxations congénitales stabilisées. La preuve faite que les hanches étiquetées jusqu'ici : « arthrite sèche, déformante, rhumatisme local, morbus coxæ senilis, ostéochondrite ou coxa plana, ainsi qu'un tiers des hanches étiquetées coxalgies, sont en réalité des subluxations congénitales méconnues. Et la découverte de leur vraie nature permet de leur appliquer le traitement rationnel.

3° Comment il faut traiter les tuberculoses « externes » (adénites du cou, abcès froids, fistules, mal de Pott, coxalgies, tumeurs blanches, orchiépididymites, etc.). L'indiscutable supériorité pour le nombre et la qualité des guérisons du traitement conservateur (avec injections modificatrices et ponctions) sur les opérations sanglantes des néo-interventionnistes qui, dans ce domaine spécial de la tuberculose, aggravent souvent et mutilent toujours.

4° Autres affections orthopédiques : pied bot, griffe digitale de Volkmann, etc...

(Moyens d'accès : Autobus 12 et 14, descendre à l'arrêt « rue Jean-Nicot », entre le pont des Invalides et le pont de l'Alma).

Ligue française contre le rhumatisme. Secrétariat : 2, rue Guynemer, Paris.

La Ligue française contre le rhumatisme organise une « Journée du rhumatisme » qui aura lieu le 10 octobre 1936.

L'ordre du jour en est le suivant : Rhumatismes et traumatismes.

1° Le matin à 10 heures, réunion clinique à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du Docteur Boppe, chirurgien-orthopédiste de l'hôpital ;

2° Réunion l'après-midi, à 15 heures à la Faculté de médecine, sous la présidence du Professeur Laignel-Lavastine, président de la Ligue française contre le rhumatisme.

Les rapports sur la question qui auront été publiés par les soins de la *Revue du Rhumatisme* dans ses numéros de septembre et octobre 1936 seront brièvement résumés et longuement discutés.

Tous sont cordialement invités à participer à cette « Journée ». L'inscription est gratuite.

Prière d'adresser les demandes de présentation de malades au Docteur Boppe, 11, quai d'Orsay, et les demandes d'inscription ou les discussions des rapports au Secrétariat de la « Journée » : Docteur Weissembach, 6, rue Daubigny, Paris.

3° Le soir, à 20 h. 30, un dîner amical réunira les adhérents.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornif'ant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire, elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE.

Pasteur et la Poignée de Mains. *Article de M. Adrien Loir* (MOUVEMENT SANITAIRE, août 1936).

Pasteur songeait toujours à ses études et à leurs applications. Au moment où il s'occupait de ce qu'il appelait la Théorie des Germes de l'atmosphère qu'il avait appuyée par ses recherches au Montanvers et à la Mer de Glace, je me souviens que, lorsque nous passions à côté de l'Hôpital Laennec, il nous faisait mettre à tous les membres de sa famille, notre mouchoir devant la bouche. Pendant mes séjours à Paris, nous passions assez souvent avec lui dans ce quartier.

Etant son préparateur, j'arrivais le matin au laboratoire où il descendait à 8 heures et demie. Quand je lui disais que j'avais entendu un des chiens, conservés dans l'annexe de la rue Vauquelin où je demeurais, aboyer la nuit avec une voix rabique, il prenait son chapeau ; nous sortions du laboratoire de la rue d'Ulm, nous descendions la rue Claude-Bernard jusqu'à la rue Vauquelin, moi marchant à côté de lui sur le trottoir. Il lui arrivait souvent de faire un écart en me disant « Viens », il m'entraînait alors au milieu de la rue, et cela pour éviter de recevoir la poussière d'un torchon d'une ménagère secoué à la fenêtre d'un étage.

Au laboratoire de la rue d'Ulm, il n'y avait pas d'essuie-mains, je n'en ai jamais vu pendant les six ans que j'y suis resté auprès de Pasteur. Le matin, lorsque j'arrivais au laboratoire, j'ouvrais un grand tiroir plat qui se trouvait devant la fenêtre de la rue d'Ulm, dans lequel je mettais des feuilles de papier Fayard coupées en deux (environ 0,30/0,20). J'avais la précaution de les corner dans un coin, de façon à pouvoir les saisir facilement. Ce tiroir restait ouvert toute la journée et le dernier qui partait, Pasteur, Roux ou moi, le poussions pour le fermer. Lorsqu'on avait besoin de se laver les mains, on prenait délicatement une de ces feuilles pour s'essuyer, on la jetait ensuite dans une poubelle en fer placée sous la table.

Le lavage des mains était fait selon un rite que Pasteur m'avait appris. Dans un coin du laboratoire, il y avait un évier profond au-dessus duquel était fixé un robinet pour l'amenée de l'eau, un porte-savon se trouvait à droite. Pasteur m'avait appris à me savonner longuement les mains, puis à laver le savon à grande eau avant de le remettre à sa place, de façon à ce qu'il soit toujours trouvé propre par celui qui aurait à s'en servir de nouveau.

Ce lavage des mains se répétait constamment dans la journée, j'en avais pris une telle habitude que, chez moi, ma mère me disait, en me voyant faire cette opération, qu'elle croyait que c'était un genre de neurasthénie. j'ai conservé cette habitude toute ma vie.

Pasteur avait la phobie de la poignée de mains, et c'est probablement à cause de cela qu'on le trouvait hautain, il ne tendait jamais la main. Lorsque par hasard il avait reçu la visite d'un étranger au laboratoire, tout particulièrement quand c'était un médecin, s'il n'avait pu se soustraire à ce geste consacré de politesse, il me faisait un léger signe que je connaissais bien, en me désignant de la tête le lavabo dont j'allais ouvrir le robinet, le pédalier n'ayant pas encore été inventé. Il était gêné pour agir lui-même par sa main gauche paralysée et qui restait toujours contre son pectoral. Il prenait le savon de sa main droite qu'il lavait et séchait avec une feuille de papier du tiroir, après avoir remis en place le savon propre et net. Il était du reste très adroit de sa main droite.

Vu ses principes, il avait, comme on le voit, la poignée de mains avare, peut-être même est-ce pour cela, et aussi pour d'autres raisons que, en 1876, il essuya un échec en se présentant au Sénat dans le Jura.

A cette époque, on ne se servait pas de gants en caoutchouc pour les opérations chirurgicales. Ce fut Chapput qui les inaugura le premier pour faire les ovariotomies dans le service de Terrillon où je me trouvais. Il avait de l'eczéma des mains et éprouvait le besoin de les isoler.

En revenant un jour d'assister à une de ces opérations, je fis part à Pasteur de cette précaution qui fit sur lui une grande impression, et dont il parla pendant plusieurs jours à tous les médecins qu'il rencontrait.

C'est à partir de cette époque que les chirurgiens commencèrent à se servir de ces gants.

Pour lui-même je ne l'ai jamais vu porter un gant quelconque de peau ou d'étoffe dans la vie courante, même l'hiver, sauf une fois cependant lors du IIme Congrès International de Médecine à Copenhague, où il y eut une réception que le Roi devait honorer de sa présence. Tout le monde était ganté de blanc, même Pasteur. Mais je dus, quand on annonça S. M. Christian, retirer à Pasteur celui de la main droite, suivant l'étiquette qui veut que la main soit nue au cas où le Roi vous tende la sienne.

Autrefois, la poignée de mains (il y a 50 ans), était beaucoup moins fréquente qu'actuellement. J'ai conservé de mon passage auprès de Pasteur la phobie de cette pratique. Lorsque, en passant dans la cour des Ecoles, je vois un enfant venant la main tendue, je me demande ce que Pasteur en penserait.

Je maudis en moi-même cette manifestation qui s'est généralisée, sans qu'on en ait envisagé les conséquences. Si on comprend davantage les dangers d'embrasser les enfants, on n'a jamais songé au risque des étreintes des mains, et les parents eux-mêmes sont mortifiés quand un petit récalcitrant refuse d'obéir à leur ordre : « donne la main au Monsieur, à la Dame ! »

Au moment de l'épidémie de grippe à la fin de la guerre, je refusais systématiquement la main à tous ceux qui me la tendait en leur disant : « Songez donc qu'une personne qui a la grippe vient de toucher sa moustache, et certainement la poignée de mains est un des meilleurs agents de contagion de cette maladie ».

Lorsque je monte dans un tramway, je laisse toujours les autres personnes monter dans la voiture ; j'attends qu'elle soit bien arrêtée ; on croit que c'est par amabilité, et c'est tout simplement pour ne pas avoir à m'aider de la main et ne pas toucher le point que tout le monde a pu contaminer.

On touche une porte pour l'ouvrir toujours au même endroit en tournant le bouton, et pour la fermer, on la tire toujours également à la même place : heureusement que sur certaines portes on a mis une plaque de verre qu'on est obligé de laver de temps en temps.

C'est Pasteur qui, le premier, a obtenu de son boulanger qu'il mette du papier autour du pain pour le transporter. Je me souviens de ses démarches à ce sujet.

La main doit jouer un rôle prépondérant dans la propagation d'un grand nombre de maladies, et on a oublié de l'incriminer. On cherche les porteurs de germes ; pourquoi ne pas chercher à éviter les transporteurs de germes par la poignée de mains ? Il n'y a pas que le baiser qui tue. Une de mes obsessions d'enfance est celle d'un professeur de la Faculté des Lettres de Lyon qui, lorsqu'il arrivait chez mes parents, se précipitait sur mon front pour y déposer un baiser tout mouillé ; heureusement, cette habitude d'embrasser les enfants tend à devenir moins intensive. Il y a eu pour cela des campagnes qui pourraient, à l'avantage général, se renouveler au sujet de la poignée de mains.

Les mânes de Pasteur y applaudiraient.

On la remplacerait par une formule gracieuse et courtoise dont on prendrait l'habitude et qui serait tout aussi symbolique que, disons le mot, la redoutable poignée de mains.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement des ostéites des maxillaires d'origine dentaire par le bactériophage

Par M. DECHAUME
Stomatologiste des Hôpitaux

Il ne semble pas que le bactériophage ait la place qu'il mérite dans la thérapeutique des ostéites des maxillaires.

Cette méthode a cependant l'immense avantage de restreindre les indications du traitement chirurgical et ainsi, de limiter au minimum les délabrements osseux.

Nous venons, après d'autres, de publier huit observations probantes (1). Plutôt que de les reproduire, nous préférons rapporter un nouveau cas inédit :

M. D..., 48 ans, nous est adressé, le 6 avril 1936, par son médecin, avec une suppuration persistante du maxillaire inférieur, pour avis, et au besoin intervention.

L'interrogatoire nous apprend que les accidents ont débuté le 18 *août* 1935, par des douleurs des incisives, canines, prémolaires et molaires inférieures droites, l'incisive latérale inférieure droite étant la plus douloureuse (spontanément, au choc...).

Le malade n'y prêta d'abord que peu d'attention. Trois jours plus tard apparut une tuméfaction périmandibulaire. Cinq à six jours après, il consulta un dentiste qui fit l'extraction de la canine, des prémolaires, et de la première grosse molaire inférieure droite. Il n'y eut aucune amélioration.

Le 24 août, un chirurgien incisa l'abcès par voie cutanée. La cicatrisation se fit en quinze jours après élimination de séquestres par la bouche.

Le 25 septembre, nouvelle tuméfaction, incisée après traitement avec des compresses chaudes.

En octobre, il aurait fait une scarlatine (angine, éruption, desquamation en doigts de gant des mains et des pieds, jusqu'en novembre).

Depuis la suppuration persiste par la bouche et la fistule cutanée.

La radiographie qu'il nous apporte est accompagnée du commentaire suivant donné par le radiographe :

« Présence dans l'épaisseur de la partie droite du maxillaire d'une dent de sagesse incluse dont seule la partie antérieure de la couronne dépasse à peine d'un millimètre le rebord supérieur osseux du maxillaire. Cette dent de sagesse est tellement enfoncée dans le maxillaire que ses racines sont séparées du rebord inférieur du maxillaire de 2 mm. au plus. Ostéite étendue en avant des racines de cette dent de sagesse et en dessous de la dent la précédant (deuxième grosse molaire). Il est plus que probable que les lésions étendues de la partie droite et inférieure du maxillaire, sont dues à l'inclusion de cette dent de sagesse. »

Le malade est décidé à une intervention. Avant de l'accepter nous procédons à l'examen. Extérieurement, après ablation du pansement nécessité par l'abondance de la suppuration nous constatons une déformation importante de la face, du fait d'une volumineuse tuméfaction de la partie moyenne de la branche horizontale droite du maxillaire inférieure. Sous le bord inférieur de l'os existe une incision de 4 cm. de long encore fistulisée, par où s'écoule du pus en abondance. L'exploration de la plaie conduit sur l'os. La palpation douloureuse confirme l'épaississement considérable de la partie moyenne de la mandibule.

Hypoesthésie manifeste dans le territoire du nerf mentonnier.

L'ouverture de la bouche se fait facilement.

Sur l'arcade sont absentes la première grosse molaire, les deux prémolaires et la canine. Le rebord alvéolaire à ce niveau présente une large fistule par où sourd du pus. L'exploration avec un stylet conduit sur l'os dénudé.

La dent de 12 ans indemne de carie est à peine mobile. La dent de sagesse est complètement incluse : aucune douleur à son contact.

L'incisive latérale inférieure droite est mobile, mortifiée. Après examen de la radiographie, nous arrivons au diagnostic suivant :

— ostéite du maxillaire consécutive à des complications de carie dentaire et à un phlegmon périmandibulaire ; séquestre basilaire ;

— la dent de 12 ans et la dent de sagesse ne sont pas en rapport avec le foyer d'ostéite ;

— l'incisive latérale par contre est une cause d'infection.

Bien que l'examen général ne révèle aucun antécédent, nous demandons par prudence une réaction de Wassermann qui se montre négative.

Nous décidons alors le traitement par des instillations de bactériophage, après extraction de l'incisive latérale inférieure droite.

La première est faite le 6 avril.

Dès le 8 avril nous constatons une amélioration manifeste.

Avec une petite incision de débridement, sous anesthésie locale au chlorure d'éthyle, nous enlevons facilement un volumineux séquestre basilaire.

Les 10, 16, 21, 23 avril, nouvelles instillations de bactériophage avec amélioration continue.

Le 27, la plaie cutanée est fermée, on enlève un séquestre par voie endobuccale.

Le 4 mai, nouveau séquestre enlevé par voie endobuccale.

Le 11 mai, la cicatrisation de la plaie buccale est presque terminée. La sensibilité est normale dans le territoire du nerf mentonnier.

La guérison se maintient depuis.

Si nous envisageons ce que le traitement chirurgical aurait donné dans ce cas, nous sommes en droit de supposer qu'il exposait le patient à une fracture du maxillaire, peut-être même à une pseudarthrose et à la nécessité d'extraire les deux molaires.

Par ailleurs il obligeait à une hospitalisation, tandis que le malade a pu continuer sans arrêt ses occupations. Cet avantage mérite d'être souligné.

La technique de l'application du bactériophage est extrêmement simple. Nous utilisons toujours du stock bactépyophage, car le pus d'origine dentaire contient habituellement des germes variés. Très exceptionnellement nous avons employé le bactéstaphyphage ou un autobactériophage.

Lorsque le patient vient *avant drainage ou fistulisation de l'abcès*, on le ponctionne avec une aiguille d'assez gros calibre (1), on évacue le pus, puis on fait un lavage de la cavité avec 1 ou 2 c. c. de bactépyophage. Il est rarement besoin d'une plus grosse quantité. Sinon on peut diluer une ampoule de 2 c. c. dans quelques centimètres cubes d'eau bouillie refroidie à la température du corps. Le lavage doit être fait sous faible pression sans provoquer de distension, ni de douleur. Il faut simplement veiller à ce que le liquide baigne tous les points de la cavité de l'abcès : comme le disent d'Hérelle et Peyre (2), le bactériophage pour agir doit entrer en contact avec la bactérie.

Avant de retirer l'aiguille, on aura soin d'évacuer l'excès de liquide.

Si le patient se présente seulement *lorsque l'abcès est fistulisé ou drainé*, il suffit de faire un lavage par les orifices fistuleux ou de drainage, avec une seringue de Luer de 2 c. c. et une aiguille malléable à bout mousse. L'aiguille est introduite avec douceur le plus profondément possible, puis on commence à pousser doucement l'injection et l'on continue en retirant lentement l'aiguille.

(1) Société de stomatologie, Paris, 19 mai 1936.

(1) Si l'abcès est trop important, il est plus sage de faire un drainage filiforme.

(2) *Revue Odontologique*, mai 1936, p. 359.

Nous ne voyons pas d'avantage à laisser en place dans la cavité de suppuration des mèches imbibées de bactépyophage.

L'instillation sera répétée tous les deux jours, une dizaine d'injections au maximum suffisent à assurer la guérison.

Durant toute la durée du traitement, il est indispensable de *supprimer tout antiseptique local* et toute autre médication. Et comme le bactériophage n'agit pas en milieu acide, il est préférable d'ordonner au malade *des bains de bouche alcalins* avec du bicarbonate de soude, si l'abcès est ouvert dans la cavité buccale.

Les instillations ne s'accompagnent *d'aucune réaction locale ou générale.*

Les *résultats* sont ordinairement très rapides. La suppuration diminue dès les premières injections. Puis la séquestration paraît se précipiter lorsqu'elle doit se faire. On « cueille » les séquestres lorsqu'ils sont mobiles.

En deux à trois semaines, un mois au plus, tout rentre dans l'ordre. Etant bien entendu qu'on a éliminé toute cause susceptible d'entretenir la suppuration soit locale (dent mortifiée, débris de racine), soit générale (syphilis, diabète...).

En cas d'échec, il faut alors essayer d'autres thérapeutiques : chirurgie, iodure (si l'on suspecte une mycose), anatoxine, ozone...

Reste à préciser les *indications du bactériophage* : c'est à notre avis tous les cas de suppuration maxillaire centrale ou corticale, d'origine dentaire, après échec du traitement causal.

Quant aux ostéomyélites vraies des maxillaires — à staphylocoques — qui frappent les enfants et ne sont pas consécutives à des infections dentaires, la question est plus délicate.

Si on les voit à la période de début avant la fistulisation franche, le traitement par l'anatoxine est parfois préférable.

Lorsqu'ils viennent plus tard, lorsque les phénomènes fébriles sont moins marqués, et que la fistulisation est bien établie, on peut employer le bactériophage, quitte à recourir à l'anatoxine plus tard, si le bactériophage s'avère insuffisant.

Au risque de paraître paradoxal, après avoir traité avec succès un certain nombre d'ostéites graves des maxillaires nous arrivons à penser que leur traitement doit être plus médical que chirurgical. Du point de vue opératoire, il faut se contenter de « cueillir » les séquestres.

Il peut paraître exagéré à certains d'être aussi économe, sinon avare, de « coups de curette ». A ceux-là nous conseillons, négligeant le côté esthétique, qui a cependant son importance, de s'intéresser aux questions d'appareillage des pertes de substance et des pseudarthroses des maxillaires. Ils en réaliseront les difficultés pour le technicien, les désagréments pour le malade. Ils pourront ainsi se convaincre que la prothèse n'est qu'un pis-aller et qu'il faut tout tenter pour éviter qu'elle ne soit nécessaire.

« Qu'un modeste médecin paye au fisc, pour une simple place dans un garage commun, une patente de 1.850 francs par an, c'est-à-dire 650 francs de plus qu'au garagiste lui-même qui a construit le garage et a la charge de son entretien, c'est ce qu'aucun grand argentier digne de ce nom ne peut excuser. »

(*Le Matin*, 14 juillet 1936).

« Nos hôpitaux sont aujourd'hui mieux tenus que certaines cliniques. On ne doit jamais hésiter à y recourir. »

(Edouard Helsey. — *Le Journal*).

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL BROCA

Service de M. Arnault Tzanck

Les Purpuras (1)

Par M. A. DREYFUS

Le purpura est la manifestation clinique d'une hémorragie cutanée. Au point de vue dermatologique, il se manifeste sous forme de pétéchies, grandes comme une tête d'épingle ou une lentille, — d'ecchymoses de plus grande taille et de forme quelconque, — et, aurait-on ajouté autrefois, de vibices, c'est-à-dire d'ecchymoses allongées en stries ou en sillons ; mais ce terme n'est plus guère employé. Il faut y ajouter la possibilité d'un purpura des muqueuses directement accessibles à la vue.

Le purpura se localise volontiers à la moitié inférieure du corps, et il y prédomine toujours, du moins chez les sujets non alités.

Après lui, le purpura laisse souvent une pigmentation, pigment ocre, contenant du fer et qui finit à son tour par disparaître.

Enfin, il faut savoir que l'éruption purpurique peut-être accompagnée d'autres éléments érythémateux ou papuleux ; dans ce cas, le diagnostic peut n'être pas évident, la vitro-pression montre la persistance des taches purpuriques et permet d'affirmer la nature hémorragique de l'éruption.

Tel est le purpura. Se borne-t-il à la peau ? C'est le purpura simplex. S'accompagne-t-il d'hémorragies muqueuses ou viscérales ? C'est le purpura hémorragique. Et, fait paradoxal, ces hémorragies existent-elles seules, on continuera volontiers à parler de purpura hémorragique, malgré l'absence de purpura au sens dermatologique du terme. C'est qu'avec ou sans manifestation cutanée, tous ces symptômes ont une unité lésionnelle, toutes sont, comme nous allons le voir, des hémorragies d'origine endothéliale.

Mais du point de vue symptomatique, la description du purpura serait incomplète si on n'y joignait la mention des signes hématologiques, ces signes sont bien connus ; ce sont : l'allongement du temps de saignement, le purpura provoqué par un lacet (signe du lacet), la diminution des plaquettes sanguines, l'intégrité du temps de la coagulation, mais l'anomalie de celle-ci, le caillot étant irrétractile.

Voilà quatre signes. Comment faut-il les comprendre ? Assurément pas comme l'explication de l'hémorragie même. Pas davantage comme la preuve que la maladie serait à la fois endothéliale (ce que traduirait l'allongement du temps de saignement et le signe du lacet) et plasmatique (ce qui serait indiqué par les deux derniers signes : la thrombopénie et l'irrétractilité du caillot).

Non, ces signes sont simplement des signes d'intensité et des signes d'extension.

(1) Leçon faite le 4 juin 1936, recueillie et résumée par Mme le Docteur Rodzewitch.

L'allongement de temps de saignement, le signe du lacet traduisent la fragilité et la réponse anormale des capillaires ; ce sont des symptômes comme le purpura lui-même, mais des symptômes plus fins, infra-cliniques si l'on veut, et qui indiquent que le purpura se serait produit pour des sollicitations plus faibles que celles qui l'ont créé en clinique.

Les deux derniers signes : thrombopénie et irrétractilité du caillot n'en font qu'un, car l'irrétractilité du caillot est conditionnée par la thrombopénie. Cette dernière indique la participation à la maladie des endothéliums des organes hémopoïétiques et en particulier des cellules endothéliales des sinus de la rate, cellules qui, on le sait aujourd'hui, fournissent la majeure partie des plaquettes sanguines.

Vous voilà donc en possession de données suffisantes, cliniques et hématologiques, pour faire en présence d'un purpura un diagnostic d'extension et un diagnostic d'intensité ; il faut entrer plus avant dans la question.

Je vous ai dit que le purpura était une maladie hémorragique d'origine endothéliale. Il faut encore vous pénétrer de cette notion que le sang est retenu dans les capillaires non pas passivement, mais activement, par l'action concomitante d'un endothélium vivant et normal et par les propriétés du plasma, en premier lieu la coagulation. Ces deux actions se complètent et se suppléent dans une certaine mesure, mais pas suffisamment en général, et si l'une d'elles vient à manquer, le sang sortira passivement des capillaires ; ceci vous explique le prétendu mystère des hémorragies spontanées du purpura : en réalité, dès qu'il y a lésion endothéliale, toutes les hémorragies sont spontanées, ce n'est qu'une question de degré.

Le sang ne demeure donc dans les capillaires que par l'intervention active et spécifique des cellules endothéliales. Le problème étiologique sera donc de savoir comment cette intervention peut être suspendue. Or, nous pouvons imaginer cette suspension de plusieurs manières :

— d'abord, la cellule endothéliale peut être attaquée par un agent extérieur, un toxique, poison ou microbe, à tropisme endothélial ;

— ou bien, la cellule endothéliale peut cesser d'exercer son action spécifique, soit parce qu'elle se reproduit activement (la loi de Prenant nous apprend que la fonction spécifique d'une cellule est suspendue pendant la mitose), soit parce qu'elle est « appelée à d'autres fonctions » et qu'elle doit suppléer une autre lignée cellulaire ;

— enfin, sur une cellule endothéliale en « mauvaise santé », mais fonctionnant tant bien que mal, une cause quelconque, minime souvent, peut créer un trouble semblable par une véritable inhibition dont nous avons tant d'exemples en pathologie.

Ce seront donc trois sortes de purpuras :

Purpuras toxiques,
Purpuras dystrophiques,
Purpuras réactionnels.

Nous les étudierons successivement, en commençant par le purpura dystrophique, parce qu'il est le plus fréquent.

Le purpura dystrophique résulte, avons-nous dit, du fait que la cellule endothéliale suspend sa fonction spécifique soit parce qu'elle se reproduit activement, soit parce qu'elle supplée une autre lignée cellulaire.

La reproduction active de la cellule endothéliale peut être le résultat d'une anomalie congénitale, d'une véritable tendance nævique de cette cellule ; aussi rangera-t-on une première classe de ces dystrophies sous le nom de dystrophie nævique ou mieux de génodystrophie.

Cette prolifération peut être provoquée par une cause extérieure tonique ou infectieuse, et en somme, comparée à une véritable cicatrice ; nous appelons ces dystrophies « cicatricielles », on pourrait aussi les appeler « apédiotiques », pour indiquer que la cause qui a provoqué la prolifération n'agit plus spécifiquement, et que la lésion actuelle est semblable à elle-même quelle qu'ait été la cause provocatrice.

Enfin, le remplacement de la lignée endothéliale par une autre lignée donnera la série des dystrophies « métaplastiques ».

Quoi qu'il en soit, tous les purpuras rangés dans cette classe ont pour caractère commun d'être proportionnels dans leur gravité clinique à l'extension des lésions anatomiques, et d'autre part, de se présenter sous des formes localisées ou généralisées. Nous verrons que ces caractères ne se retrouvent pas également dans les autres classes.

Je ne prétends par ici vous exposer dans le détail chacun des types cliniques réalisés par ces différentes classes. Je veux simplement vous montrer comment on passe de l'une à l'autre des formes par une simple extension des lésions.

Prenons par exemple les génodystrophies, dont le type est représenté par l'angiome, cette tumeur vasculaire fragile et facilement saignante.

— Le type élémentaire, c'est la télangiectasie localisée, d'un seul capillaire si l'on veut, et qui, spontanément ou non, vous donnera de temps à autre une tache purpurique.

— Généralisez cette atteinte, imaginez que tous les capillaires cutanés et muqueux soient atteints, vous aurez la télangiectasie hémorragique d'Osler-Rendu, maladie héréditaire que caractérisent télangiectasies, purpura et hémorragies buccales ou nasales.

— Supposez au contraire que ce soient surtout les capillaires centraux des organes homopoïétiques qui soient atteints, vous aurez une affection caractérisée par purpura et hémorragies, mais aussi par la thrombopénie et l'irrétractilité du caillot. C'est ce qu'on appelle le purpura chronique récidivant, la thrombopénie essentielle, l'hémogénie enfin, et comme ici les lésions prédominent à la rate, vous comprendrez que la splénectomie guérisse ces malades.

Passons aux purpuras cicatriciels : sous sa forme la plus simple et la plus localisée, c'est cette « capillarite » que vous voyez sur les membres inférieurs d'anciens syphilitiques et qui est génératrice de purpura, de pigmentation ocre et parfois d'ulcérations ; mais mille inflammations peuvent la causer, voire la simple sénilité par sclérose et atrophie : on appelle cela alors le « purpura senilis de Bateman » ; vous en voyez l'origine.

Imaginez maintenant cette même lésion sur les capillaires centraux, sur la rate par exemple ; imaginez qu'elle s'étende jusqu'aux cellules de Kupfer qui, vous le savez, sont les cellules endothéliales des capillaires sinusoïdes du foie : vous aurez soit la splénomégalie hémorragique, soit la cirrhose du foie avec son syndrome hémorragique bien connu.

Enfin, restent les purpuras métaplastiques : dans quelques maladies du sang, tout l'appareil hémopoïétique est détourné de son but : ainsi dans la leucémie aiguë, toutes les lignées se mettent à fabriquer des globules blancs ; à la période terminale de l'anémie pernicieuse, toutes font des globules rouges, les cellules endothéliales participent à ce débauchage. Résultat : le syndrome hémorragique qu'on observe dans ces deux maladies ; on pourrait en citer bien d'autres d'ailleurs.

Passons aux purpuras toxiques, c'est-à-dire aux purpuras imposés à l'organisme par un toxique, microbe ou poison. Tous ces purpuras auront des caractères communs, et le moindre ne sera pas que, là encore, les symptômes seront d'une gravité proportionnelle à celle des lésions anatomi-

ques, ces lésions étant elles-mêmes proportionnelles à la quantité du toxique en cause. Mais un caractère opposera ces purpuras aux précédents, et les formes de purpuras toxiques se distingueront les unes des autres par leur plus ou moins grande intensité ; mais toutes seront généralisées d'emblée.

A vrai dire, les purpuras toxiques ne sont pas très fréquents. Il y a quelques années, on n'aurait pas hésité, et on aurait pris comme type de description le purpura benzolique : je vous expliquerai tout à l'heure que le purpura benzolique n'est pas un purpura toxique, mais un purpura réactionnel. Il ne nous reste que des raretés, au moins relatives. Sont purpuras toxiques : le purpura consécutif à de trop fortes irradiations rœntgenniennes, ou à la manipulation de substances radioactives. A son moindre degré, cette intoxication se traduit par de l'anémie et quelques taches purpuriques, une hémorragie discrète peut-être, et il y a tous les intermédiaires entre cette forme minime et qui guérira si on soustrait le malade à l'intoxication, et les formes graves où l'anémie devient pernicieuse, les hémorragies multiples et itératives, où en un mot s'installe le tableau d'une aleucie hémorragique au-dessus de tout secours thérapeutique, et que nous verrons être réalisée plus souvent encore par les purpuras réactionnels.

A côté de ces purpuras, il faut faire place, dans le cadre des purpuras toxiques, à ceux qui se voient dans certaines infections hémorragipares, la variole par exemple. Ici, il faut distinguer soigneusement ces cas hémorragiques de par une qualité spéciale du virus (ce que démontre l'existence d'épidémies de variole hémorragique) et un syndrome hémorragique qui peut se surajouter à toute infection, pour peu que le terrain y prête, ces cas relevant des purpuras réactionnels que nous verrons tout à l'heure.

Je ne voudrais pas terminer ces purpuras toxiques sans vous dire un mot du scorbut qui en fait assurément partie. Il ne faut pas s'étonner de voir une carence entrer dans le cadre des intoxications ; on imagine fort bien en effet qu'un poison produit par le fonctionnement normal de l'organisme ne puisse être neutralisé que par la vitamine C, véritable contre-poison. Le scorbut est un purpura toxique par carence de ce contre-poison.

Il nous reste à étudier les purpuras d'intolérance, champ fort étendu où nous allons tenter de placer quelques jalons. Nous avons vu qu'on pouvait l'assimiler à une inhibition de la cellule endothéliale, mais cette inhibition n'est pas toujours pure, et elle peut s'associer à d'autres inhibitions de l'appareil hémopoïétique, par exemple à celles de la lignée génératrice des globules rouges et à celles de la lignée myéloïde ou granulocytaire.

Si cette inhibition est totale, on aura l'aleucie hémorragique, ou mieux anérythroleucie hémorragique, syndrome que caractérise l'association d'une anémie pernicieuse aplastique, d'une agranulocytose, d'où infection et en particulier angine et stomatite gangréneuse, et enfin un syndrome de purpura hémorragique.

Ce tableau complexe est celui du purpura benzolique, mais il ne s'agit pas là d'intoxication, car les sujets qui en sont frappés sont presque toujours des sujets soumis depuis peu à l'intoxication, alors que les vieux ouvriers sont indemnes ; souvent, ces sujets ont cessé le travail toxique depuis des semaines ou des mois, et bien d'autres raisons que je n'ai pas le loisir de détailler. J'ajouterai seulement qu'un même aspect clinique peut être réalisé au cours de la chimiothérapie par l'or, l'arsenic, etc., voire en dehors de toutes causes connues.

Le purpura peut être associé à l'agranulocytose, sans atteinte de la série rouge ; le pronostic est alors sévère, mais non absolument fatal. Enfin, l'inhibition peut porter sur la seule lignée endothéliale, ce qui est au fond bien plus fréquent.

D'innombrables aspects cliniques peuvent être réalisés selon l'extension, l'évolution de ces purpuras. J'insisterai sur une seul, celui où ce purpura d'intolérance s'associe à d'autres signes d'intolérance : angine, arthralgies, urticaire, et réalise ainsi ce qu'on appelle le purpura rhumatoïde. Je vous rappelle la fréquence des complications rénales (albuminurie, hématurie) associées à ce purpura. La pathogénie vous en apparaît avec évidence : il s'agit d'intolérance rénale.

Bien entendu, tous ces purpuras peuvent reconnaître des réactogènes de toutes sortes. Je vous rappelle quelques-uns d'entre eux : novar, or, sérum thérapeutique, infections diverses, « intoxication » alimentaire.

Mais vous auriez du purpura réactionnel une idée incomplète si vous ne vous rappeliez pas qu'il survient presque toujours chez un sujet porteur d'une dystrophie endothéliale, mais discrète et souvent latente.

Par exemple, un sujet présente un syndrome purpurique après la troisième piqûre de novarsénobenzol. En l'interrogeant, on met en évidence soit qu'il est porteur d'un angiome ancien, soit qu'il a présenté antérieurement des taches purpuriques à un moment donné ; s'il s'agit d'une femme, elle a eu des règles prolongées. Ces petits signes attestent une dystrophie souvent très discrète.

On a fait une expérience inverse : on a mesuré le temps de saignement chez un certain nombre des sujets traités au novarsénobenzol, et on a constaté que ceux qui présentaient des manifestations purpuriques avaient eu un temps de saignement prolongé.

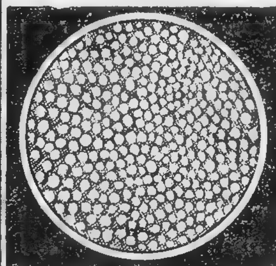
Comment peut-on rechercher la prédisposition purpurique si le temps de saignement est normal ? On doit pratiquer alors l'examen du nombre et des dimensions des plaquettes sanguines. Chez les purpuriques, le nombre des plaquettes n'est parfois pas diminué, mais la dimension de beaucoup d'entre elles est au-dessus de la normale, plus grande que 5 μ. Il est aussi utile de rechercher les petits stigmates purpuriques dont la présence varie d'un moment à l'autre ; ainsi, le signe du lacet n'est mis en évidence chez la femme qu'à l'époque menstruelle, chez l'homme qu'à la période digestive.

Le diagnostic de purpura, au point de vue dermatologique, n'est pas difficile ; les pétéchies et les ecchymoses sont trop typiques et ne prêtent pas à confusion avec d'autres infections cutanées ou muqueuses.

En présence d'une forme purement hémorragique, on discutera l'hémophilie, qui a ses signes propres et est d'ordinaire familiale. L'hémophilie sporadique est une rareté. Parmi les pseudo-hémophilies, il faut surtout retenir la pseudo-hémophilie des hépatiques. Nous avons vu l'existence d'un syndrome purpurique chez ces malades ; il s'y ajoute souvent un syndrome hémophilique dû à l'atteinte concomitante de la cellule hépatique. Le pronostic de ces cas est évidemment très grave.

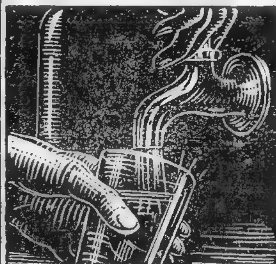
Il faut encore savoir en présence d'un purpura s'il est dystrophique, toxique ou réactionnel. Je ne m'étendrai pas sur cette question dont la solution résulte au fond de tout ce que je vous ai dit. Je vous rappellerai que le purpura réactionnel peut assumer tous les signes d'une lésion organique, mais d'ordinaire, pendant la crise seulement ; en dehors de la crise, ces signes disparaissent ou s'atténuent grandement, la tendance hémorragique n'est pas permanente et là est la signature de l'intolérance.

Mais bien plus que de faire entrer ces cas dans tel ou te tiroir, ce qu'il s'agit de faire, c'est d'établir un véritable


Goutte de Loraga dans laquelle on se rend compte de la ténuité et de la régularité des globules d'huile de paraffine, constituant une véritable émulsion très homogène.

LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine


Pour les malades aimant absorber leur médicament dans de l'eau : une cuillerée à soupe de Loraga dans un verre, ajouter de l'eau et boire le tout.

Régulateur physiologique de l'intestin

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

INDICATIONS : Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

TOLÉRANCE PARFAITE - AUCUNE ACTION SECONDAIRE
PAS D'ACCOUTUMANCE NI DE SUINTEMENT HUILEUX



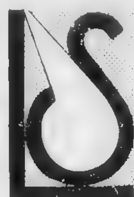
Pour les enfants qui répugnent, par principe, à prendre des médicaments : une ou deux cuillerées à café dans du lait.

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS

LABORATOIRES SUBSTANTIA
M. GUÉROULT, Pharmacien
13, Rue Pagès
SURESNES (Seine)



"Une émulsion doit couler aisément", dit le bon pharmacien. Le Loraga satisfait à cette exigence sous tous les climats.





BIBLIOGRAPHIE

Divers

La naissance de l'intelligence chez l'enfant, par Jean PIAGET, 1 vol. in-8°, 429 p. Prix : 40 francs. Delachaux et Niestlé, édit., 26, rue Saint-Dominique, Paris.

« Après avoir étudié jadis la *Logique de l'enfant* et sa *Représentation du monde*, c'est-à-dire les manifestations les plus caractéristiques de sa pensée réfléchie, nous nous sommes aperçus, dit l'auteur, en voulant poursuivre ces recherches, qu'elles demeuraient en quelque sorte suspendues dans le vide tant que l'on ne remontait pas aux sources de la raison en analysant les comportements intellectuels avant le langage lui-même. Avant de raisonner au moyen de la parole et de chercher à s'expliquer le monde par la réflexion, l'enfant agit, et son action, qui débute dès la naissance et se déploie avec une intensité particulière durant les deux premières années de l'existence, le contraint d'emblée à organiser son intelligence et à construire un univers.

Cette intelligence, bien q'elle demeure toute « pratique » ou « sensori-motrice », faute de langage et de réflexion abstraite, contient en germe la pensée ultérieure, de même que cet univers, dont les objets, l'espace, la causalité et le temps sont dus à la seule activité du sujet, détermine les représentations futures de la réalité.

C'est le produit de ces recherches sur les deux premières années de l'enfant que nous voudrions maintenant présenter au public........

...... Le présent volume sera suivi prochainement d'une seconde publication intitulée : *La construction du réel chez l'enfant*. Ce second volume correspondra, sur le plan de l'intelligence pratique, à nos recherches antérieures sur *La représentation du monde* et *La causalité physique de l'enfant*, tandis que *La naissance de l'intelligence chez l'enfant* prolonge nos ouvrages anciens sur *Le langage et la pensée* et *Le jugement et le raisonnement* de l'enfant.

.... Enfin un petit livre sur *La genèse de l'imitation* chez l'enfant complétera ce tableau par une étude que nous avons séparée, pour les alléger des deux précédentes ».

« **Fille ou Garçon** » ?, par le Docteur Jules REGNAULT. 300 pages, Editions Médicis, 30, rue de Bellefond, Paris (IXe), 1936. Prix : 18 francs.

L'auteur aborde un problème vieux comme le monde et nous présente les diverses méthodes utilisées pour avoir fille ou garçon à volonté, pour faire le diagnostic précoce de la grossesse et connaître le sexe de l'enfant avant la naissance. Il examine les procédés préconisés par les livres sacrés (Loi de Manou, Bible, Talmud, etc.), par les sorcières, par des rois, par des empereurs, par des astrologues et enfin par des physiologistes.

L'obscurité régnant sur ces questions vient de ce que chacun n'a vu qu'une partie des influences en cause, alors que ces influences sont nombreuses. L'auteur « fait le point » et essaie de coordonner les diverses données du problème, dont les contradictions ne sont souvent qu'apparentes. Ce travail de synthèse, qui a demandé de nombreuses recherches, déblaie le terrain et *donne déjà des conclusions pratiques.*

L'ouvrage est égayé d'anecdotes humoristiques et illustré de dessins curieux.

Madame de Pompadour et son temps, par Alfred LEROY, Paris, Albin Michel, in-8°, 336 p., 32 pl. (20 francs).

Les premiers chapitres montrent les années d'enfance, l'adolescence studieuse et mondaine, le mariage, l'ascension et les faveurs royales.

Puis vient la vie de cour avec ses tristesses et ses joies, les cabales haineuses, les luttes épuisantes, les rivalités.

Spécialiste de l'histoire de l'art français au XVIIIe siècle, l'auteur célèbre le mécénat éclairé de la marquise. Il insiste sur le prestige des magiciens et des enchanteurs auprès de Mme de Pompadour, il discerne en elle cette soif de percer les mystères de l'au-delà, cette interrogation passionnée qui s'étaient emparés de la société entière ; il marque enfin son goût pour le théâtre.

La vie intime et sentimentale, les secrets d'alcôve, le Parc aux Cerfs ont retenu également Alfred Leroy.

Depuis l'ouvrage des Goncourt publié en 1860 et celui de Pierre de Nolhac paru en 1903, aucune étude d'ensemble n'avait été consacrée à Mme de Pompadour.

Charlemagne créateur d'Empire, par G.-P. BAKER. Traduit de l'anglais par le capitaine A. LAGEIX. Un vol in-8 de la *Bibliothèque historique*, avec cinq croquis. Prix 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Charlemagne, nom prestigieux qui a traversé les siècles sans rien perdre de sa gloire. Sur la sombre horreur de l'époque mérovingienne se détache, avec un relief saisissant, l'image du grand empereur d'Occident qui domine tout le Moyen-Age Digne héritier des Charles Martel et Pépin le Bref, formé aux méthodes de son ancêtre Arnoul, il a dépassé son époque de façon telle qu'il est entré dans la légende, presque immédiatement après sa mort, et est devenu le personnage central des chansons de geste.

A lire l'œuvre que G.-P. Baker lui a consacrée, on comprend mieux l'emprise que Charlemagne a exercée sur son temps. Son influence a été considérable et ses effets s'en font encore sentir aujourd'hui dans le degré de civilisation qui caractérise les différents peuples d'Europe. Il est le véritable créateur de l'Europe occidentale, car c'est à lui qu'est due la communauté spirituelle des peuples européens.

G.-P. Baker n'est pas un inconnu pour les lecteurs français. Son *Annibal* leur a fait apprécier ses solides qualités d'historien et le sentiment de la vie qui anime les tableaux qu'il brosse d'âges révolus.

Il a su faire ressortir dans le caractère de Charlemagne et dans ses actes de gouvernement tout ce qui le rapproche de nous, tout ce qui en fait un homme moderne, et pour reprendre une expression employée souvent à tort et à travers, « le premier grand Européen ». Comme Alexandre, César, Constantin, Louis XIV et Napoléon, Charlemagne a été un moment de l'Histoire du monde, tout l'avenir de l'humanité aurait été différent s'il n'avait pas existé. Il a été un grand conducteur de peuples, un organisateur aux vues larges et précises, un politique habile autant qu'un chef énergique. Il est à l'origine de la monarchie européenne. Il a donné au monde de son temps un idéal qui a trouvé sa plus noble expression dans la chevalerie du Moyen-Age, et aux chefs d'Etat des siècles futurs un exemple à méditer et à imiter.

Tableaux de la Vie antique, par Michel-I. ROSTOVTZEFF. Avant-propos et traduction de Robert BOUVIER. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque historique*, avec 30 croquis dans le texte. 15 francs Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Comment se passaient ces grandes fêtes religieuses, nationales et sportives de la Grèce antique qu'on appelait les Jeux Olympiques ? Quelle était l'existence des habitants de Pompéi et de Messine, toujours menacés par le Vésuve et l'Etna ? Q'ont été ces opulentes cités comme Palmyre et Pétra, créées par le commerce des caravanes ? Qu'est-ce que les papyrus trouvés au Lac Fayoum nous apprennent sur la vie, les travaux agricoles, les affaires et l'administration dans l'Egypte des Ptolémées ? Comment vivait-on chez les tribus scythes et dans les colonies grecques des côtes de la Mer Noire ? Voilà les questions que M. Rostovtzeff, l'un des plus éminents spécialistes de l'antiquité gréco-romaine, professeur d'archéologie classique à l'Université de Yale, s'est posées au cours de ses nombreux voyages en Méditerranée et dans le Proche-Orient. Les monuments, leurs inscriptions, les documents fournis par les fouilles récentes, et notamment les objets familiers, les portraits, les armes, les parures qu'on a trouvés en quantité dans les tombeaux, lui donnent les moyens de répondre. Avec toute la science d'un grand historien, en même temps que la bonhomie du touriste enthousiaste visiteur de ruine, l'auteur évoque sous nos yeux, non sans une étonnante précision de détails, la vie des hommes d'il y a deux mille ans : leurs faits et gestes extérieurs, costumes, guerres, négoce, fêtes, mais aussi leur caractère, leurs passions, leurs croyances, leur âme. Rarement tableau de la vie d'autrefois a mieux mérité le nom de résurrection. Les charmants croquis au trait, pris par l'auteur, soutiennent encore l'imagination évocatrice. M. Rostovtzeff avit composé ces récits primitivement pour un auditoire d'étudiants, mais ils intéresseront quiconque se plaît à connaître l'authentique manière de vivre des hommes d'autrefois. Quand un ouvrage sur l'antiquité, destinée au public cultivé, est fait par le plus grand historien de cette époque, il est une chose précieuse et rare. Tant qu'on verra paraître des livres comme celui-ci, les Grecs et les Romains ne courront pas le danger de tomber dans l'oubli.

Comme l'écrivait dernièrement un autre helléniste, M. Victor Martin : « Ce qui met M. Rostovtzeff hors de pair, c'est sa capacité d'interpréter historiquement les données de l'archéologie. Il y a chez lui une puissance d'imagination au service de la science qui est peu commune. Il coordonne des milliers de petits faits isolés et tire des vitrines poussiéreuses des musées des évocations saisissantes de la vie passée. »

Le Lycée Carnot, par Maurice COURTOIS-SUFFIT. 1 vol. de la collection « Collèges et Lycées », Gallimard, édit., 43, rue de Beaune, Paris.

Chacun trouvera dans les volumes de cette collection les impressions qu'ont éprouvées et que peuvent éprouver tous les élèves anciens et futurs. Mais bien des pages sont extra-scolaires et on prendra plaisir à leur lecture, même si on n'a jamais pénétré dans le collège dont il est question. Ces petits ouvrages sont des divertissements littéraires et des divertissements utiles : ils grouperont des amis et d'anciens amis autour d'un lieu et d'une idée.

Les étapes de l'éducation, par la Doctoresse Maria MONTESSORI. Un vol. in-12 de 46 pages. Prix 3 francs. Desclée de Brouwer et Cie, éditeurs, 76 *bis* et 78, rue des Saints-Pères, Paris (VIIe).

Texte de la remarquable conférence faite en Sorbonne par Mme Maria Montessori où la doctoresse précise certains points de son système, d'éducation, en même temps qu'elle annonce des travaux qui ne concerneront plus seulement le petit enfant, mais l'adolescent lui-même.

Revue des cours et conférences, paraît le 5 et le 30 de chaque mois. Abon. France : un an 60 francs, Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris. Sommaire du numéro du 30 juin 1936.

Marcel BLANCHARD : Saint-Simon et le Saint-Simonisme. E. TONNELAT : Le romantisme romantique en Allemagne après 1812 : Görres et le « Rheinischer Merkur ». Gaston BACHELARD : La dialectique de la-durée : La rythmanalyse. Paul YVON : Les crises de la morale et de la moralité, dans l'histoire de la civilisation et de la littérature des Pays Anglo-Saxons : L'évolution de la moralité, son reflet dans la littérature de 1710 à 1760. J. SEGOND : La signification de la tragédie : Le thème du héros. Gustave MICHAUT : La Bruyère : Le chapitre « des esprits forts ». Soutenance de thèses. Henri GUILLEMIN : Le centenaire de Jocelyn ».

Revue des Etudes Napoléoniennes. Abonn. : France : 100 francs. Ficker, éditeurs, 6, rue de Savoie, Paris.

Sommaire du numéro de juillet 1936 : E. Franceschini : La Corse sous Napoléon. Le gouvernement du général Morand. — J. Regnanet : La mobilisation et la concentration de 1815. — E. Driault : Un Républicain napoléonien : Armand Carrel (1800-1896). — Les consignes secrètes données à la marine anglaise pour la garde de Napoléon à Sainte-Hélène.

dosage et de dire ce qui revient à la dystrophie, à l'intolérance, à l'intoxication chez tel ou tel malade et c'est de ce dosage que dépendra votre conduite thérapeutique.

Vous disposez en effet, outre d'innombrables palliatifs, sans grande efficacité d'ailleurs, de deux procédés héroïques : la splénectomie et la transfusion.

La splénectomie n'est pas une opération qu'on ait le droit d'entreprendre à la légère ; vous la réserverez aux cas graves. De plus, elle tend à enlever un foyer dystrophique : vous la réserverez aux purpuras dystrophiques, et même parmi eux, à ceux-là seuls où la dystrophie porte sur les centres réticulo-endothéliaux, c'est-à-dire où vous trouverez une altération des plaquettes qualitative ou quantitative ; en dehors de ces cas, la splénectomie est inutile.

La transfusion s'applique en principe à tous les cas, mais vous en serez d'autant plus ménagers que la part réactionnelle sera plus grande dans votre purpura ; car celui qui fait un purpura réactionnel peut faire des réactions sérieuses après la transfusion, peut-être une nouvelle hémorragie (c'est ce qu'on appelle l'hémotrypsie). Vous imaginez le danger.

Vous voyez combien le traitement de ces purpuras est chose délicate. Il faut procéder par essais prudents et comme partout ailleurs, c'est une affaire de sens clinique. Mais vous avez, dans ce cas, quelques directives pour vous aider.

Cet exposé achevé, il me reste à vous dire la place qu'il occupe dans cette revue générale des maladies de la peau qui est l'objet du présent cours.

Les purpuras sont une terre commune à la dermatologie et à l'hématologie. Vous avez pu voir que malgré ce condominion, on ne les étudiait pas autrement que les maladies de la peau. Les disciplines qu'on vous a enseignées s'appliquent aussi bien ici, car ce sont des disciplines valables pour toute la médecine. Quelle que soit la branche étudiée, il faut établir cette triple distinction de la dystrophie, de l'intoxication et de l'intolérance, et se rappeler que cette dernière peut réaliser les mêmes aspects cliniques que les deux premières et cela en l'absence presque totale de support lésionnel.

Ce sont les mêmes problèmes diagnostiques qui se posent, et des conclusions thérapeutiques semblables qui en découlent. Ces grandes méthodes s'appliquent d'ailleurs à toutes les branches de l'hématologie, et en particulier aux anémies et aux leucopathies, comme nous le montrerons dans un précis d'hématologie en préparation.

Notre conclusion sera que la médecine est une ; c'est ce qu'on s'est toujours efforcé de vous enseigner dans cette Maison.

« Dans les épreuves fortuites que propose la vie, il suffit qu'un adolescent ait répondu à un fait même insignifiant en lui-même par cette conduite complexe qui suppose perspicacité, maîtrise de soi (même à l'état d'ébauche), et bonté, pour se qualifier en tant que futur médecin. Il suffit d'un frôlement sur un verre pour faire le diagnostic de cristal. »

(Luc DURTAIN, Docteur A. NEPVEU. Enquête sur la vocation médicale. *Hôpital*, n° 410-411.)

« La vocation est et ne peut être que subjective. Je pense qu'elle constitue un événement ultra-exceptionnel, si l'on donne au mot son plein sens, et, que, sauf inaptitude criante, elle ne doit jamais être contrariée. On ne lutte pas contre une vocation véritable et toute vocation rentrée est une source intarissable de rancœur.

(Docteur Pierre JOURDAN, Enquête sur la vocation médicale. *Hôpital*, n° 410-411.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Du rôle du système neuro-végétatif dans les réactions d'hypersensibilité

Dans les diverses réactions d'hypersensibilité se retrouvent les mêmes caractères histologiques : nécrose hémorragique et endothélite.

Les expériences d'anaphylaxie aiguë montrent l'importance des troubles vaso-moteurs. Ils sont aussi nets dans les manifestations locales de l'anaphylaxie et dans les manifestations hyperergiques, dans le phénomène d'Arthus et dans le phénomène de Koch. L'atteinte vasculaire macroscopique et histologique se retrouve dans les lésions de réinoculation tuberculeuse, et dans celles déterminées par l'injection intradermique de tuberculine. Boquet remarque que toutes les réactions dermiques provoquées par les extraits microbiens déterminent chez des sujets hypersensibles les mêmes lésions histologiques. Et Sézary étudiant l'histologie des nodules dermiques provoqués par les tests cutanés dans les maladies infectieuses subaiguës ou chroniques écrit : «Elles sont seulement la signature d'un état d'hypersensibilité ou d'intolérance, phénomène de Koch ou phénomène d'Arthus. »

Une autre modalité des réactions de sensibilité est fournie par le phénomène de Sanarelli Schwartzmann. J. Bordet admet que ce phénomène semble bien avoir des points communs avec celui de l'allergie et « que les connexions de l'allergie avec d'autres données se multiplient ».

***

L'intervention du système neuro-végétatif a été établie par Charles Richet pour le choc anaphylactique, par Tinel, Garreton, Santenoise pour les manifestations anaphylactiques chez l'homme. Elle a été invoquée par Lewis pour les réactions allergiques, entrevue par Gratia pour le phénomène de Schwartzmann.

Dans un travail récent, consacré à la pathogénie de la fièvre typhoïde, J. Reilly et ses collaborateurs ont montré que l'atteinte toxique ou physique du sympathique abdominal engendrait des lésions de nécrose hémorragique du tractus digestif. La similitude de telles lésions avec celles qui caractérisent les réactions allergiques ont retenu l'attention de J. Reilly.

Sous son inspiration Elie Friedmann a entrepris des expériences très intéressantes pour démontrer la part considérable du système neuro-végétatif dans le mécanisme de toutes les réactions d'hypersensibilité. Ces recherches sont réunies dans sa thèse : «Le rôle du système neuro-végétatif dans les réactions d'hypersensibilité » (Elie Friedman) (1).

Il a reproduit expérimentalement les lésions anaphylactiques par injection périsplanchnique de sérum hétérogène, les manifestations allergiques par injection périsplanchnique de tuberculine, d'antigène méthylique ou de trichophytine chez des animaux en état d'allergie. Ces résultats font ressortir, dans tous ces cas, le rôle du système neuro-végétatif.

L'auteur a pu obtenir des lésions d'hétéro-allergie hémorragique (comparable au phénomène de Schwartzmann) en préparant un organe déterminé avec une substance protéinique puis en irritant le splanchnique ou les filets sympathiques correspondant à cet organe à l'aide de la même substance ou d'un courant faradique. Ces résultats permettent d'affirmer que l'action de l'injection déchaînante ne s'exerce que par l'intermédiaire du système neuro-végétatif irrité.

(1 Thèse Paris, 1936. Jouve, éditeurs.

Ces expériences, outre leur propre intérêt, apportent une confirmation précise aux recherches et à l'hypothèse du Professeur R. Grégoire et R. Couvelaire qui considèrent que la pancréatite hémorragique, l'infarctus intestinal, l'apoplexie utérotubaire, la thrombose testiculaire « relèvent d'une cause identique qui est l'atteinte du système nerveux végétatif par un poison endogène ou exogène ». Un grand nombre d'infarctus viscéraux résulte de l'intervention du sytème neuro-végétatif dans leur déterminisme. Les recherches du Professeur M. Villaret, L. Justin Bezançon et Pierre Bardin viennent encore confirmer cette opinion.

***

Le mécanisme des troubles vasculaires dus à l'irritation du splanchnique par un agent toxi-infectieux ou à un procédé physique reste encore à préciser. Le nerf splanchnique possède une fonction vaso-dilatatrice que Tinel et Elie Friedmann étudient actuellement. Récemment Ungar, Contiadès et Grossiord ont montré que l'électrisation faradique du bout périphérique du splanchnique met en liberté des substances histaminiques. Or, l'histamine joue un rôle très important dans nombre de processus normaux ou pathologiques : tels la similitude du choc histaminique et du choc anaphylactique. Le déclenchement du choc anaphylactique est suivi d'une stimulation de la sécrétion gastrique due à la libération d'histamine. Les lésions de l'histamine ressemblent à celles qui sont provoquées par la libération locale des substances histaminiques. L'histamine, comme tous les imidazols étudiés successivement par notre maître, le Professeur Loeper, a une action sur l'appareil vasculaire tant *in vivo* qu'*in vitro*. Le Professeur Loeper, A. Lemaire, D. Mahoudeau et A. Lesure ont mis en évidence l'action hypotensive de l'histamine dans la genèse de certains troubles circulatoires graves et en particulier dans les accidents cardio-vasculaires de la fièvre typhoïde.

***

Les travaux de J. Reilly l'ont amené sur une voie de recherches très intéressantes. Elie Friedmann s'inspirant de cette idée a réalisé un travail qui lui fait honneur. La précision avec laquelle il a poursuivi ses multiples expériences, la synthèse qu'il a su en tirer lui ont permis d'affirmer que l'intervention du système neuro-végétatif rend compte de l'unité des troubles et des altérations observées dans les réactions d'hypersensibilité.

E. GILBRIN.

« La renommée d'un Péan, la fortune qu'on lui attribue, les honneurs qu'il a recueillis ont déterminé plus de vocations médicales que le goût des sciences biologiques ou le désir de se vouer à une profession utile à l'humanité entre toutes. Le lycéen est enthousiasmé à la pensée d'occuper dans la société un rang qu'il rêve prépondérant, en comptant les médecins connus, les médecins députés ou les médecins qualifiés de princes de la science. Il serait aussi utile de lui montrer la liste des médecins qui abandonnent leur profession, parce qu'elle ne suffit pas à les faire vivre, et même ceux qui abandonnent la vie, parce qu'ils ne se sont préparés qu'à une seule profession sans savoir s'ils y sont aptes et sans tenir compte de son encombrement qui ne rend la lutte possible qu'aux mieux armés ».

(Dr MICHAUT. — Pour devenir médecin. Un vol., 1899.)

« Il y a, et il y aura toujours en chirurgie, des échecs immérités, mais il y a, à coups sûr, des succès immérités. Les uns comme les autres doivent nous rappeler à la modestie, et nous tenir en constant éveil pour nous garder de ces innombrables petites fautes, qu'une éducation incomplète, une discipline qui se relâche, ou de mauvaises habitudes non combattues multiplient au cours d'une opération. »

(J. OKINCZYC. — Les petites règles de la chirurgie parfaite, 1 vol. 1936, Masson, édit.).

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

Il y a lieu d'abandonner, pour la paralysie faciale périphérique, cette appellation puérile de « a frigore » et d'affirmer que la maladie de Bell est due, réellement à une atteinte artérielle des vasa nervorum, méningée moyenne ou stylo-mastoïdienne, les deux, à la fois, dans certains cas.

La paralysie faciale se produira chaque fois qu'il existera un trouble dans les vaisseaux nourriciers du nerf, trouble qui peut être engendré par divers facteurs.

Quels sont ces facteurs ?

En premier lieu, l'artériosclérose, avec ou sans hypertension (le plus souvent, avec hypertension), c'est-à-dire une affection qui, par essence, provoque l'artérite ou l'endartérite, lésions faisant fonctions d'épines irritatives pour le sympathique qui, d'ailleurs, n'est jamais sain).

Lorsque la sclérose n'est pas appréciable par nos moyens de diagnostic, nous prononçons, alors, les mots de spasme simple. C'est aller un peu vite. Pour latente qu'elle soit, la lésion existe qui engendrera le spasme (qu'il s'agisse d'une simple hyperémie ou d'une atteinte cellulaire).

L'atteinte artérielle peut tenir à la syphilis.

Chez d'autres, cette atteinte sera engendrée par l'alcool, le paludisme, la typhoïde, la tuberculose même, tous facteurs pouvant aboutir à l'altération des vasa-nervorum.

La conséquence thérapeutique d'une pareille conception est facile à prévoir. Il faudra soigner un paralysé du facial comme on soigne un hémiparétique.

On mettra, immédiatement, les malades à l'acécoline à haute dose, associant à ce médicament l'hyposulfite de magnésium, le citrate de soude, le sulfate de soude, les purgatifs, les petites saignées et le régime doux sans sel.

Sans dédaigner l'électricité, il y a lieu de ne lui accorder qu'une foi relative.

Si le facial est simplement spasmé, il récupérera sa fonction, avec ou sans l'électricité. Si sa circulation est, définitivement, obstruée por une lésion scléreuse, tous les courants ne lui rendront pas sa vitalité.

(Victor Audibert, Charles Mattei et A. Paganelli. — La paralysie faciale périphérique dite « a frigore » est fonction d'une atteinte artérielle des vasa-nervorum. *La Presse Médicale*, 27 juin 1936.)

Lorsque le pus est collecté dans une plèvre, il est fréquent de noter un symptôme : c'est une douleur provoquée à la pression du deuxième espace intercostal, dans sa portion tout interne, contre le bord sternal, et du côté de l'épanchement.

On peut apprécier cette douleur par le palper simultané dans l'extrémité sternale des deux espaces homonymes. La comparaison avec le côté sain fournit à l'examen une précision toute particulière. Chez les sujets maigres, il est même possible de constater une rigidité de la paroi thoracique entre les côtes. Le symptôme évoque la contracture des spinaux dans l'épanchement pleural, ou celle des droits de l'abdomen dans les péritonites.

Il faut chercher l'explication de ce symptôme dans l'anatomie de la chaîne lymphatique mammaire interne. Cette chaîne présente, en effet, derrière le deuxième espace interchondral, son relais ganglionnaire le plus considérable et le plus constant.

Le territoire drainé par les collecteurs de cette chaîne est, d'ailleurs, très étendu. Soit dans son bief épigastrique, soit dans son bief mammaire, elle reçoit des afférents péritonéaux, pleuraux, diaphragmatiques, ceux des espaces intercostaux et ceux de la mammelle. Et le fait que la chaîne est profondément blottie sous le droit de l'abdomen ou le sternum, explique pourquoi l'on a méconnu les symptômes de son inflammation.

(R. Kaufmann. — Un signe clinique dans la pleurésie purulente. *Paris Médical*, 11 juillet 1936.)

En présence d'une oxalurie il faut songer à l'existence de parasites intestinaux et même de parasites microscopiques. On commencera par un examen des selles ; par la pré-

sence en excès de cristaux d'oxalates et de grains d'amidon intacts on se rendra déjà compte de l'existence de troubles de la sécrétion externe du pancréas. Si on ne trouve pas d'œufs ou de kystes de parasites, on répétera l'examen après « enrichissement » des selles. Une détermination de la glycémie montrera s'il existe des troubles du métabolisme des hydrates de carbone. Ce qui distingue l'oxalurie des vermineux de celle des diathésiques, c'est que le trouble pancréatique porte aussi bien sur la sécrétion externe que sur la sécrétion interne, alors que chez les diathésiques il ne porte que sur la dernière.

Si les examens coprologiques sont négatifs quant aux parasites, on remontera plus haut et, après épreuve de Meltzer Lyon, avec la sonde d'Einhorn, on les recherchera dans le liquide duodénal et dans les différentes variétés de bile.

(Ch.-J. Eink, Vittel. — De l'oxalurie d'origine parasitaire. *Paris Médical*, 18 juillet 1936.)

A la suite d'appendicectomie, deux femmes atteintes d'urticaire à type anaphylactique, ont guéri définitivement.

Ces deux faits soulèvent la question d'un *intermédiaire local* au déclenchement des phénomènes, et la possibilité de la guérison de l'urticaire par la suppression du fait local.

(R. Leriche. — Guérison définitive d'urticaire à type anaphylactique à la suite d'appendicectomie. *La Presse Médicale*, 6 juin 1936.)

Il existe indiscutablement chez l'adulte, surtout l'adulte jeune, des érythèmes noueux tuberculeux, en tout point comparables à ceux observés chez l'enfant.

Il existe indiscutablement aussi *chez l'adulte* un érythème noueux non tuberculeux, qu'il soit d'origine rhumatismale ou secondaire à des causes nombreuses de réaction cutanée : infections à distance, agissant peut-être par leurs toxines ou leurs protéines microbiennes, intolérances médicamenteuses, etc.

Il n'est donc pas possible, en l'état actuel des choses, de faire de l'existence d'un érythème noueux chez l'adulte un argument absolu en faveur de la nature tuberculeuse des symptômes qui l'accompagnent. Il faut au contraire interpréter ce symptôme cutané au même titre que tous les autres et chercher s'il est ou non en rapport avec une bacillose « incipiens », ce qui entraînera une attitude thérapeutique essentiellement différente d'un cas à l'autre.

(Paul Halbron et H.-Pierre Klotz. L'érythème noueux de l'adulte est-il toujours tuberculeux ? *Paris Médical*, 11 juillet 1936.)

Dans le groupe des crises syncopales, à côté des syncopes d'origine cardiaque ou d'origine comitiale, une place semble devoir être faite à une classe particulière de pertes de connaissance dont la caractéristique essentielle est de s'accompagner d'hypocalcémie et de s'améliorer sous l'influence d'une médication recalcifiante (chlorure de calcium, associé à la vitamine D, aux extraits parathyroïdiens ou aux ultra-violets).

(F. Kayser et H. Pierre Klotz. — Hypocalcémie et pertes de connaissance d'origine indéterminée. *Paris Médical*, 8 février 1936.)

Maladies infectieuses

L'anatoxine staphylococcique préparée grâce à une toxine active constitue le meilleur agent thérapeutique des staphylococcies cutanées. Elle en assure la guérison dans environ 70 p. 100 des cas. Jusqu'à présent les résultats sont incertains dans les staphylococcies graves et les pyonéphroses, défavorables dans les ostéomyélites.

Une bonne étude de l'action thérapeutique de l'anatoxine staphylococcique ne peut être faite qu'en s'appuyant sur des dosages humoraux de l'antitoxine spécifique.

Dans l'ensemble, la guérison après traitement coïncide avec une haute teneur du sérum en antitoxine spécifique, mais il y a quelques exceptions à cette règle.

Il faut connaître les réactions locales, focales, générales qui suivent l'injection d'anatoxine. Une technique rigoureuse doit être suivie. On ne peut se dispenser de l'injection d'épreuve d'une très petite dose d'anatoxine, car les réactions individuelles sont imprévisibles.

L'interprétation des résultats de cette thérapeutique amène à des hypothèses pathogéniques particulièrement intéressantes : certains auteurs ne voient dans l'action de l'antitoxine staphylococcique qu'une médication de choc non spécifique. M. G. Ramon voit au contraire à l'action rigoureusement spécifique de ce traitement. Pour lui, l'immunité antitoxique constitue l'élément unique de guérison. Cette opinion, qui tient compte de faits expérimentaux solides, paraît la plus rationnelle. Il est certain que dans l'ensemble la guérison s'établit après que le sujet possède une certaine teneur d'antitoxine dans son sérum.

Les cas peu nombreux, dans lesquels une guérison spontanée s'est installée sans apparition du pouvoir antitoxique du sérum, ceux dans lesquels la haute teneur en antitoxine n'influence nullement la marche continue et fatale de la maladie, ne suffisent pas à infirmer cette conception, mais ils laissent cependant à penser que des facteurs non déterminés jouent, à côté de l'immunité humorale, un rôle dans la guérison.

(Robert Debré, Henri Bonnet, S. Thieffry. L'anatoxine staphylococcique, son emploi dans le traitement des staphylococcies. *Paris Médical*, 6 juin 1936.)

Une petite épidémie familiale de psittacose a été observée, à Paris, par MM. Aujaleu et Jude, dans un appartement où vivaient plus ou moins intimement neuf personnes. Se sont déroulés les faits suivants :

Le 16 novembre, achat d'un couple de perruches.

Le 21 ou 22 novembre, maladie d'une des perruches, et trois ou quatre jours après, morsure de Mlle R... par la perruche malade. A partir du 2 décembre, développement chez Mlle R... d'une infection générale, d'emblée très grave, avec hémoculture négative à trois reprises, sans signes de localisation ; puis, sept jours après, apparition d'un foyer d'hépatisation du poumon droit. Mort le 12 décembre.

Le 8 décembre, un des employés qui travaillait avec Mlle R.., et qui lui avait rendu visite à plusieurs reprises pendant sa maladie, est atteint de broncho-pneumonie pseudo-lobaire avec température élevée et état général grave. Guérison.

Le 9 décembre, la perruche malade meurt. Elle est imprudemment maniée par une femme de chambre qui, huit jours plus tard, est atteinte d'une congestion pulmonaire de gravité moyenne. Guérison.

Le tableau clinique présenté par Mlle R..., la notion d'une morsure antérieure par une perruche malade, la succession des cas cliniquement analogues dans un même groupement, permettent d'affirmer la psittacose.

La contamination s'est effectuée par contagion directe chez les deux jeunes filles. Seule, Mlle R... a présenté une affection mortelle, confirmant une fois de plus ce que l'on sait de la gravité particulière des contaminations par morsure.

La perruche, origine de l'épidémie, était de provenance française.

Les mesures prophylactiques actuellement en cours ne visent que l'importation des psittacidés et de leurs dépouilles. Il conviendrait de les compléter par d'autres mesures et de soumettre, avant tout, les oiselleries à une surveillance sanitaire permanente.

(E. Aujaleu et A. Jude, Val-de-Grâce. *La Presse Médicale*, 4 juillet 1936.)

Clinique thérapeutique

Il semble que pour un hépato biliaire de moyenne gravité et dans des circonstances normales, la cure thermale trouve dans l'exercice musculaire un complément très remarquable dont l'équivalent semble difficile à trouver.

Autant un exercice violent, mal réglé, trop prolongé peut entraîner une fatigue intense avec des accidents tels que crises douloureuses, congestion du foie avec subictère et même ictère, crises d'acétonémie et de somnolence et même sommeil de plusieurs jours, autant un exercice très dosé, régulier, progressif, est susceptible de ramener la normale des fonctions et une sensation de bien être, avec comme corollaire la modification dans le sens physiologique des chiffres d'urée sanguine, de cholémie, de cholestérinémie, de glycémie, résultat que n'obtient pas habituellement la cure thermale pure et simple.

L'exercice musculaire ne peut cependant pas tout, et dans les cas, à la vérité plus rares, où, par suite d'une susceptibilité particulière de l'organisme ou à l'occasion d'un orage ou de la chaleur, la cure thermale réveille ou déclenche des accidents de sensibilisation, l'exercice musculaire ne suffit plus et l'on a intérêt à recourir alors aux hormones anti-allergiques, telles que extraits hypophysaires, cortico-surrénale, paratyrone : hypophyse, surrénale, parathyroïdes.

(Parturier, Fauqué et Nenon. Valeur régulatrice de l'exercice musculaire sur les métabolismes chez les hépato-bilaires. *Paris Médical*, 11 juillet 1936.)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Clinique médicale

Les avitaminoses aiguës, telles que le scorbut, le béri-béri, la pellagre, la xérophtalmie, le rachitisme, ont été étudiées d'une façon précise depuis vingt-cinq ans.

L'homme ne peut se passer de vitamines et il est bien obligé de les trouver dans une alimentation équilibrée.

Les états aigus sont rares en Europe, mais entre eux et la normale il existe toute une série d'insuffisances quantitatives de vitamines.

Les avitaminoses relèvent d'un certain nombre de facteurs économiques et sociaux : le prix élevé des denrées riches en vitamines, tels que les fruits et les légumes verts, l'alimentation moderne composée de conserves, de viande, de charcuterie, de pain blanc, de bonbons, de pâtisserie, qui diminuent les apports de vitamines et, enfin et surtout, la préparation *industrielle* des aliments.

Les troubles ne se manifestent pas immédiatement ; il y a une période de latence, où il existe un déséquilibre. Un examen attentif permet de dépister un terrain déjà carencé et moins résistant aux infections, aux intoxications, au froid, aux traumatismes, etc... On a établi que le scorbut exalte la sensibilité de l'organisme vis-à-vis du staphylocoque, du pneumocoque, du colibacille et du streptocoque.

(Ketelbant. Les avitaminoses frustes. *Scalpel*, 4 janvier 1936.)

Le bruit de galop a bénéficié de l'électro-cardiographie et plus récemment de la phono-cardiographie.

Dans la grande majorité des cas le bruit surajouté est en rapport avec la contraction des oreillettes. Par extension on a désigné sous le nom de galop tout phénomène audible coïncidant avec la systole auriculaire et paraissant en dépendre. C'est là une cause de confusion. Il y en a encore une autre. Le rythme de galop peut être produit non seulement par un bruit surajouté présystolique, mais encore par un bruit diastolique ou même par un bruit systolique.

Le galop vrai est présystolique et dépend de la contraction des oreillettes. Le bruit surajouté est un accident acoustique de basse fréquence, précédant le bruit systolique. Il apparait comme un signe sûr et sans exception de fléchissement grave du cœur.

Un bruit surajouté d'origine auriculaire peut s'entendre dans certains cas de flutter auriculaire, dans le bloc cardiaque.

Il existe un certain nombre de galops dits diastoliques, qui ne sont que des galops ordinaires se manifestant chez des malades tachycardiques.

Il existe enfin un galop de sommation, dû à l'éclosion d'un bruit surajouté lorsque les oreillettes se contractent tout au début de la diastolecomme cela se produit dans diverses circonstances : flutter ou bloc complet, tachycardie accusée, allongement du temps de conduction.

(M. Roch. Le bruit de galop. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 janvier 1936.)

La spondylite rhumatismale réclame un diagnostic serré. En présence d'une algie il faut d'abord établir son caractère d'organicité. On éliminera donc les algies psychiques.

Il faut établir le siège de l'algie. Si elle est tronculaire on recherchera les signes de la tronculite : névralgie dans le trajet du nerf périphérique, vive, survenant par accès, exacerbée par les mouvements et l'élongation du tronc nerveux, calmée par la position de relâchement du nerf. L'algie funiculaire s'accompagne des signes de la funiculite : contracture musculaire paravertébrale, exagération de la douleur sous l'influence des inflexions rachidiennes, inflexion vertébrale croisée, troubles sensitifs à topographie radiculaire. La radiculite se traduit par des troubles sensitifs à topographie radiculaire, l'absence de contractures des muscles des gouttières et une légère lymphocytose rachidienne.

Si l'examen clinique met en évidence les signes d'une funiculite, associée ou non à de la radiculite, le diagnostic offre peu de difficultés. Dans les autres cas une radiographie de la colonne aura son utilité.

Au point de vue thérapeutique, le rhumatisme vertébral relève de la radiothérapie profonde.

(L. Massion-Verniory. Les syndromes neurologiques du rhumatisme vertébral. *Scalpel*, 25 janvier 1936.)

Médecine coloniale

L'influence de la race sur la tuberculose a été remarquée en Guyane anglaise.

Voici la fréquence de la tuberculose pour 100.000 habitants en se basant sur la période décennale 1922-1931 :

Indiens aborigènes	210
Nègres	140
Portugais	120
Chinois	90
Indiens orientaux	80

La tuberculose prend, dans la zone tropicale, un aspect tout à fait différent de celui des régions tempérées.

(E. Cochrane. La influencia de la raza sobre la tuberculosis. *Boletin de la Oficina sanitaria panamericana*, janvier 1936.)

Radiologie

L'étude et l'interprétation correcte des radiographies transversales du thorax de l'enfant sont difficiles pour un certain nombre de raisons :

1° Superposition en un seul plan des deux poumons et des deux parois costales.

2° Addition de toutes les ombres du médiastin.

3° Addition des taches extrathoraciques.

Il y a encore une raison des plus importantes que l'on peut appeler l'insuffisance d'interprétation. Cela signifie que le champ de la radiographie transversale est inexploré en grande partie et que nous ne sommes pas en mesure d'interpréter correctement ce que nous voyons.

(F. Blanco Rodriguez et F. Gomez Pallete. Sobre posibles errores en la interpretacion de los radiografias transversales de torax del nino. *Revista espanola de tuberculosis*, décembre 1935.)

Oto-rhino-laryngologie

L'ablation totale des amygdales chez l'enfant est une opération tout à fait à la mode. On en arrive à extirper des amygdales à peine augmentées de volume, quand elles ne sont pas saines. La question qui se pose naturellement est de savoir si les amygdales normales de l'enfant sont utiles, voire même indispensables. On peut également se demander si elles sont indifférentes ou même dangereuses pour l'organisme.

La conclusion de cette étude est qu'il faut supprimer l'amygdale :

1° Si elle est une surface de résorption toxique ou microbienne.

2° Si elle est infectée, responsable d'affections locales ou à distance.

3° Si l'amygdale est hypertrophiée, entravant les fonctions essentielles de la respiration et de la déglutition.

(Jean Feuz. Le problème des amygdales chez l'enfant. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 janvier 1936.)

Thérapeutique

A côté des antisyphilitiques classiques (mercure, arsenic, bismuth et iode), on peut faire figurer le vanadium.

On a utilisé le tartravanadate de soude, l'hyposulfite de vanadium et de sodium et le métavanadate de soude.

Ce dernier a été employé dans 20 cas sous le nom de Néo-Luex des laboratoires Moura Brasil.

On a observé :

1° Une action spirillicide après une ou deux injections de 4 centigrammes.

2° Une cicatrisation des plaques muqueuses après quatre injections.

3° Une influence favorable sur le rhumatisme syphilitique après une dizaine de piqûres.

4° Une cicatrisation des adénopathies suppurées et fistulisées avec douze injections.

5° Une action peu marquée sur la réaction de Bordet-Wassermann.

6° Quelques réactions locales.

(Pires Ferrão. Contribuição ao estudo da vanadiotherapia na syphilis. *O Hospital*, décembre 1935.)

Les sels d'or doivent être associés aux méthodes collapsothérapiques dans un certain nombre de tuberculoses pulmonaires particulièrement graves. Huit observations montrent les résultats inespérés obtenus par cette association, tandis que deux autres, où seule la pneumothérapie fut employée, se terminaient au plus mal.

Le phtisiologue chilien est également un chimiothérapeute ; aussi ses travaux ont-ils toujours une grande valeur thérapeutique. Il utilise comme dissolvant des sels d'or une solution d'hyposulfite de soude à 10 % ; il pense qu'elle exerce une action préventive sur les accidents de choc et les complications cutanées et qu'elle renforce en même temps les qualités thérapeutiques des sels d'or. La posologie de l'auteur est la suivante : il débute par 5 centigrammes, augmente de la même quantité chaque injection pratiquée à un intervalle de quatre à six jours et atteint au maximum 25 centigrammes ; la dose totale varie de 4 à 6 grammes par série.

Suivant une méthode personnelle, dont l'efficacité est bien établie, il pratique en même temps des injections de morrhuate d'éthyle en solution huileuse à 25 %, dont les propriétés antitoxiques favorisent une meilleure tolérance de l'or. Cette association chimiothérapique a pratiquement supprimé les accidents cutanés et rénaux.

Cette importante étude donnera une nouvelle impulsion à l'aurothérapie, en la renforçant et en la rendant inoffensive.

(Gonzalo Corbalan Trumbull. La asociation de las sales de oro a la colapsoterapia en tuberculosos graves. *Revista medica latino americana*, octobre 1935.)

Les agents chrysothérapiques peuvent se classer en trois groupes :

1° Le sel minéral, l'hyposulfite double d'or et de sodium (sanocrysine) ;

2° Les sels organiques : solganal, myochrysine, allochrysine, lopion, lipaurol, oléochrysine, myoral :

3° Le sel privé de soufre et associé à l'iode et au cadmium (cadior).

« Bien que surtout créés pour lutter contre la tuberculose pulmonaire, les composés auriques (de préférence naturellement ceux dont l'injection est inoffensive) sont employés avec succès contre d'autres localisations de la tuberculose : adénopathies, pleurésies, péritonites, ostéites fistulées, etc... Contre les rhumatismes chroniques et, en particulier, contre le rhumatisme déformant, si souvent causé par le bacille de Koch, ils sont l'agent thérapeutique de choix.

(Maigre. La médication aurique de la tuberculose. *Revue de médecine et de dentisterie du Caire*, décembre 1935.)

La valeur de la chrysothérapie en pédiatrie est peu connue et la littérature est rare.

Il y a à cela plusieurs bonnes raisons. D'abord l'injection intraveineuse est d'une technique difficile chez l'enfant ; ensuite il faut tenir compte des effets toxiques ; enfin certains auteurs ont eu des résultats peu brillants.

Les auteurs ont employé les suspensions huileuses, moins toxiques et utilisables par voie intramusculaire. Les doses ont varié de 6 milligrammes à 20 centigrammes, avec une dose totale variable.

Les résultats suivants ont été obtenus dans 14 cas : cinq améliorations cliniques et radiologiques, cinq améliorations cliniques, une amélioration clinique avec aggravation radiologique, une aggravation radiologique sans amélioration clinique, un décès.

Dans l'ensemble les résultats sont plutôt favorables et cette étude mérite d'être signalée.

(Ricardo Garelly de la Camara et Joaquin Marquez Blasco. El empleo de las sales de oro en suspension oleosa en la tuberculosis pulmonar infantil. *Revista espanola de tuberculosis*, novembre 1935.)

Parmi le grand nombre de moyens thérapeutiques, utilisés dans les arthrites chroniques, il faut accorder une place spéciale à l'or.

Dans 29 cas de polyarthrites chroniques on a utilisé l'allochrysine (21 cas), l'aurosan (3 cas), le triphal (2 cas), la collobiase d'or (2 cas) et le solganal B huileux (1 cas).

Il y avait 17 femmes avec les affections articulaires suivantes : 12 polyarthrites chroniques rhumatismales primitives, 2 spondyloses rhizoméliques, 3 polyarthrites chroniques.

12 hommes présentaient les formes suivantes : 6 polyarthrites chroniques primitives, 3 spondyloses rhizoméliques, 1 polyarthrite chronique gonococcique, 1 monoarthrite tuberculeuse, 1 polyarthrite chronique primitive chez un tuberculeux.

Les améliorations ont été limitées aux cas de polyarthrite chronique primitive avec une étiologie probablement tuberculeuse.

(A. Mester. La chrysothérapie des polyarthrites chroniques. *Acta medica Scandinavica*, 21 novembre 1935.)

Toxicologie

Les intoxications professionnelles par les solvants et principalement par quelques hydrocarbures augmentent de fréquence en Belgique.

Pour le benzol et ses homologues il faut signaler les usines à gaz, les batteries de fours à coke, les raffineries de pétrole. Quelques industries moins connues sont aussi dangereuses : préparation des matières colorantes dérivées de la houille, des phénols, des parfums de synthèse, des encres d'imprimerie, du caoutchouc, du linoléum, des vernis cellulosiques, etc.

Le trichloréthylène sert à la préparation de corps chimiques, à l'extraction des graisses, au nettoyage des pièces métalliques, au nettoyage à sec des vêtements.

La tétrachloréthane est employé à la dissolution des résines.

Le tétrachlorure de carbone sert à dégraisser certaines matières végétales et à solubiliser certaines graisses animales.

Le sulfure de carbone est utilisé dans l'industrie du caoutchouc et la fabrication de la soie artificielle.

On voit que les occasions d'intoxication industrielle sont plus nombreuses qu'on ne le croit généralement. Il faut bien les connaître si on veut les dépister au début.

(D. Glibert. Surveillance médicale des ouvriers exposés à l'action du benzol et d'autres composés volatils du carbone. *Scalpel*, 25 janvier 1936.)

Varia

On est frappé de la discordance qui existe entre ce qui est écrit dans les livres et ce qui est écrit dans la nature (P. Decker, de Lausanne).

L'appendicite clinique c'est la péritonite (Askanazy, de Genève.

On a dit beaucoup de mal de l'arthritisme, on lui a surtout donné d'autres noms. On l'a expliqué par les théories les plus diverses, mais on n'a jamais pu s'en passer (Guillaume, de Spa).

J. LAFONT.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

La méningite à streptocoques chez l'enfant

Moins fréquente que la méningite à pneumocoques, elle l'est plus que celle à bacille de Pfeiffer.

On l'observe dans les deux premiers mois de la vie et surtout entre 6 et 8 ans ; elle est moins fréquente entre 10 et 12 ans.

Elle est généralement secondaire : à une otite dans la moitié des cas ; à d'autres infections du voisinage et à des infections générales à streptocoques dans un nombre moins important de cas. Les cas vraiment primitifs sont exceptionnels.

L'évolution est variable : tantôt foudroyante, vers la mort ; tantôt moins rapide, en quelques jours, également vers la mort ; enfin, d'autres fois, évolution longue, susceptible de guérison.

L'examen cyto-bactériologique reste le moyen de diagnostic et de pronostic de l'affection.

M. J. Ruiz-Cortès qui a consacré sa thèse à la question (Paris, 1936) indique une mortalité de 95, 2 % chez le nourrisson et de 65, 2 chez les enfants plus grands.

Il n'y a pas de traitement spécifique. On a préconisé divers traitements (laminectomie, sérothérapie par voie intracarotidienne, etc.) qui ont donné des résultats inconstants. M. Ruiz-Cortès rapporte une observation où le sérum antistreptococcique de Vincent semble avoir donné des résultats favorables.

Le traitement des épithéliomas cutanés par le thermocautère

Le traitement par le thermocautère s'applique surtout aux épithéliomas à leur début, en particuliers aux épithéliomas plans érythémateux, aux épithéliomas perlés, aux épithéliomas papillaires de petites dimensions et aux épithéliomas ulcéreux en surface. MM. Chapeau, qui étudie la question dans sa thèse (Paris, 1936) rappelle qu'on ne doit pas traiter par le thermocautère les nævo-cancers, les épithéliomas cutanés avec atteinte ganglionnaire, les épithéliomas trop étendus : soit en surface (plus de 3 cm. 5 × 3 cm. 5 environ), soit en profondeur (adhérents aux plans profonds).

Il faut détruire l'épithélioma avec la lame plate du thermocautère portée au rouge sombre et maniée à plat. Répéter cette destruction si nécessaire. Le plus souvent la guérison est obtenue en une fois. La douleur est supportable, ou évitable par anesthésie locale. L'hémorragie est rare, minime et facile à arrêter. L'infection est évitable ou facile à traiter par les méthodes courantes.

Il faut surveiller la cicatrice : les récidives ne sont pas exceptionnelles ; on peut les traiter par le thermocautère. Les échecs sont rares. Sur les 221 cas observés par M. Chapeau, 76 malades ont été revus avec les résultats suivants : 64 guérisons apparentes, 9 récidives traitées et revues en état de guérison apparente et 3 échecs. Un malade a été revu en état de guérison apparente après 9 ans.

La destruction des épithéliomas cutanés par le thermocautère est un procédé commode à la portée de tous les praticiens, inoffensif et efficace.

Quatre cas de conjonctivite diphtérique sans membrane, chez des sujets atteints de diphtéries méconnues de la gorge et du nez

Dans quatre cas, rapportés par M. E. Haas au XLIXe Congrès de la Société française d'ophtalmologie, le diagnostic de diphtérie a été posé exclusivement grâce à l'examen oculaire. Il s'agissait de diphtérie du nez ou de la gorge dont la nature fut confirmée par les cultures.

L'auteur conseille de se défier de certaines conjonctivites d'apparence légère avec petit œdème des paupières, sécrétion minime, teinte livide de la peau palpébrale, adénite quelquefois peu marquée, hyperthermie légère, chez des sujets pâles et déprimés, et de faire dans tous ces cas l'examen bactériologique de la conjonctive et du rhino-pharynx.

La méningite herpétique

L'herpès peut s'accompagner de phnomènes méningés avec anomalie du liquide céphalo-rachidien.

Cette méningite herpétique que M. J. Abiteboul vient d'étudier récemment (Thèse de Paris, 1936) se caractérise cliniquement par la brusquerie du début, la rapidité de l'évolution, la énignité du pronostic, l'absence de séquelles dans la règle ;

et au point de vue humoral par des altérations du liquide céphalo-rachidien : lymphocytose nette et pure, dans un liquide clair et aseptique.

La thérapeutique de la méningite herpétique est réduite au minimum (ponction lombaire) en raison de l'évolution spontanée vers une guérison rapide.

Le traitement des éphelides

Le traitement prophylactique est utile, mais ne constitue pas une thérapeutique.

Le traitement par les décolorants ne donne que des résultats éphèmères. Celui par les exfoliants agit énergiquement, mais sans mesure ; il est souvent suivi de récidives et fort douloureux.

Le galvanoca tère, excellent procédé, est très délicat à manier.

L'étincelage et la diathermo-coagulation constituent une thrapeutique simple, rapide, qui, en des mains expertes, donne de très bons résultats. Mais il faut employer une intensité très faible, sans quoi on s'expose à des cicatrices.

Pour toutes ces raisons, M. P. L. Guesdon (Thèse de Paris, 1936) préfère le traitement par la neige carbonique, d'un maniement facile, plus long peut-être, mais dont l'action superficielle et suffisante n'entraîne jamais d'accident et donne des résultats esthétiques parfaits.

Parotidite suppurée bilatérale post-pneumonique

MM. Terracol, Lafon, Cheynel et Vergues (*S. des S. M. et B. de Montpellier et du Lang. M.*, 12 juin 1936) relatent l'observation d'un adulte qui après une pneumonie fit quatre ou cinq jours après une double parotidite suppurée à staphylocoques avec syndrome azotémique grave. Il présenta ensuite un erysipèle de la face et des hémorragies artérielles parotidiennes d'une abondance telle qu'elles nécessitèrent une ligature de la carotide externe. Pyélonéphrite et épididimyte à staphylocoque. Guérison.

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »
>
> MONTAIGNE

La mort de d'Alembert. — *Extrait d'un article du Docteur Lemay* (COURRIER MÉDICAL, 30 août 1936) :

En 1806, Barthez mourait de la pierre. Vingt-trois ans plus tôt, le même mal emportait son cher et illustre ami d'Alembert, Le docteur avait reculé devant la sonde et la taille pour se faire illusion, comme lui le malade avait préféré ne pas savoir et avait manifesté sa décision de ne point se laisser opérer. Par une complaisance qui peut s'expliquer, sans toutefois s'excuser, Barthez avait affirmé à d'Alembert que le diagnostic était plus que douteux, les symptômes bien équivoques et qu'il n'y avait pas lieu de pratiquer le cathétérisme. Et ce qui devait arriver ne manqua pas de se produire, on lui reprocha, après le décès, une erreur de diagnostic qui n'était en réalité, qu'une amicale faiblesse.

Quoi qu'il en soit, voici le récit de la mort du grand mathématicien d'après un manuscrit inédit (*coll. pers.*) du docteur Villars, botaniste distingué, auteur d'une histoire naturelle du Dauphiné, professeur à la Faculté de Strasbourg :

Notes pour servir à la vie historique de M. d'Alembert, dont je devais être l'ami tendre et sincère, non seulement par un penchant naturel, mais encore par reconnaissance pour l'amitié qu'il m'avait vouée.

Il était né le 17 novembre 1717, Mme de Tencin, sa mère, avait eu cet enfant d'un M. Destouches, dont je ne connais ni l'état ni la naissance (il s'agit du chevalier Destouches, général d'artillerie). Il fut porté sur le marchepied de l'autel de l'Eglise de Saint-Jean-le-Rond où il fut recueilli par une femme qui devint sa nourrice, et à laquelle il resta attaché tout le temps qu'elle vécut. On lui donna le nom de Jean Le Rond qui était celui de l'église où il fut porté à sa naissance. Il est mort le 19 octobre 1783 à sept heures du matin. La veille, à neuf heures du soir, il avait dans sa chambre douze ou quinze personnes qui faisaient la conversation comme à l'ordinaire, et qu'il pria à plusieurs reprises de converser à haute voix pour jouir du plaisir de les entendre. Il est mort en vrai philosophe ; les approches de la mort n'ont point du tout troublé sa tête, et il l'a vue avec un courage et une tranquillité d'âme bien rares dans ces moments, même chez la plupart des hommes qui se disent philosophes.

Son cadavre a été ouvert ainsi qu'il l'avait dit dans son testament ; M. Vicq d'Azir présidait à l'ouverture et on a trouvé dans la vessie une pierre grosse comme un œuf de pigeon. Ce n'est pourtant pas de la pierre qu'il est mort, on lui a trouvé le poumon un peu ulcéré et il est à présumer qu'il a perdu la vie à la suite d'un catharre. (Ici Villars se trompe, d'Alembert est bien mort de la pierre, les altérations pulmonaires sont fréquentes et ne sont pas à retenir, l'autopsie de Barthez avait donné lieu à des constatations semblables).

Il n'a point été enterré dans l'église Saint-Germain-l'Auxerrois, sa paroisse. Son corps y a seulement été transporté, suivi d'un cortège funèbre très nombreux, et le convoi l'a laissé dans l'église d'où l'on devait le transporter au cimetière de la paroisse. Après les prières ordinaires et les obsèques, chacun de nous a fait une assertion et nous nous sommes retirés. Ceci est l'ouvrage du curé de la paroisse, guidé par son prélat. Son testament est d'une simplicité touchante, il prouve des vertus morales qui rendent sa mémoire respectable et chère aux gens de bien.

On doit remarquer que son corps a été confondu avec les ossements de tous ceux qui avaient été enterrés avant lui, quoi qu'on eut promis de faire une fosse particulière et qu'on eut permis de mettre sur sa tombe une plaque de plomb pour distinguer en temps et lieu l'endroit où il aurait été enterré. Le nombre des prêtres et des cierges était moindre lors des absoutes parce qu'il est mort sans recevoir les sacrements. »

Ironie de la destinée qui voulut que d'Alembert fut confié à l'Eglise, à sa naissance, et rejeté par elle à sa mort.

Voici, d'autre part, son extrait de décès :

« *Extrait des registres de l'Eglise paroissiale de Saint-Germain-l'Auxerrois.*

Du vendredi trente et un octobre 1783.

M. Jean Lerond d'Alembert, secrétaire perpétuel de l'Académie française, de l'Académie royale des Sciences, de la Société Royale de Londres, de celles de Berlin, de Pétersbourg, de Lisbonne et Naples, de l'Institut de Bologne et des Sociétés royales des Sciences de Turin et de Norvège, de la Société littéraire de Cassel, de l'Académie de Padoue et des Sociétés philosophiques

de Philadelphie et de Boston, âgé d'environ 66 ans, décédé le 29 du présent mois à 7 heures du matin, au château du Louvre, a été inhumé au cimetière en présence de M. Claude-Henri Wattelet, receveur général des Finances, un des quarante de l'Académe française, de M. Marie-Jean-Antoine Caritat, marquis de Condorcet, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, membre de l'Académie française et de M. Alexandre Remy, Maître des Comptes, qui ont signé à la minute ».

Ainsi mourut celui « qui rappelle aux géomètres l'émule de Clairaut et de Euler, le prédécesseur de Lagrange et de Laplace, le successeur de Huygens et de Newton, l'orateur spirituel dont l'éloquence toujours prête fut, pendant un quart de siècle, pour deux académies, le plus grand attrait des séances solennelles ». (Joseph Bertrand).

J. B. Goiffon — *M. le Docteur Lannois consacre un article* (LYON MÉDICAL, 6 sept. 1936) *aux médecins qui furent échevins de Lyon du XVIe au XVIIIe siècle : André Briau, Symphorien Champier, André Falconnet, Jean-Baptiste Goiffon.*

.... Le médecin qui mérite la première place parmi ces échevins de Lyon est, dit-il, certainement *Jean-Baptiste Goiffon*.

Sa vie nous est relativement bien connue. L'abbé Pernetti lui a consacré une assez longue notice, reproduite par le docteur Humbert Mollière dans son importante monographie de Goiffon, *précurseur lyonnais des théories microbiennes*. On trouvera encore des détails intéressants dans la correspondance de Bottu de Saint-Fonds avec le Président Dugas publiée par W. Poidebard, dans le manuscrit de Léonard Michon dont je me suis déjà servi dans un travail précédent dans *Mes vieux Médecins* d'Al. Betrand, etc...

Né à Cerdon (Ain), le 25 février 1658, J.-B. Goiffon, alla faire ses études à Montpellier où il se distingua dans l'étude de l'anatomie et de la botanique. Grâce à l'obligeance de M. le doyen Euzière et de M. Irisson, pharmacien en chef des Hôpitaux, j'ai en mains les diverses étapes de sa scolarité : j'en extrais seulement ici les dates de son immatriculation, 15 février 1682, et de son doctorat, 4 juillet 1685.

Cette dernière permet de préciser l'époque de son retour à Cerdon où il semblait devoir se fixer. Mais appelé à Lyon auprès d'un certain marquis de Rougemont qui avait reçu au flanc gauche une blessure considérée comme mortelle, Goiffon le soigna et le guérit, ce qui lui valut une grande réputation. Voulant se perfectionner en chirurgie, il demanda à servir le roi dans l'armée d'Italie, en 1687, et il fut très appécié de Catinat qui lui donna toute sa confiance.

Revenu à Lyon, agrégé au Collège des médecins en 1693, il faisait une brillante carrière lorsque, en 1705, M. de Tessé allant commander l'armée d'Espagne obtint du roi l'ordre de l'emmener avec lui. Goiffon connut un égal succès auprès des grands d'Espagne ; la reine le consulta sur sa stérilité et voulait en faire son premier médecin.

Mais encore une fois il revint à Lyon où il est inscrit sur les nommées en 1707. Sa vogue ne fut pas moindre et on venait de loin se mettre entre ses mains ; la haute considération dont il jouissait fut consacrée par sa nomination comme échevin pour les années 1717-1718.

On connaît son jeton consulaire dont l'avers, suivant l'usage, porte ses armoiries, *d'or au griffon rampant d'azur à destre et au lion rampant de gueules à senestre* ; elles sont posées sur un écusson-rocaille surmonté d'un casque et de lambrequins. Légende circulaire à droite, M^r^. I. BAP. GOIFFON. ECHEVIN.DE.LA VILLE.D. LYON. Le revers est celui du Consultat à cette date. Il était seigneur de Bramafan à Sainte-Foy-lès-Lyon. On remarquera que ces armoiries, à quelques nuances près et avec des métaux et des émauxdifférents, sont celles du Chapitre de Saint-Jean et on peut supposer que Goiffon, médecin de l'archevêque François de Neuville, avait été autorisé à les imiter. Ce jeton est assez rare : on en trouvera deux exemplaires, un en argent et l'autre en cuivre, au Musée des Arts décoratifs. Il en existe également un en argent dans la collection particulière de M. Louis Allut dont la famille descend de Goiffon.

C'est à M. L. Allut, que je ne saurais trop remercier de sa parfaite obligeance, que je dois la photographie d'un très beau portrait de J.-B. Goiffon qui a toujours été conservé dans la famille et qui est actuellement à Marseille chez les Allut de Vernoux. — Il est à peu près certain que ce portrait a été peint alors que Goiffon était échevin. Je tiens de M. Eug. Vial qu'à cette époque on faisait cinq portraits officiels des prévôts et des échevins, trois petits et deux grands, dont l'un pour le Consulat et l'autre pour le titulaire. La robe était violette. Elle est noire ou a viré au noir sur notre tableau ; mais le rabat montre des bandes alternativement blanches et violettes comme celui de Camille Perrichon, Prévôt des marchands, sur la gravure que M. Eug. Vial a reproduite dans ses *Costumes consulaires*.

C'est au moment de la peste de Marseille, en 1720-1721, que Goiffon donna toute sa mesure. J'ai déjà dit le rôle capital qu'il avait joué au sein du Conseil de Santé ; c'est grâce à sa science, à son autorité et à sa fermeté que la ville fut préservée du fléau il méritait d'être mis au rang des Pères de la Patrie, dit Pernetti.

Sans doute, tout autre médecin aussi qualifié eût pu rendre les mêmes services, mais ce qui met Goiffon hors de pair, ce sont les idées très originales qu'il avait sur la nature de la peste. Je renvoie pour leur étude approfondie au livre d'H. Mollière qui, avec une grande sagacité, a su retrouver des textes oubliés et les restituer à leur véritable auteur. Qu'il me suffise de rappeler que Goiffon ne fut pas seulement contagioniste, mais qu'il croyait à la nature animée de la peste, à l'existence de petits vers ou insectes, invisibles aux microscopes de l'époque, dont le pullulement effroyable pouvait seul expliquer les diverses modalités des épidémies.

Après la peste, l'activité de Goiffon ne s'arrêta pas. Le P. de Colonia écrit en 1730 que le public attendait son Traité de l'Oreille et son Histoire des Plantes du Lyonnais. Mais ces ouvrages ne furent pas imprimés, car Goiffon mourut subitement d'une attaque d'apoplexie en traversant la cour de l'Archevêché le 30 septembre 1730, et l'écriture de ses manuscrits était telle qu'il fut impossible à son fils de la déchiffrer.

On sait qu'une copie manuscrite de cet *Index plantarum quæ circa Lugdunum nascuntur* a été possédée pendant trente ans par Bernard de Jussieu qui en fit don à de la Tourette. En 1796, elle était entre les mains de Gilibert, mais elle a disparu depuis.

Rappelons que Goiffon, en lui prêtant pendant une maladie des ouvrages de Tournefort, passe pour avoir déterminé la vocation d'Antoine de Jussieu qui lui dédia une de ses thèses. Depuis Tournefort et le P. de Mersenne, Goiffon n'a pas cessé d'être considéré comme un des plus grands botanistes de son temps, et Magnin le revendique comme le premier botaniste lyonnais.

Le vrai visage de Rétif de la Bretonne. — A la fin d'octobre paraîtra, aux Editions Montaigne, l'ouvrage d'Adolphe Tabarant, *Le vrai visage de Rétif de la Bretonne*. Ouvrage considérable, bourré de documents inédits. On sait combien le romancier de l'*Aube* (1789) est renseigné sur la fin du dix-huitième siècle. Son livre est le fruit de plus de quarante années de recherches — quarante années vécues dans l'intimité de Rétif et de son œuvre . (Tabarant possède une bonne partie de celle-ci en éditions originales.)

Il fera la pleine lumière sur un visage qui, d'un biographe à l'autre, de Gérard de Nerval à Mr. Funck-Brentano, aura prêté à tant de descriptions fades ou erronées.

Hippocrate sous les traits d'Arsène Houssaye. — Il y a peu d'années encore, un buste d'Hippocrate était l'ornement indispensable de la devanture d'une officine provinciale, voire parisienne. Aujourd'hui cette effigie devient rare, le plâtre résistant mal aux transformations de devantures et aux déménagements.

Or, sait-on — *Les Nouvelle littéraires* l'ont jadis conté que ce buste d'Hippocrate représentait . . . Arsène Houssaye.

Arsène Houssaye avait fait faire son buste par un des sculpteurs les plus en vogue au XIXe siècle, mais un mouleur malhonnête, en tira un grand nombre de plâtres, les baptisa du nom d'Hippocrate et les vendit.

Qui eût dit que l'auteur du *Quarante et unième fauteuil de l'Académie française* passerait à la postérité sous les traits d'Hippocrate ?

Le Gérant : Dr Victor GENTY CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 39 LE NUMÉRO : 50 Centimes 26 SEPTEMBRE 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Travaux originaux

G. PASCALIS : Amputation interilio-abdominale 1481

Clinique médicale

STÉVENIN : Les insuffisances surrénales légères 1485

Syphiligraphie

Faut-il standardiser la pratique de la réaction de Bordet Wassermann ?.. 1491

Revue de Presse départementale et coloniale, par J. LAFONT.... 1492

Revue de Presse étrangère par J. LAFONT........ 1495

Notes cliniques et thérapeutiques

Obésité héréditaire irréductible. — Le traitement des polynévrites par la radiothérapie. Etc. 1496

Nouvelles........ 1475

Echos et Glanures 1478 1488 1499

Bibliographie........ 1477

NOUVELLES

Facultés de médecine. — AGRÉGATION. — I. — Sont institués et nommés agrégés pour une période de neuf ans, à compter du 1er novembre 1936, et attachés aux Facultés ci-dessous désignées :

Marseille. — 1° Histoire naturelle médicale et parasitologie, M. Sautet. 2° Physique médicale, M. Dubouloz. 3° Histoire naturelle pharmaceutique, M. Balansard.

Alger. — 1° Chimie médicale, M. Mâchebœuf. 2° Chirurgie générale, M. Sabasini. 3° Histoire naturelle pharmaceutique, M. Roques. 4° Pharmacie, M. Monnet.

Bordeaux. — Médecine générale, M. Broustet.

Lille. — 1° Anatomie, M. Coulouma. 2° Histologie, M. Morel. 3° Histoire naturelle médicale et parasitologie, M. Couteen.

Lyon. — 1° Physiologie, M. Morin, 2° Médecine générale, MM. Croizat, Delore, Josserand, 3° Chirurgie, MM. Bertrand, Clavel.

Nancy. — Médecine générale, M. Kissel.

Toulouse. — 1° Médecine générale, M. Andrieu. 2° Obstétrique, M. Guilhem.

II. — Sont nommés agrégés des Facultés de médecine ci-dessous désignées, dans les conditions prévues par l'arrêté du 14 août 1935, vour une période de neuf ans à compter du 1er novembre 1936.

Paris. — 1° Médecine générale, MM. de Gennes, Bariéty, Coste, Lelong, Mollaret. 2° Chirurgie générale, MM. Ameline, Ménégaux, Funck. 3° Ophtalmologie, M. Renard.

Marseille. — 1° Médecine générale, M. Brahic. 2° Chirurgie générale, M. Figarella.

Bordeaux. — 1° Médecine générale, M. Dervillée. 2° Chirurgie générale, MM. Masse, Darget.

Lille. — 1° Médecine générale, M. Huriez. 2° Histoire naturelle pharmaceutique, M. Dehay.

Lyon. — Médecine générale, M. Levrat.

Montpellier. — 1° Médecine générale, M. Rimbaud. 2° Ophtalmologie, M. Dejean.

Toulouse. — 1° Médecine générale, M. Desforges-Mériel. 2° Chirurgie générale, M. F. Fabre.

III. — Sont institués agrégés de médecine pour une période de neuf ans à compter du 1er novembre 1936, pour exercer les fonctions de professeurs à l'école de médecine et de pharmacie d'Hanoï : Anatomie, M. Huard. Médecine générale, M.Massias. Chirurgie générale, M. Meyer-May. Obstétrique, M. Daléas.

Assistance publique. — L'Administration générale de l'Assistance publique doit pourvoir avant le 15 octobre 1936 à la désignation des trois chirurgiens de la Fondation Paul Marmottan (rue d'Armaillé, 8e arrt.)

Ces emplois sont réservés aux docteurs en médecine de nationalité française (ou naturalisés français depuis dix ans au moins), anciens internes des hôpitaux de Paris, ayant accompli quatre années entières d'internat.

Les chirurgiens sont logés dans l'établissement où ils assurent à tour de rôle un service de garde de vingt-quatre heures.

Ils reçoivent une indemnité annuelle de 30.000 francs (indemnité soumise aux prélèvements institués par le décret du 20 juin 1936.)

Les candidats à ces emplois sont priés d'adresser une demande à cet effet au Directeur général de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, Paris (4e), avant le 5 octobre 1936.

Ils pourront obtenir tous renseignements complémentaires en ce qui concerne les droits et les obligations afférents à ces fonctions au Bureau du Service de santé de l'Administration, 3, avenue Victoria, (2e étage).

Cours de la Faculté de médecine de Paris. — *Histologie.* — 1° Travaux pratiques supplémentaires. Une série de travaux pratiques supplémentaires aura lieu au laboratoire des Travaux pratiques, du 5 au 17 octobre 1936. Les séances auront lieu tous les jours, de 13 h. 30 à 15 h. 30.

Le programme comportera une révision complète du programme de l'ancien et du nouveau régime.

Ces travaux sont destinés notamment aux étudiants dont les travaux pratiques n'ont pu être validés par suite d'absences ou d'application insuffisante.

2° Conférences complémentaires d'histologie et d'embryologie.

En vue de la préparation à l'examen de la session d'octobre, des conférences théoriques de révision du programme auront lieu chaque jour, du 2 au 22 octobre, à 17 heures, salle Laguesse (escalier G, 2e étage).

Les inscriptions seront reçues au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Le droit d'inscription est de : 150 francs pour les Travaux pratiques, 50 francs pour les Conférences complémentaires.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELOCQUE (121, boulevard de Port-Royal, Professeur : A. Couvelaire). — Stage et cours de perfectionnement du 5 au 31 octobre. — Sous la direction du Professeur Couvelaire, avec l'assistance de MM. Pertes, Desnoyers, Ravina, Lacomme, Digonnet, Bureau, accoucheurs des hôpitaux ; M. Aurousseau, chirurgien des hôpitaux ; M. Powilewicz, Mme Anchel-Bach, Mme Fayot-Petit-Maire, anciens chefs de clinique ; M. Roger Couvelaire, chef de clinique chirurgicale ; M. Lepage, chef de clinique ; MM. Coen, Grasset, Landrieu, anciens internes des hôpitaux ; M. Boros, interne des hôpitaux ; M. Mouchotte, aide de clinique.

Droit d'inscription : 250 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. Professeur : M. Gougerot (Hôpital Saint-Louis). — *Travaux pratiques de laboratoire.* — Une série de travaux pratiques de laboratoire de la Faculté (Hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat), sous la direction de Mlle le Docteur Olga Elascheff, chef de laboratoire, le 13 octobre.

Les séances auront lieu les mardis et samedis, de 17 à 19 heures.

Prix du cours : 500 francs.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures ou salle Béclard (A. D. R. M.) tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

Pour tous renseignements : S'adresser à Mlle le Docteur Olga Eliascheff, laboratoire de la Faculté, hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, les mardis et vendredis de 10 à 11 heures.

Amphithéâtre d'anatomie (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques). — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie générale de l'appareil urinaire et chirurgie de l'appareil génital de l'homme), en dix leçons, par MM. les Docteurs P. Aboulker et J.-C. Rudler, prosecteurs, commencera le lundi 5 octobre 1936, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 250 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V^{e}).

Programme du cours. — I. Anatomie chirurgicale et voies d'abord du rein : décapsulation du rein, néphropexie. Les assistants répéteront : la décapsulation rénale, la néphropexie.

II. Pyélotomie et pyélostomie : néphrotomie et néphrostomie : uretéro-pyélonéostomes. Les assistants répéteront : la pyélotomie, la néphrotomie, l'uretéro-pyélonéostomie.

III. Chirurgie de l'uretère : uretérotomie, uretéroplasties, uretérostomie, uretéro-néo-cystostomie. Les assistants répéteront : les voies d'abord de l'uretère, l'uretérotomie, l'uretéro-néo-cystostomie.

IV. Les néphrectomies : techniques et indications ; néphrectomies simples, sous-capsulaire, partielle, secondaire ; néphrectomies pour tuberculose ou cancer. Les assistants répéteront : un des procédés de néphrectomie.

V. Chirurgie vésicale : cystostomie et cathétérisme des uretères ; lithotritie. Cystostomies. Réfection du col vésical pour incontinence (procédé de Marion). Les assistants répéteront : la cystoscopie, le cathétérisme des uretères, la cystostomie.

VI. Chirurgie vésicale et prostatique : prostatectomie hypogastrique. Cystectomies. Les assistants répéteront : la prostatectomie hypogastrique, les cystectomies partielle et totale.

VII. Chirurgie de la prostate par voie périnéale : ouverture des abcès de la prostate, vésiculectomie, prostatectomie périnéale, opération de Young pour cancer. Les assistants répéteront : la périnéotomie, la vésiculectomie, la prostatectomie pour cancer.

VIII. Chirurgie de l'urèthre : uréthrotomie interne et externe ; traitement des ruptures traumatiques de l'urèthre ; circoncision. Les assistants répéteront : l'uréthrotomie interne, le traitement opératoire des ruptures de l'urèthre, la circoncision.

IX. Chirurgie de l'urèthre chez la femme : traitement des fistules uréthro-vaginales, uréthrectomie, uréthro-plasties. Chirurgie des malformations de l'urèthre de l'homme : hypospadias, épispadias. Les assistants répéteront : la cure des fistules urinaires, la cure de l'hypospadias masculin.

X. Chirurgie du testicule et de ses annexes : traitement du varicocèle, de l'hydrocèle ; ligature des déférents ; opération de Steinach, orchidopexie ; épididymectomie ; orchidotomie ; castration. Les assistants répéteront : l'orchidopexie, l'orchidotomie, l'épididymectomie, la castration, la ligature de déférent l'opération de Steinach.

IIIe Congrès des médecins électro-radiologistes de langue française. — Le IIIe Congrès annuel des médecins électro-radiologistes de langue française se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, les 8-9-10 octobre 1936, à l'Amphithéâtre de physique.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour et seront l'objet de rapports :

1° *Radiodiagnostic* : Séméiologie radiologique des affections ostéo-articulaires dites rhumatismales (arthrites et arthroses), par MM. Robert et Forestier, d'Aix-les-Bains ;

2° *Radiothérapie* : la radiothérapie à tension élevée, par MM. Wangermez et Auriac pour la partie physique, et par MM. Gunsett et Mathey-Cornat, pour la partie clinique ;

3° *Electrologie* : L'électrothérapie dans les métrites, par MM. Delherm et Dausset.

Les matinées seront libres pour permettre aux congressistes de visiter les services d'électro-radiologie et l'exposition d'appareils qui se tiendra à la même époque à la Faculté de médecine.

Pour s'inscrire au Congrès, il faut être membre de la Société de radiologie médicale de France ou de la Société française d'électrothérapie et de radiologie, ou de la Société belge de radiologie, ou être agréé par l'une d'elles.

L'inscription n'est définitive qu'après versement des droits, qui sont de 100 francs pour les membres actifs et 50 francs pour les membres associés (famille, étudiants, constructeurs).

Le Congrès sera présidé par le Docteur Réchou, professeur de clinique d'électricité médicale à la Faculté de Bordeaux.

Pour inscription et renseignements, s'adresser au secrétariat général, M. le Docteur Dariaux, 9 *bis*, boulevard Rochechouart, Paris (IXe).

Journée médicale à Niort. — La commission administrative de l'hôpital organise, pour le 18 octobre prochain, en plein accord avec le syndicat médical des Deux-Sèvres, une Journée médicale où seront mises à l'ordre du jour deux questions, l'une administrative : Comment doit-on envisager actuellement l'hospitalisation ; l'autre médicale : Le traitement médico-chirurgical des ulcères duodénaux.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Le concours pour une place de chef de clinique médicale s'est terminé par la nomination du Docteur Saric, comme chef de clinique titulaire et du Docteur Lévy, comme chef de clinique adjoint. Cordiales félicitations.

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine. — La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine rappelle aux médecins susceptibles d'être sollicités de collaborer à des publications non réservées aux seuls médecins ses communiqués antérieurs et porte à leur connaissance l'ordre du jour voté récemment par le Syndicat des médecins des hôpitaux de Paris :

« Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins des hôpitaux attire l'attention sur le danger que présente la publication dans les journaux de vulgarisation médicale destinés au grand public d'articles qui, même d'une parfaite tenue et signés par des personnalités très respectables, semblent constituer un gage de moralité pour les articles purement publicitaires et parfois charlatanesques avec lesquels ils voisinent. »

IIIe Congrès national des Médecins amis des Vins de France. — Ce Congrès s'est tenu à Dijon-Beaune-Mâcon du 18 au 20 septembre, sous la présidence du Professeur Portmann.

A la séance inaugurale assistaient le Docteur Chauveau, sénateur, M. Boulet, député, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; le directeur de l'Ecole de médecine de Dijon, le Docteur Ozanon, président du Comité d'organisation du Congrès ; le Docteur Eylaud, secrétaire général de l'Association des Médecins amis des Vins de France, et de nombreuses personnalités politiques et administratives.

Après l'exposé du secrétaire général concernant l'action de l'Association depuis le dernier congrès national (premier Con-

grès international de Lausanne, création des sections de Champagne, d'Alsace et d'Algérie, organisation d'un referendum, etc., etc.), M. le Professeur Portmann dans un discours magistral a défini le but des médecins amis des Vins de France et après avoir remercié tous ceux qui lui apportent leur concours, fait appel à tous les médecins pour continuer la croisade scientifique en faveur du vin. M. le Professeur Portmann fit table rase des objections sans fondement des adversaires d'une cause qui s'avère chaque année encore plus nécessaire.

Au cours des séances qui suivirent, différents rapports furent présentés :

La thérapeutique par le vin et les vins médicinaux. (Docteur Maurice des OUCHES, Paris). — Le vin dans l'usage externe, en particulier pour le traitement des plaies. (Docteur NOUAILHAC, Brive). — Cure thermale et curale uvale (Docteur BOUDRY, La Bourboule). — Jus de raisins et cure de raisins. (Docteur GIRAUDON, Paris). — Le vin en chirurgie. (Docteur EYLAUD, Bordeaux). — La thérapeutique du vin dans les convalescences chirurgicales. (Docteur MASINI, Marseille). — Le vin et l'ail dans la peste et le tiphus abdominal. (Docteur RIBOT, Marseille). — Propriété antianaphylactique du vin dans un cas d'urticaire. (Docteur WEISSENBACH, Paris). — La natation et les produits de la vigne. (Docteur MARONNEAUD, La Rochelle). — Le vin en pharmacie. (M. DEVAUX). — A propos du jus de raisin. (M. JAUNEL). — Le vin chaud. (Professeur P. BOULET, Montpellier). — La technique de la dégustation du vin et psycho-physiologie du vin et psycho-physiologie du goût (Docteur BÉRILLON, Paris). — La lumière, le raisin, le vin. (Docteur FOVEAU DE COURMELLES, Paris). — Le vin en diététique dermatologique. (Docteur DAVID-CHAUSSÉE, Bordeaux). — Un peu de médecine et d'histoire en Bourgogne. (Docteur BLANCHET, Buxy). — Monseigneur le vin vu par quelques médecins du grand siècle. (Docteur Henri CHAUMARTIN, Pont-l'Evêque). — Le vin et le psychisme. (Docteur BARBIER, Paris). — Nouvelles notes sur la radio-activité du vin. (Docteur CUVIER, Bordeaux). — De l'influence des traitements subis par la vigne sur les propriétés organoleptiques et hygiéniques du vin. Action des produits chimiques employés en vinification. (Docteur MEYER, Dijon). — Au sujet du collage bleu. (Docteur FAGOUET, Bordeaux). — Pourquoi de tous les vins devons-nous donner la préférence aux vins de France. (Docteur LACAT, Paris).

Puis ce fut, pendant deux jours, « en guise de travaux pratiques », comme l'a dit le Professeur Portmann, un voyage triomphal à travers le vignoble bourguignon.

.....toujours poussés vers de
Nouveaux breuvages

Les congressistes furent reçus à Marsannay, Nuits-Saint-Georges (Etablissements Challand), au Clos de Vougeot, à Aloxe-Corton, Beaune, Meursault, Bissey-sous-Cruchaud, Saint-Gengoux-de-Scissé, Moulin-à-Vent, Fleurie, Macon. Réceptions fastueuses, inoubliables.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses, par Egas MONIZ, professeur de neurologie à la Faculté de Lisbonne. Un volume de 374 pages, 40 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre est un rapport sur les tentatives faites par l'auteur pour arriver à un traitement opératoire de certains troubles psychiques.

Le Professeur Egas Moniz expose d'abord les idées théoriques qui l'ont conduit à cette orientation opératoire pour le traitement de certaines psychoses, il présente des réserves et dégage les principes fondamentaux des réusltats obtenus.

Après ces considérations théoriques basées sur des faits anatomiques, physiologiques et cliniques, il expose les cas observés, il décrit l'état des malades dès leur arrivée, leur examen en vue d'établir le diagnostic, l'intervention chirurgicale et les suites opératoires.

L'ouvrage se termine par une étude d'ensemble qui conduit à certaines conclusions.

Divers

Les serins domestiques et exotiques, par Mme A. FEUILLÉE-BILLOT. Brochure 60 pages. Prix : 4 fr. 50. Librairie agricole et horticole de la Maison Rustique, 26, rue Jacob, Paris (6e).

Cet ouvrage contient tout ce qu'il faut savoir sur les soins, la nourriture et l'installation qui permettront à ces oiseaux de vivre dans de bonnes conditions en captivité.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE

Une anecdote sur Paul Bourget. — *Elle est contée par Campagnou, alias Paul Voivenel, dans* L'ARCHER (juillet-août 1936) :

Je me souviens d'une visite que je lui fis avec un ami.

Il nous expliqua qu'ayant à écrire un article sur le *Médecin*, de Maurice de Fleury (n'a-t-il pas fait la préface de *l'Ame du chirurgien*, de J.-L. Faure, et n'ai-je pas eu, personnellement, un tel honneur pour la *Guerre des gaz* ?), il se documentait avec passion sur ce Bretonneau « à qui nous devons la notion de la spécificité de la maladie... ce génie de la clinique ».

— Tenez, lisez...

Le Maître, avec une merveilleuse souplesse et une jeunesse d'enthousiasme communicative, s'asseyait presque comme un tailleur sur un vaste canapé, faisait tomber d'un geste élégant son monocle, et commentait. Il nous lut, avec de petits cris de jubilation, la lettre de Bretonneau à Trousseau, qui venait d'être nommé député :

« Votre début me fait peur... je vais regretter avec un grand émoi vos succès de tribune... »

— Ah ! quel génie, ce Bretonneau... tenez, Campagnou, lisez-nous cette lettre de Trousseau... ce Trousseau qui se fit vétérinaire... qui se fit vétérinaire pour mieux étudier la médecine... »

Campagnou lisait... Il s'emballait aussi... et, ma foi, cet Ariégeois finissait par ne plus avoir l'accent du Midi...

Puis Bourget nous parla de Laënnec, s'inquiéta de la présence probable de Bretonneau dans l'œuvre de Balzac (« peut-être dans le *Lys dans la Vallée* »).

— Il n'est pas possible que Bretonneau, médecin à Tours pendant la jeunesse de Balzac, n'ait pas influencé cette œuvre...

Nous aurions été audelà de toute mesure dans le bureau de Paul Bourget, si un domestique, en gants blancs, n'était venu prévenir que « Monsieur était servi... *depuis un moment*. »

Mon ami s'en alla ravi... Dans la rue, le madré paysan observateur se retrouva en lui :

— Ah ! ces amateurs, même de génie, quand ils parlent du métier ! Tu as entendu sa phrase : « Trousseau se fait vétérinaire ! » Nous ne parlons pas comme ça quand nous expérimentons sur des chevaux ou autres animaux...

— Nous sommes tous des vétérinaires, à ce compte...

— Il est vrai que tant de nos clients sont si bêtes !

— Oh !

Mon ami, un villageois, quitta Paris, radieux, car, le soir même, comme le Docteur Charles Fiessinger m'avait invité, je me permis de le mener rue de la Renaissance. Nous eûmes l'agréable surprise de retrouver Paul Bourget dans le salon du maître de la Médecine, et comme ce dernier était seul à Paris, nous allâmes dîner chez J..., rue C...

... Quel régal ! (ce n'est pas de la cuisine, pourtant fameuse, que je parle). Mon ami écoutait... sans manquer d'apprécier un menu... d'académicien gourmet... Il s'enhardit, et la conversation s'anima comme entre jeunes gens... Quelle verve et quel esprit chez les deux maîtres de la Science et de la Pensée !... Le montagnard, fumant sa cigarette, happait voluptueusement son café, et s'amusait de voir Bourget verser un petit verre d'anisette dans son tilleul.

— Je raconterai ça dans mon village, me dit-il en sortant.

La médecine et les médecins en U. R. S. S. — *Les Cahiers Laënnec viennent de consacrer un de leurs mémoires (juillet 1936) à la médecine en U. R. S. S. On y trouvera les impressions de médecins qui sont allés en Russie et disent en toute bonne foi, sans parti-pris, ce qu'ils y ont vu, ce qu'ils y ont appris.*

C'est d'abord le Docteur Robert Rabut qui parle de « La condition de la médecine et des médecins en U. R. S. S. » Et voici le passage qui est la conclusion de son article :

Leibovici écrivait en 1931, dans *Vu* :

« La vie des médecins est actuellement fort dure. Ils sont tout d'abord mal payés : 120 à 130 roubles par mois... » Par ailleurs : « leur rôle de contrôleurs de l'Etat vis-à-vis des ouvriers leur rend parfois la vie dure. En 1930, la section médicale de l'Union professionnelle de Moscou créa une commission juridique spéciale, dont la tâche est de protéger les médecins contre les injures et les coups. La raison de cette mesure : le nombre croissant des outrages qu'ils ont eu à subir de la part des ouvriers et employés à qui ils refusent des congés non motivés (ivresse, paresse, etc.) ».

La situation du médecin s'est, depuis, sensiblement améliorée, de même, d'ailleurs, que la condition moyenne du prolétaire, mais non parallèlement à celle-ci. Non seulement il a profité de l'enrichissement progressif de l'Etat, qui a permis l'augmentation générale des salaires, mais, d'ancien représentant bafoué de la bourgeoisie, *il est redevenu un « monsieur »*, si j'en juge par l'appréhension et le respect avec lesquels mes « *tovaorich* » abordaient les chefs de service des formations médicales que j'ai visitées.

(*Lire la suite page* 1499.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Amputation interilio-abdominale

Par M. Georges PASCALIS

Un homme, âgé de 44 ans, m'a été adressé récemment à l'occasion d'une tumeur de l'os iliaque gauche.

Dès le début, qui remontait à trois mois, la lésion s'était révélée par des douleurs principalement nocturnes, dont la fréquence et l'acuité avaient augmenté de façon progressive cependant que le malade maigrissait d'une vingtaine de kilos et que la température oscillait entre 38,5 et 40.

La palpation permettait de sentir à la partie antérieure de l'os iliaque, une tumeur volumineuse qui comblait partiellement les concavités latérales. Malheureusement *le volume considérable* du patient ne permettait d'en préciser exactement ni les limites ni la consistance. De bonnes radiographies permirent de voir que le mal était limité aux deux tiers antérieurs de la fosse iliaque et, qu'en hauteur, il s'arrêtait au niveau du niveau du sourcil cotyloïdien respectant par conséquent l'anneau obturateur. C'était évidemment un ostéo-sarcome. Il était facile de faire comprendre à l'entourage, déjà prévenu, la gravité de la situation et plus encore, hélas ! de lui dire le peu de ressources qu'offrait la chirurgie. J'ai accepté quand on me l'eût demandé, de tenter une exérèse, après en avoir montré tous les risques.

Je n'avais jamais fait, ni vu faire d'amputation interilio-abdominale ; je me suis rapporté aux quelques travaux parus. Je dois avouer que leur manque de précision, en ce qui concerne la taille des lambeaux en particulier, m'a conduit à régler l'opération à l'amphithéâtre. J'ai pu y parvenir avec précision grâce à l'obligeance de M. Robineau.

Le détail de la technique n'a pas sa place ici. Il paraîtra dans un traité de spécialité. Mais je voudrais essayer de préciser comment il est possible de réduire les risques d'une opération évidemment fort choquante, tout en respectant les grandes lois qui commandent à la chirurgie des tumeurs malignes.

Comment réduire au minimum le choc opératoire

L'amputation interilio-abdominale ne présente pas de difficultés particulières pour un chirurgien entraîné et ayant des souvenirs d'anatomie précis. Je crois qu'elle est exécutable, avec bonnes chances de succès, si l'on veut bien se soumettre à certaines disciplines :

1° État et préparation du sujet :

Il est sage de n'opérer que des sujets encore résistants, pas trop gros, n'ayant perdu que peu ou pas de poids et dont la lésion peut être largement dépassée par le couteau. Encore faut-il qu'une étude clinique et radiologique très complète ait montré l'intégrité du reste de l'organisme.

Si les examens rituels de laboratoire sont favorables le malade sera préparé, correctement hydraté, sa tension artérielle équilibrée. On ne saurait acorder trop d'attention à la désinfection de la peau au niveau du sillon inter-fessier et du pli génito-crural. Enfin il sera amené à la salle d'anesthésie, après évacuation des réservoirs et le sang du membre inférieur sera refoulé jusqu'à mi-cuisse à l'aide d'une bande élastique pendant la narcose.

Le choc opératoire est fonction de l'anesthésie, de l'hémorragie, des sections nerveuses, du refroidissement, des sections musculaires maladroites, inutilement répétées ; il est facile de le réduire grâce à certaines précautions, et le contrôle très fréquemment répété de la tension artérielle sera, à cet égard, un guide excellent.

2° Anesthésie :

Chez mon malade, sujet obèse et atteint de déficience hépatique légère l'éther, le chloroforme, le protoxyde étaient contre-indiqués; son réflexe oculo-cardiaque donnait un ralentissement de quatre pulsations, ne nécessitant par conséquent pas de correction.

Malgré mon peu de goût pour la rachianesthésie, et une tension un peu faible, j'ai cru devoir l'utiliser. Deux centimètres cubes de percaïne on été injectés. L'anesthésie, dans les délais normaux, gagnait le bord inférieur du thorax, mais toute la zone de la paroi abdominale antérieure sur laquelle se projetait la tumeur, et le membre inférieur gauche dans son entier étaient le siège d'une hyperesthésie qui, après 20 minutes d'attente allait en croissant. Je constate le fait, sans l'expliquer J'ai dû faire administrer de façon intermittente de l'éther réchauffé. Cette double anesthésie est, pour une part importante, j'en suis certain, responsable de la mort de mon malade. Je n'hésiterai pas à l'avenir, si l'occasion s'offre à moi de répéter cette intervention, à m'en tenir à une anesthésie par inhalation, avec la drogue qu'indiquera l'examen détaillé du sujet et après correction de son équilibre vago-sympathique. Cette anesthésie confiée à un professionnel entraîné, comme je le fais toujours, et conduite avec discrétion, sera moins aléatoire.

3° Hémostase :

L'hémostase est d'une très grande simplicité pour qui voudra se conformer aux directives de Leriche. Si l'on passeune fine sonde de Nélaton sous l'iliaque primitive — manœuvre d'exécution rapide et aisée, pour assurer l'hémostase temporaire, que l'on sectionne ensuite les vaisseaux iliaques externes au-dessous de l'épigastrique entre quatre ligatures, on pourra opérer en toute quiétude.

Mon malade n'a pour ainsi dire pas perdu de sang. Il va de soi qu'à mesure que l'on avance il faut lier tous les vaisseaux, circonflexe iliaque, ischiatique, etc., et on les voit lorsqu'on sait où les trouver.

A la fin de l'opération, la pince qui assure l'hémostase provisoire libère la sonde, que l'on enlève et le sang reprend son cours normal dans l'iliaque primitive. On a alors quatre ou cinq pinces à jeter sur de minuscules vaisseaux que de fins catguts oblitèrent de suite.

L'hémostase temporaire, par sa facilité et la sécurité qu'elle apporte, me paraît une manœuvre de très grande utilité.

4° Sections nerveuses :

La section répétée des nerfs périphériques est une cause de choc bien connue, en particulier lorsqu'il s'agit de troncs de l'importance du crural et du grand sciatique. Elle donne lieu, si elle est accomplie sans de minutieuses précautions, à eu importante chute de la pression artérielle. Aussi l'aide à qui est confié le sphygmomanomètre ne doit-il pas craindre de multiplier ses lectures, lorsque ce temps opératoire est en cours d'exécution. Avant de toucher au nerf on l'irriguera copieusement avec une solution de syncaïne à 1 % ; on laissera celle-ci produire son effet avant d'injecter dans le tronc, avec une fine aiguille, la quantité de drogue nécessaire à une section physiologique totale. C'est seulement quand celle-ci sera obtenue que l'on pourra couper et cette section devra être sans action sur le sphygmomanomètre.

Il faut ajouter que cette manœuvre devra être faite sans manipulation des nerfs et sans qu'un instrument métallique ait été porté à leur contact. Tous ceux qui ont la pratique de la chirurgie nerveuse savent combien ceci est important.

5° Refroidissement :

La surface cruentée, lambeaux rabattus, est énorme. Chez mon malade elle avait 30 à 40 cm. de côté. Il n'est pas douteux

que, notamment pendant l'hémostase terminale, il y ait là une source de refroidissement très importante du sujet.

On peut à la main s'en rendre compte et l'*arrêt temporaire de la circulation si précieux par ailleurs, l'exagère encore.* Il est important de parer à cette déperdition de chaleur dans la mesure du possible.

Il est exceptionnel que l'on dispose d'une table chauffante et l'utilisation de la diathermie est une complication certaine. L'irrigation continue au sérum chauffé à 38° l'utilisation de grandes compresses de gaze imbibées de sérum chaud, d'un appareil à rayons infra-rouges, dont on sait la puissance calorique, plus simplement enfin l'emploi d'un projecteur lumineux de salle d'opération, équipé d'une lampe de 200 bougies (dont tous les opérateurs ont senti, sur la nuque la puissance de chauffe), sont autant de moyens à recommander.

La manière d'opérer :

L'interilio-abdominale peut être exécutée très rapidement, à la manière de la désarticulation de la hanche par le procédé rapide par exemple. Il ne viendra cependant à l'esprit d'aucun chirurgien, d'utiliser cette dernière technique. Chacun recourt au procédé lent, anatomique, où chaque muscle est repéré, reconnu, dégagé avant d'être tranché. Il y a intérêt à agir de même pour l'interilio-abdominale, à savoir se freiner, à opérer anatomiquement avec la minutie que voulait Farabeuf. Les sections musculaires brutales, les entailles inutiles et maladroitement répétées, outre qu'elles entraînent une hémostase secondaire importante sont incontestablement une cause de choc et de choc sérieux à la fois mécanique et protéolytique. Il est bon d'avoir des souvenirs d'anatomie précis et de ne porter le couteau sur un organe qu'après l'avoir reconnu et classé.

Si l'on veut bien observer ces précautions le choc sera réduit à des proportions compatibles avec la guérison.

Cependant il est indispensable, sur la table d'opération, de pratiquer une transfusion de 300 à 400 grammes. Tout aura été prévu pour cela de façon, si l'indication en était hâtée, à y faire face aussitôt.

Conduite de l'opération :

Le malade sera placé sur une table d'opération à bascule latérale, recouverte d'un drap stérilisé, de façon à pouvoir être incliné et placé franchement sur le côté. Un sphygmomanomètre, assujetti au bras, sera confié à un assistant qui vérifiera fréquemment la tension, en suivant les différents temps opératoires.

Deux assistants sont utiles, l'un en face, l'autre à côté de l'opérateur, côté tête.

Deux conduites sont possibles que commande le siège de la tumeur plus que les tendances du chirurgien : l'ablation totale de l'os ou son ablation partielle laissant en place le pubis et la branche ischio-pubienne. La première passe pour plus choquante ; je n'en suis pas bien certain. La sub-totale exige en effet des sections osseuses et des libérations musculaires plus importantes ; mais elle est sûrement moins mutilante car elle respecte les insertions du grand droit de l'abdomen, des muscles du périnée et des corps érectiles. C'est pourquoi je lui ai donné la préférence, bien qu'elle comporte, à mon sens, plus de difficulté d'exécution.

Les règles de la chirurgie des tumeurs malignes gardent ici toute leur rigueur : *opération large passant loin de la tumeur qui doit être emportée en bloc avec tout ce qui tient à elle.* Si la lésion occupe l'aile iliaque on attaquera donc, au couteau, les muscles larges de l'abdomen, au-dessus de la crête, *en se gardant de les désinsérer à la rugine. Les muscles qui tapissent les fosses iliaques interne (iliaque) et externe (petit et moyen fessier) doivent partir avec l'os sur lequel ils s'insèrent et auquel ils adhèrent.*

Si la tumeur est basse *tout ce qui touche à l'anneau obturateur sera sacrifié* (muscles obturateurs, insertion des adducteurs, etc.) ou sectionné à distance (muscles du périnée, releveur de l'anus), c'est à ce prix que l'on aura chance d'éviter une récidive locale qui serait particulièrement cruelle, après un tel sacrifice.

Exploration :

Comme l'a conseillé Leriche, le premier temps sera d'abord explorateur. Une grande incision sus-jacente de 15 millimètres, l'arcade crurale, permettra de répéter, en l'élargissant, la manœuvre de ligature de l'artère iliaque externe et donnera accès à la tumeur. Il sera dès lors possible d'explorer celle-ci et en cas de doute, d'en prélever un fragment pour examen extemporané au laboratoire proche.

La tumeur que j'ai découverte était si régulière et si franchement fluctuante que j'ai eu un moment de doute ; une ponction au trocart et deux minutes plus tard la réponse du laboratoire venait confirmer mon idée première et me permettait de constinuer sans arrière-pensée.

Il faut d'abord terminer le temps abdominal : section des muscles larges de l'abdomen jusqu'au triangle de Jean-Louis Petit en arrière, jusqu'à la ligne médiane ou au bord externe, du droit en avant, selon que l'opération sera totale ou non ; décollement du péritoine avec la graisse qui le tapisse (uretère compris) se font en quelques instants, avec une facilité déconcertante, et donnent sur le pelvis une vue d'une netteté et d'une précision d'atlas anatomique. C'est le moment de jeter une sonde sous l'iliaque primitive, de couper les vaisseaux iliaques externes en bonne place, de repérer, syncainer et sectionner le plexus lombaire, enfin de couper le psoas. Tout ceci est, je le répète, très simple et très rapide. En terminant on trace le chemin au fil de Gigli, en arrière, à travers le muscle iliaque, à la partie la plus reculée de la fosse interne, en terrain sain ; en avant, immédiatement en dehors de la surface angulaire du pubis, après dégagement du pectiné pour l'opération partielle, au bistouri, à travers la symphyse, pour l'opération totale.

Le temps abdominal terminé il faut passer au tracé des lambeaux.

Tracé des lambeaux :

L'incision qui va limiter le lambeau interne part du milieu de l'arcade crurale ; oblique en bas et en dedans elle vient croiser le bord interne de la cuisse (15 centimètres environ sous le pli génito-crural). Il est matelassé, sous le tégument libéré, par le droit interne et les trois adducteurs. Le lambeau externe sera formé du tégument et du grand fessier. Pour le tracer aisément on place le patient sur le côté. Un infirmier dressé (ganté et masqué) le maintien en bonne place. Le tracé de ce lambeau dessine le grand fessier et vient rejoindre en arrière et en dedans le précédent. Rapidement disséqué et rabattu, il laisse apparaître le plan des pelvi-trochantériens avec les deux nerfs sciatiques. Ceux-ci sont anesthésiés et coupés, les muscles repérés, libérés sont successivement sectionnés *loin de la tumeur*. La rugine fait la voie à la scie sur la fosse iliaque externe symétriquement au trajet intra-pelvien. Le fil, *confié aux aides côté tête, suivra le bon chemin* en serrant au plus près la sacro-iliaque. Si l'on doit garder la branche ischio-pubienne tubérosité comprise il convient de libérer les muscles qui tiennent à elle. Si la tubérosité part, inutile de s'occuper de ce qui s'y attache. Un aide tire sur le membre en abduction. Il se détache aisément, retenu seulement par le releveur anal dans tous les cas, les muscles du périnée et le corps caverneux dans l'ablation totale, que quelques coups de pointe coupent ou libèrent.

Les muscles longs, antéro-externes, ilio-jambiers et ilio-fémoraux n'ont point à être découverts, pas plus que les muscles ischio-fémoraux ou ischio-jambiers dans la grande amputation.

Le siège de la tumeur entraînera des modifications dans la dimension des lambeaux : l'un d'eux ne saurait être diminué sans que l'autre ne soit augmenté d'une quantité égale.

L'hémostase est alors assurée, minutieusement, après ablation de la sonde ; c'est à ce moment surtout qu'il importe de ne pas laisser refroidir cet énorme lambeau. Chez mon malade la tension qui était restée stationnaire durant toute l'opération, est tombée de 12 à 9 1/2 au moment de la chute du membre ; le refroidissement du temps d'hémostase, dont j'ai peut-être exagéré la minutie, a certainement une part dans cette chute. On a fait alors une transfusion de 400 grammes cependant que je suturais les lambeaux ; temps rapide et facile qui unit ad-


20 DRAGÉES
VASONITRYL
MÉDICATION HYPOTENSIVE
20 DRAGÉES
VASONITRYL
MÉDICATION HYPOTENSIVE



ducteurs et grand fessier aux muscles larges après avoir placé un gros drain au point déclive à travers le lambeau externe.

Ainsi peut-on dire que, de cette intervention parfaitement réglée, deux temps, le premier et le dernier, s'exécutent très vite et très aisément ; le second est le plus long et certainement le plus choquant du fait des sections musculaires multiples et du refroidissement qu'entraîne sa durée, si on veut la conduire avec précision et ménagement.

Après une semblable exérèse, pour un résultat fort douteux, je reste plus que jamais convaincu que la chirurgie est un pis-aller certainement momentané et que le traitement de telles lésions est d'un domaine autre que le sien.

CLINIQUE MÉDICALE

Les insuffisances surrénales légères (1)

Par M. le Docteur **STÉVENIN**

Lorsqu'on parle d'insuffisance surrénale on invoque le tableau clinique d'un grand malade aux téguments pigmentés, en état de cachexie, profondément asthénique, bref d'un addisonien. Il en existe pourtant des formes frustes, décrites par E. Sergent, L. Bernard, Léopold Lévi, ces auteurs ont rapporté des observations de malades atteints d'insuffisance surrénale légère. Les malades présentant ce syndrome se rencontrent très souvent dans la clientèle du médecin non spécialisé. Le médecin endocrinologiste en observe un grand nombre. Pour poser le diagnostic de ce syndrome il faut compléter l'examen par des tests physiologiques.

La maladie d'Addison, malgré le traitement par la cortine, qui donne dans certains cas une amélioration indiscutable, est une affection d'une gravité extrême. Par contre, la thérapeutique de l'insuffisance surrénale légère permet au malade de suivre une vie normale.

Quel est l'aspect clinique dans ces cas ? Le sujet atteint d'insuffisance surrénale légère n'est pas un malade mais ses troubles l'empêchent de mener une vie active, tant au point de vue intellectuel que physique. Dans la grande majorité des cas, il est asthénique, il se sent continuellement fatigué. L'asthénie se manifeste d'une façon variable ; tantôt elle est matinale et le sujet se réveille fatigué, tantôt, elle apparaît après un travail intellectuel ou musculaire. Les sujets atteints de ce syndrome ont habituellement beaucoup de peine à passer leurs examens, dans ces cas, le traitement agit avec un succès adéniable. On a observé, que certains sujets, tout en étant asthéniques, peuvent néanmoins faire du sport. La pression artérielle de ces malades est toujours abaissée, surtout pour la maxima qui est de 10 ou de 9 ; la minima est aussi au-dessous de la normale mais moins abaissée que la maxima. En général, ces sujets ne sont pas pigmentés mais chez certains on constate une coloration plus foncée au tronc, à l'abdomen, au scrotum.

Autre symptôme important et constant, les troubles digestifs sont de règle chez ces malades. Ils présentent une alternance de diarrhée et de constipation, leur estomac clapote, ils sont atteints de phénomènes dyspeptiques.

Ce sont des vagotoniques à cause de la diminution de la sécrétion adrénalinique. Le réflexe oculo-cardiaque montre une diminution du nombre de battements cardiaques allant parfois jusqu'à leur suspension.

Le système nerveux est profondément touché : ces malades sont des névropathes, même des psychiques ; ils s'adressent, à juste titre d'ailleurs, au psychiatre. Ils se plaignent toujours et sont considérés souvent par leur entourage comme des neurasthéniques.

Tel est l'aspect habituel des sujets atteints d'une insuffisance surrénale légère. Il n'est pas rare d'observer l'association du syndrome thyroïdien, fait très important au point de vue thérapeutique ; dans le cas de l'association de l'insuffisance surrénale et du syndrome thyroïdien le traitement d'une seule glande se montre toujours insuffisant à améliorer l'état du malade.

Ce n'est qu'après un traitement simultané des deux glandes qu'on peut obtenir la guérison.

Quelle est l'évolution de l'insuffisance surrénale légère ? Le plus souvent elle dure des années ; parfois elle apparaît dès l'enfance et évolue pendant de nombreuses années, toutefois sans une aggravation notable. L'insuffisance surrénale légère n'aboutit jamais à la maladie d'Addison. Nous avons vu des cas dans lesquels il s'agissait d'une insuffisance transitoire ; chez des jeunes gens l'insuffisance surrénale durait pendant trois ou quatre ans et guérissait après traitement, les tests surrénaux revenant à la normale.

Il semble bien que nous pouvons rattacher des cas pareils à un retard du développement des glandes surrénales qui s'effectue normalement après un certain temps.

Nous ne connaissons rien des lésions anatomiques et histologiques des glandes surrénales ; les sujets atteints d'insuffisance légère n'en meurent pas et des autopsies n'ont jamais été faites.

Les causes de ce syndrome ne sont pas bien déterminées. On a observé l'insuffisance surrénale apparaissant après une maladie infectieuse, coqueluche, scarlatine, fièvre typhoïde, oreillons ; surtout cette dernière touche particulièrement les glandes endocrines. Toutefois, ces maladies sont trop banales pour être considérées comme des causes d'insuffisance surrénale. La syphilis héréditaire frappe parfois les surrénales d'une façon insidieuse : nous avons constaté avec le Professeur Hutinel que la syphilis atteint ces glandes dans un bon nombre des cas.

Comment le diagnostic d'insuffisance surrénale peut-il être posé ? Le tableau clinique que je vous ai décrit peut correspondre à un état névropathique ; en se basant sur les tests physiologiques on affirme à coup sûr la présence d'insuffisance surrénale. Langlois se servit de l'ergographe de Mosso, appareil qui enregistre les courbes du travail musculaire. On immobilise l'avant-bras du sujet à l'aide de coussinets amovibles, deux tubes horizontaux recevant l'index et l'annulaire. Le médius, effectue des tractions rythmiques sur un poids par l'intermédiaire d'une cordelette passant sur une poulie. Un stylet solidaire de la cordelette inscrit les contractions sur un cylindre de Marey tournant à petite vitesse.

L'épreuve est répétée trois fois de suite avec des intervalles de cinq minutes de repos ; dans le cas d'insuffisance surrénale, les deuxième et troisième courbes sont notablement modifiées montrant une fatiguabilité des muscles examinés. Cet appareil fut beaucoup critiqué ; on a affirmé que les données n'étaient pas très exactes à cause de la suppléance

(1) Conférences d'endocrinologie (Nouveau Beaujon), leçon du 17 mai 1936, résumée par Mme le Docteur Rodzevitch.

musculaire. Nous avons apporté certaines modifications à ce procédé et avec ces améliorations on arrive à avoir une différence nette entre les courbes d'un sujet normal et celles d'un sujet atteint d'insuffisance surrénale légère, où on observe la diminution du travail musculaire et l'abaissement de la puissance. Le traitement de l'insuffisance surrénale amène un redressement de la courbe du travail musculaire.

Après les travaux de Loeper, de Léon Binet et de leurs collaborateurs on sait que les surrénales jouent un rôle très important dans le métabolisme du soufre, particulièrement sous forme de glutathion ; lorsqu'il existe de l'insuffisance surrénale on constate un abaissement parfois assez considérable du glutathion sanguin, ainsi qu'après l'ablation de surrénales chez l'homme et chez les animaux ; avec la méthode de Binet, la quantité normale de cette substance se dose dans le sang à un taux allant de 170 milligrammes à 260 milligrammes par litre de sérum ; en cas d'insuffisance surrénale ou après ablation des glandes ces chiffres s'abaissent au-dessus de 170 milligrammes à 100 à 120 milligrammes, constituant une diminution notable, au-dessous de 100 une très forte diminution. Pendant le traitement d'insuffisance surrénale, si l'état du malade s'améliore, on note en même temps l'augmentation du chiffre de glutathion sanguin.

L'endocrinologiste espagnol, Maranon, a étudié l'insuffisance surrénale et a noté que l'insuline provoque une hypoglycémie très prononcée chez un malade atteint d'insuffisance surrénale. En donnant du glucose cet auteur a injecté l'insuline par la voie intraveineuse et il a constaté une baisse considérable du sucre sanguin, accompagné d'une chute de tension artérielle. Maranon rapporte que le premier malade auquel il a fait l'injection intraveineuse d'insuline a succombé quelques minutes après ; c'était un addisonien profondément cachectique. L'injection intraveineuse d'insuline est une méthode trop brutale et mieux vaut ne pas l'utiliser. Les injections sous-cutanées sont moins dangereuses, mais nous préférons nous servir d'autres tests pour mettre en évidence l'insuffisance surrénale.

L'interférométrie est encore très discutée et représente une méthode d'examen très délicate. On a constaté qu'elle se montrait négative dans les maladies d'Addison. Par contre, dans la plupart des cas, assez nombreux, d'insuffisance surrénale légère où nous l'avons fait rechercher on nous a répondu qu'il existait une dysfonction de la glande surrénale.

On peut également examiner la réserve alcaline qui se montre abaissée, et doser les chlorures du sang qui sont diminués. Il n'est guère possible de pratiquer en clinique courante tous ces examens.

L'ergographie et le dosage du glutathion sanguin fournissent des données précises pour compléter le diagnostic clinique chez un sujet qui présente une asthénie et une tension basse. Le dosage du glutathion n'est pas trop compliqué et de nos jours se fait couramment. Dans les cas douteux il est indispensable de pratiquer ce dosage, d'autre part les modifications du chiffre de glutathion permettent de suivre l'effet du traitement de l'insuffisance surrénale. Le tableau clinique de l'insuffisance surrénale simule très souvent certains autres états névropathiques et réciproquement dans ces cas aussi l'ergographie et le dosage de glutathion ont un grand intérêt pratique. L'association de troubles thyroïdiens rend parfois le diagnostic clinique plus difficile ; il est souvent impossible d'affirmer sans examens complémentaires quelle est la glande dont le fonctionnement est trouble.

Une jeune fille de 23 ans présentait de la fatigue, une tension basse et des engelures pendant l'hiver ; j'ai pensé à l'insuffisance surrénale. Pourtant, les courbes ergographiques étaient normales, l'interférométrie se montrait négative. Le métabolisme basal était notablement diminué et le traitement thyroïdien a amélioré l'état général de la malade. Cliniquement on ne pouvait affirmer l'insuffisance thyroïdienne chez cette malade.

Une autre malade âgée de 34 ans était atteint d'un myxœdème typique ; le traitement thyroïdien améliorait l'état de la malade mais incomplètement. J'ai pratiqué le dosage de glutathion sanguin qui montrait un chiffre de 115 milligrammes. Tous les autres tests témoignaient une insuffisance surrénale. Le traitement par la thérapeutique surrénale a amené une amélioration considérable ; la malade était transformée.

Dans certaines myosthénies les tests d'insuffisance surrénale sont positifs.

L'insuffisance surrénale légère est améliorée, sinon guérie, par l'adrénaline et par les extraits surrénaux totaux ; on administre l'un ou l'autre produit dix jours par mois comme traitement d'entretien ; dans les cas plus graves on pratique des injections sous-cutanées d'extraits surrénaux. Les extraits totaux donnent peu de résultats dans la maladie d'Addison mais dans les insuffisances légères les succès sont très fréquents.

La cystéine en injections intraveineuses donne une amélioration temporaire chez les addisoniens : dans l'insuffisance surrénale légère nous pratiquons toujours les injections intramusculaires qui sont à peu près indolores. On fait des injections tous les deux jours par série de dix injections — dans presque tous les cas on observe une amélioration très accusée. Ce traitement est bien toléré ; dans un cas seulement nous avons observé une poussée d'urticaire après ce traitement.

Je veux vous rapporter quelques observations brèves mais caractéristiques : le premier malade, un homme âgé de 40 ans, a eu la diphtérie et la dysenterie pendant la guerre ; depuis une dizaine d'années il est atteint de troubles dyspeptiques. Depuis deux ans ce malade est très fatigué. Le traitement des troubles gastro-intestinaux a laissé subsister son asthénie. Après le traitement par la cystéine le malade est très amélioré, il peut travailler normalement en suivant un traitement d'entretien par les extraits surrénaux totaux. La tension qui était basse se relève, le glutathion est à 147 milligrammes.

Un autre malade est âgé de 52 ans ; il est nerveux, dyspeptique, atteint de troubles digestifs et d'asthénie. Les tests d'insuffisance surrénale sont positifs. Le malade est traité par les extraits totaux et par les injections de cystéine. Il a constaté la disparition de tous ses troubles.

Dans l'observation qui suit, le diagnostic d'insuffisance surrénale n'est posé que tardivement. Il s'agit d'une jeune fille âgée de 23 ans, nerveuse, réglée insuffisamment ; elle présente de palpitations, de l'insomnie, un amaigrissement très accentué, elle est rhumatisante et dyspeptique. On avait pensé à des troubles thyroïdiens, mais le métabolisme basal est normal. La malade est traitée pour son insuffisance ovarienne et ses règles deviennent normales, mais l'asthénie persiste. Un jour je reprends sa tension qui était à peu près normale lors du premier examen ; cette fois-ci elle est de 91,2-61,2. La malade présente un réflexe oculo-cardiaque très accentué. On pratique les tests d'insuffisance surrénale et ils sont positifs. Alors, on fait plusieurs séries d'injections de cystéine ; la malade est transformée ; la tension se relève, l'asthénie disparait, les forces intellectuelles reviennent, la jeune fille est capable de fournir un travail

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire, elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE.

La technique de la dégustation du vin. — *Extrait d'une communication du Docteur Bérillon, au 3e Congrès des médecins amis du vin (Dijon, 17-20 septembre 1936).*

Toute technique d'une opération exécutée dans un but méthodique se compose de plusieurs temps.

L'acte de la dégustation en comporte un certain nombre :

1° *Le temps de préparation* : représenté par la mise au point de la table, du couvert, de la désignation de la place attribuée à chaque convive. Le choix de la vaisselle et des verres n'est pas indifférent. Il est certain qu'un cru de haute valeur ne pourrait que perdre à être présenté dans une écuelle ou un verre grossier.

Boileau a fait ressortir l'impression défavorable résultant nécessairement d'une insuffisante propreté dans ces vers qui se sont imposés à la mémoire de tous les collégiens.

« On a porté partout des verres à la ronde
Où les doigts des laquais dans la crasse tracés
Témoignaient par écrit qu'on les avait lavés ».

2° *Temps de recueillement* : Dans toute analyse d'une impression sensorielle un état de recueillement est nécessaire. Il se traduit extérieurement par un jeu de physionomie qui exprime la gravité et le sérieux de l'acte qui va s'accomplir.

3° *Temps de contemplation* : Il consiste, en levant le verre à la hauteur des yeux, à se rendre compte, par transparence, des qualités de couleur, de clarté, de limpidité, et de pétillement lorsqu'il s'agit de vins mousseux.

4° *Temps de flairage* : Par l'intervention de l'odorat, le parfum, l'arome, le bouquet et tous principes odorants qui émanent des substances organiques sont décelés.

Un bouquet commun, d'une odeur forte et caractéristique, s'exhale de tous les vins. On le perçoit dans les celliers, dans les caves. En quelques villes, il envahit des quartiers entiers. On le sent particulièrement au moment des vendanges, et l'atmosphère en est imprégnée. Beaucoup d'étrangers, à leur arrivée en France, disent que partout, dans le Midi, on est poursuivi par l'odeur du vin.

Le bouquet spécifique de chaque cru réputé n'est décelé que par la dégustation.

5° *Temps de humage* : Il consiste en l'introduction dans la bouche d'une petite quantité de liquide, introduction effectuée par une sorte d'aspiration qui, pour se produire, comporte l'association de mouvements des lèvres avec un soulèvement profond du diaphragme.

Le mot humer se retrouve chez Rabelais. Dans le vieux français un des noms du vin était piot : d'où est venue l'expression qui fait image : *Humer le piot.*

6° *Temps de brassage* : Le liquide étant maintenu dans la bouche, le brassage s'effectue par une alternative de gonflements et de dégonflements des joues ayant pour but de mettre le vin en contact avec la face interne des joues, la partie supérieure de la langue et le voile du palais.

7° *Temps d'étalage* : L'étalage du vin sur le palais se trouve réalisé par un mouvement spécial d'élévation de la langue qui se traduit par un bruit sec de claquement : le vin est projeté ainsi avec plus de force sur la muqueuse.

Ces claquements, plusieurs fois répétés, en dehors de leur action mécanique, révèlent d'ordinaire la sensation de satisfaction, de jouissance donnée par le contact du vin. Ils correspondent à une attitude qui exprime l'effort d'attention gustative porté à son maximum.

8° *Temps de déglutition* : La déglutition marque le terme de l'opération de la dégustation.

Elle doit s'effectuer non d'un trait, mais par petits coups ;

de cette façon la caresse du contact avec les muqueuses du fond du gosier se trouve prolongée.

9° *Temps de perception stomacale* : L'arrivée du vin dans la cavité stomacale a pour effet de provoquer, par une sorte de réflexe particulier, une sensation de chaleur, de tonicité, d'élan vital, d'excitation psychique et de jouissance générale, dont l'appréciation constitue un des éléments les plus importants de la dégustation.

L'interprétation de ces réactions constitue un des problèmes les plus intéressants de la vie psychologique puisqu'elle fournit à l'homme un précieux moyen d'exalter à volonté ses sentiments et de les mettre à l'unisson des circonstances les plus agréables de la vie sociale.

La lenteur, j'allais dire la componction apportée dans l'exécution de tous ces temps a pour effet d'amplifier au maximum l'enregistrement de la perception gustative.

C'est par ce mécanisme que le souvenir de l'acte peut s'inscrire d'une façon profonde dans les cellules préposées à l'enregistrement des actes de mémoire et y laisser une empreinte durable.

A la fin des banquets, les *toasts*, qui, comme leur nom l'indique, sont d'origine anglaise ont pour but, en suspendant l'excitation des conversations particulières, en commandant le silence, en appelant l'attention des convives sur un acte d'un caractère rituélique et pour ainsi dire solennel, de souligner le rôle que le vin est appelé à jouer dans la vie...

Je ne serais pas médecin si je ne précisais pas que l'acte de la *dégustation* se rattache par beaucoup de points à la gravité et à l'importance d'un acte médical.

Il doit avoir pour résultat :

1° De formuler un *diagnostic* et de ranger le vin dégusté dans une catégorie, en se conformant à la doctrine des *catégories* formulée par Aristote.

Il permettra de juger dans quelle mesure l'usage de ce vin, au point de vue thérapeutique, pourra, contribuer à l'augmentation du bien-être physique et moral de l'homme, à l'amélioration de sa santé et à la conservation de sa vie.

Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que, dans tous les temps, les appréciateurs les plus éclairés des vertus propres du vin, les dégustateurs les plus exercés se soient recrutés parmi les médecins.

***

Le véritable dégustateur fait partie d'une espèce de plus en plus rare. La cuisine, à notre époque, a suivi le mouvement ; elle s'est démocratisée. Les raffinements de la bonne chère, auxquels nos pères accordaient tant d'importance ont fait place à d'autres préoccupations.

On veut aller vite en tout, même pour manger et pour avaler les aliments. Cette absorption trop rapide a dénaturé le sens du goût chez le plus grand nombre de nos contemporains ; la chimie alimentaire et l'envahissement de nos restaurants par la cuisine étrangère ont fait le reste.

L'importance du sens du goût dans l'entretien de l'instinct de conservation, et l'augmentation de la joie de vivre devrait lui valoir un rang plus élevé dans l'échelle des sensations. Sur ce terrain comme sur tant d'autres, le médecin défenseur et protecteur des plus nobles attributs de l'homme, a le devoir d'intervenir.

Il doit revendiquer pour l'éducation du goût et de la mémoire gustative, quelques moments du temps que l'école prodigue, souvent avec si peu de résultats utiles, à la poursuite d'une vaine et passagère érudition.

On peut dire sans injustice que le gouvernement des Soviets n'a rien créé d'incomparable à ce que peuvent présenter vingt autres Etats organisés sur des bases toutes différentes. D'abord, nous l'avons dit, quelques-uns de ses instituts les plus vantés sont, en vérité, un héritage de l'ancien régime. De plus, il n'est aucune de ces réalisations qu'on ne retrouve sous une forme équivalente ou supérieure dans les pays les plus éloignés de l'idéologie communiste. (M. R. La médecine soviétique et l'autre, *Cahiers Laennec*, juillet 1936.)

très sérieux. Vous voyez d'après ce cas que l'insuffisance surrénale est souvent difficile à déceler, mais que lorsqu'on y a pensé et qu'on peut l'affirmer grâce au résultat positif de tests physiologiques, on arrive à obtenir des résultats thérapeutiques très satisfaisants.

En résumé, les sujets atteints d'insuffisance surrénale légère ne sont pas de grands malades, toutefois, ils présentent des troubles qui les gênent considérablement pour mener une vie active ; heureusement, nous possédons une thérapeutique sûre qui combat et guérit ces troubles.

SYPHILIGRAPHIE

Faut-il standardiser la pratique de la réaction de Bordet-Wassermann ?

A cette question le Docteur Samuel Seydel répond par l'affirmative dans les conclusions de sa thèse inaugurale (1).

Il faut lire dans l'entier ce pertinent travail. L'auteur connaît bien le sujet dont il traite et il en écrit d'une fort bonne encre.

Ainsi : « La sérologie de la syphilis n'est pas encore en possession d'une doctrine très affermie, à cause de son caractère d'extrême complexité et de l'incertitude qui subsiste quant à ses bases biologiques. On a dit qu'elle constituait un art délicat et nuancé et certains sérologistes très entraînés aiment à se servir de plusieurs réactions différentes comme d'un clavier dont ils tirent des appréciations diagnostiques fort subtiles. Pour qui se place, cependant, au point de vue essentiel de la pratique quotidienne du séro-diagnostic, tel qu'il est effectué dans la plupart des laboratoires, il peut paraître souhaitable de voir cet art se transformer en une science aux règles précises ».

Et encore : « Les applications pratiques de la sérologie doivent être à l'abri des essais malheureux et des conceptions particulières erronées, comme de l'insuffisance technique ou de la fantaisie du personnel subalterne ».

***

L'auteur souhaite donc que, dans la pratique courante, dans les laboratoires « de routine », on mette en œuvre pour la détection de la maladie syphilitique une réaction du type Bordet-Wassermann standardisée, à laquelle on joindrait une réaction au sérum frais et une réaction de floculation, l'ensemble constituant (en ce qui concerne la syphilis) le *syndrome sérologique fondamental.*

En ce qui regarde la réaction de floculation le Kahn standard donne à l'auteur toute satisfaction. Aussi bien n'en parle-t-il qu'incidemment. De même accorde-t-il confiance à la méthode de Hecht-Mutermilch pour ce qui est des réactions au sérum non-chauffé.

Comme réaction au sérum chauffé l'auteur propose la méthode de Calmette et Massol mais *standardisée* quant à sa technique rigoureuse (qui est exposée en détail, et quant à l'antigène employé qui serait « préparé rationnellement et constitué par la fraction hapténique spécifique ».

Ainsi la réaction d'hémolyse type serait conçue dans un esprit essentiellement pratique. Elle réunirait les caractéristiques suivantes :

1° Etre rigoureusement spécifique, au prix même d'une moindre sensibilité ;

2° Posséder une technique simple, rapide et souple ;

3° Nécessiter au minimum l'intervention d'un facteur personnel dans l'exécution aussi bien que dans la lecture des résultats.

D'autre part l'antigène, nettement défini, préparé par un organisme central officiel, ne serait par ce dernier délivré qu'après épreuves sévères de sensibilité et de spécificité.

Ainsi les praticiens à des questions semblables recevraient des réponses rigoureusement identiques, comparables d'un cas à l'autre, et d'un laboratoire à l'autre, et dignes de créance à coup sûr.

Or on sait bien à l'heure actuelle (ou du moins heureux les médecins [et les malades] qui le savent) que les résultats des réactions sérologiques pour la syphilis n'ont de valeur qu'en fonction du crédit qu'on accorde au laboratoire qui les a pratiquées, que ce soit en ville ou dans le milieu hospitalier.

***

Mais l'institution d'un tel automatisme dans la pratique de la sérologie suppose une doctrine préalable et une connaissance approfondie de la nature biologique et du mécanisme de la réaction de Bordet-Wassermann.

Dans les deux premières parties de son travail, Seydel s'attache d'une part à nous exposer comment on peut concevoir actuellement et cette nature biologique et ce mécanisme.

L'exposé est très clair, agréable à lire, faisant fond sur les conceptions les plus modernes, en particulier sur le rôle antigène des lipoïdes (théorie des haptènes de Lansdteiner et Sachs), rôle qui apparaît de plus en plus important à l'heure actuelle, non seulement en matière de sérologie mais dans le domaine de la pathologie générale.

Il faut bien dire que tout n'est pas entièrement assuré dans ce que l'auteur nous propose. Mais il sait lui-même où commence l'hypothèse et il le souligne. Il faut avouer d'ailleurs que cette part hypothétique est séduisante. En effet elle est susceptible d'expliquer les faits et d'autre part elle restitue, si l'on peut dire, sa dignité à la réaction de Bordet-Wassermann en lui donnant un mécanisme au moins partiellement spécifique.

Seydel en outre, prenant, tel un mathématicien faisant une démonstration par l'absurde, les faits en sens inverse, établit que dans les réactions dites de floculation, cette dernière est un phénomène *secondaire*, et que, s'il y a bien, comme on l'écrit partout, identité foncière entre les réactions d'hémolyse et les réactions de floculation, ce n'est pas dans le sens qu'il est convenu d'adopter classiquement. « Controuvée par les faits expérimentaux la théorie de la floculation doit être abandonnée. »

Nous ne pouvons ici que reproduire quelques-unes des conclusions de l'auteur :

La réaction de Bordet Wassermann peut être considérée, avec quelque vraisemblance, comme une réaction spécifique indirecte. A ce titre elle se rattacherait au principe de Bordet...

L'antigène de la maladie syphilitique (du point de vue sérologique) est constitué par des lipoïdes hapténiques, libérés par la désintégration pathologique des tissus (Sachs et l'école de Heidelberg). On peut émettre l'hypothèse complémentaire que ces lipoïdes pourraient provenir de la paroi des vaisseaux, plus particulièrement.

Or les lipoïdes tissulaires sont *qualitativement* caractéristiques d'un organe donné, par leurs acides gras non saturés, dans une même espèce zoologique (Mayer et Schaeffer, Terroine et Belin).

Comme, d'autre part, l'organisme peut être immunisé contre les lipoïdes de ses propres organes, la mise en liberté d'haptènes spécifiques du tissu vasculaire provoquera dans

(1) Samuel Seydel, ancien externe des hôpitaux et licencié ès sciences. — Du fondement biologique et du mécanisme de la réaction de Bordet-Wassermann. La pratique standardisée du séro-diagnostic de la syphilis. Thèse de Paris, 1936. Jouve, éditeur.

le sang l'apparition d'anticorps spécifiques, qui pourront être décelés à l'aide de l'antigène correspondant (extrait vasculaire myocardique), d'où explication de la spécificité de la réaction de Bordet-Wassermann.

L'étude du mécanisme physico-chimique de la réaction mettant en lumière le rôle fondamental de l'*adsorption sélective*, substitue à la notion de floculation, dépourvue de spécificité, la notion plus féconde d'*affinité chimique spécifique*.

***

Ces extraits, pour tronqués et incomplets qu'ils soient, d'un ouvrage qui résiste à l'analyse, inciteront à lire attentivement et complètement ce livre qui en vaut la peine parce qu'il apporte des suggestions pratiques dignes d'être prises en considération, et aussi, et surtout peut-être, parce qu'il a le mérite d'exposer clairement des notions générales intéressant au premier chef le médecin en tant du moins qu'il veut être biologiste et qui pense.

Marcel PERRAULT.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Pathologie générale

Depuis dix ans la notion de terrain s'est imposée de plus en plus à l'attention médicale.

Les aspects particuliers ou localisés de la notion de terrain ne font intervenir qu'un organe ; mais les facteurs organiques que l'on met en cause représentent déjà le terrain malade ; ils ne représentent plus le terrain de la maladie ; aussi, le plus souvent, les troubles analysés ne constituent-ils pas des conditions, mais bien des conséquences de la maladie.

Les aspects généraux ou fonctions d'ensemble mettent en cause les facteurs organiques généraux. Cette orientation garde une vue générale de la maladie ; elle a un caractère synthétique ; elle serre de près le véritable problème du terrain, celui de la pathogénie, de la prédisposition morbide et de la résistance.

L'influence du mental sur l'organique présente de nombreuses inconnues ; si l'on développe ce chapitre sans réserves, on aboutit à une neuro-chimie et à une neuro-physique humorales et cellulaires et aussi à une psycho-physiologie riches de promesses.

La question des rythmes organiques a une grande importance ; la santé est le maintien des équilibres et des rythmes organiques normaux ; la maladie est affaire de rupture de ces équilibres ou rythmes ; cette notion mène à la conception physique, dynamique de la maladie.

D'une manière générale on peut dire :

1º La maladie est la résultante de deux facteurs qu'on ne peut dissocier qu'artificiellement : un terrain de prédisposition et un agent de déséquilibre.

2º C'est le terrain ou aptitude réactionnelle individuelle qui est le facteur véritablement spécifique.

3º En plaidant la cause du terrain on ne sous-estime d'aucune façon les acquisitions et les données pratiques de la bactériologie.

4º Dans une certaine mesure le point de vue extrinsèque de la maladie correspond à l'étiologie, tandis que le point de vue intrinsèque, celui du terrain, correspond à sa pathogénie.

5º Une conception plus large du sens de la maladie doit conduire à une séméiologie plus riche.

6º La rénovation de la notion de terrain mène à la rénovation de la notion d'hérédité morbide.

(P. Delore. Sur le renouveau de la notion de terrain en pathologie. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 mars et 5 avril 1936.)

Erreurs de diagnostic

Les erreurs de diagnostic en rapport avec le symptôme douleur sont assez fréquentes dans la pratique médicale.

En ce qui concerne tout spécialement la sciatique, les erreurs devraient ne plus exister, étant donnée la clarté du tableau clinique d'une névralgie de ce nerf.

Au point de vue pratique, il faut penser que le diagnostic clinique de sciatique implique la recherche de son étiologie et ne conclure à l'origine rhumatismale (ou *a frigore*) que lorsque toutes les hypothèses ont été épuisées.

La sciatique est d'autant plus suspecte que des symptômes neurologiques s'y ajoutent.

L'examen de tous les organes du bassin, des sphincters, de l'articulation coxo-fémorale sera complété par l'examen viscéral complet, toutes les fois que le traitement institué n'aura pas donné de résultat sensible après quinze ou vingt jours d'attente.

(Schachter. Les erreurs de diagnostic en matière de sciatique. *Revue médicale de Nancy*, 15 mai 1936.)

Gynécologie

Les troubles digestifs sont loin d'être exceptionnels dans les fibromes utérins.

Il y a de la constipation habituelle, de l'inappétence, des nausées et un état de tympanisme chronique.

Quelquefois les troubles digestifs sont au premier plan et on découvre le fibrome au cours de l'examen général.

Plus souvent ils n'apparaissent que comme des signes accessoires.

Les fibromes inclus, bloqués ou volumineux entraînent une gêne mécanique de l'intestin et une irritation du sympathique abdominal. L'anémie hémorragique intervient pour la production de la dyspepsie atonique. Enfin l'intoxication chronique, par résorption des toxines, crée aussi des troubles digestifs.

(G. Jeanneney et J. Magendie. Troubles digestifs dans les fibromes utérins. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 15 mars 1936.)

Ophtalmologie

Le nombre des trachomateux augmente au Liban dans des proportions inquiétantes.

Le nombre particulièrement restreint de trachomes au début dénote une insuffisance marquée dans le système de dépistage et le peu d'empressement que mettent les indigènes à consulter tant que les troubles de la vue gardent un caractère apparemment bénin.

En dépit de la fréquence des complications, la perte des yeux semble relativement rare : sur 6.028 trachomateux on a compté 13 cas de cécité et 88 cas de perte d'un seul œil.

L'ensemble des cas dénote une évolution qui tendrait au maximum vers le processus cicatriciel.

(Ph. Thomas. Un aspect de la lutte antitrachomateuse au Liban. *Annales de la Faculté française de médecine et de pharmacie de Beyrouth*, mars-avril 1936.)

Oto-rhino-laryngologie

L'adénoïdisme est une véritable maladie sociale en Cochinchine.

Le lymphatisme de la muqueuse pharyngée ressortit à une dystrophie générale, avec une pathogénie complexe, infectieuse, alimentaire, avitaminosique.

L'adénoïdisme conduit à l'obstruction nasale avec insuffisance respiratoire, thorax étroit, longiligne, bouche entr'ouverte, projection en avant de l'os incisif, voûte palatine ogivale. Déviation de la cloison nasale hypertrophique, hypertrophie des cornets inférieurs, polypes du méat moyen sont d'observation extrêmement fréquente et constituent le nez annamite.

(Ch. Massias. L'adénoïdisme en Cochinchine, ses causes, ses conséquences. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, janvier 1936.)

Psychiatrie

C'est un fait que la manie figure parmi les complications possibles des états infectieux ou toxi-infectieux ; elle apparaît soit à la fin de la période aiguë, soit à la défervescence. Elle

est beaucoup moins fréquente que les complications classiques : confusion mentale, onirisme, délire hallucinatoire.

Une observation concerne un pneumonique, chez lequel la manie est apparue vers le septième jour. Dans la suite le sujet n'a pas guéri de ses troubles névro-psychopathiques : il a fait de l'asthénie durable et deux autres accès de manie ; il est décédé au cours du dernier. Ce cas établit qu'une infection peut engendrer l'asthénie-manie périodique.

L'infection a déterminé chez le malade un état de grande déperdition des forces nerveuses et l'asthénie de l'infection a fait place ensuite à la manie ou hyperthénie. Ainsi s'est trouvé réalisé un état d'asthéno-manie secondaire à une pneumonie.

(R. Benon. Pneumonie et asthénie-mrnie. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 1er mars 1936.)

J. Lafont.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Epidémiologie

Le typhus exanthématique existe en Bessarabie depuis 1904. En 1909 il y eu 50.400 cas, en 1920 31.246 cas ; la courbe épidémique est descendue brusquement en 1921 avec 3.489 cas ; depuis elle se maintient entre 1.500 et 3.000 cas.

La pathogénie et l'épidémiologie sont dominées par l'existence de deux cycles évolutifs :

1° rat — puce — rat ;

2° homme — pou — homme.

Tant qu'on n'est pas parvenu à une déparasitation complète de la population et des logements, on n'a rien fait et la maladie persiste à l'état endémique avec des recrudescences épidémiques. En Bessarabie la misère physiologique de la population rurale intervient comme facteur favorisant.

On a organisé en 1934 une campagne antiexanthématique intense ; elle a été menée par 64 équipes de déparasitation, qui ont utilisé tous les moyens modernes ; 300 villages ont été déparasités, mais il en reste encore 1.700 à assainir.

La tâche est difficile ; elle sera menée à bonne fin grâce aux guides intellectuels de la population : médecins, instituteurs, maires, prêtres, sages-femmes. Il serait intéressant de créer deux *semaines de propreté* par an, pendant lesquelles on déparasiterait les communes.

(Nicolæ Smadu. Consideratiuni asupra tifosului exantematic in Basarabi si asupra masurilor mai efficace de combatere. *Revista de Igiena sociala*, février 1936.)

Pédiatrie

Une compression de la moelle cervicale chez un enfant de 5 ans se traduit par le syndrome neurologique suivant :

Quadraplégie, paralysie flasque pour les deux membres supérieurs, avec aréflexie et hypotonie ; paraplégie spasmodique, en attitude d'extension aux deux membres inférieurs, avec hyper-réflectivité tendineuse, Babinski bilatéral sans atrophie musculaire, ébauche du triple retrait.

La ponction lombaire indique un blocage. La radiographie ne décèle aucune lésion osseuse vertébrale à la région cervicodorsale. Le lipiodol lourd indique un arrêt complet au niveau de DI.

Par élimination on arrive au diagnostic de tumeur duremérienne comprimant les racines antérieures de la moelle cervicale.

(Sylvio Caron et Gustave Desrochers. Compression de la moelle cervicale. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec*, février 1936.)

La mythomanie, fréquente chez les jeunes enfants, n'est pas la pathologie de l'imagination, mais bien celle de la vanité.

Cette variété de fabulation vaniteuse se manifeste dans la pratique par la mise en œuvre de faux attentats ou de fausses maladies.

L'activité mythique se manifeste comme un mode particulier d'activité intellectuelle chez l'enfant et représente souvent non plus un instrument de jeux, mais une arme dangereuse ; c'est pourquoi les experts médico-légaux conseillent une grande réserve dans l'utilisation du témoignage des enfants.

(Laurent Patry. Un cas de mythomanie. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec*, février 1936.)

Orthopédie

C'est le plus souvent au stade orthopédique que se présentent, à la clinique de la Hestre les malades atteints de poliomyélite antérieure.

Les auteurs admettent que, dix-huit mois après la phase aiguë, tout espoir de rémunération doit être abandonné. Les lésions musculaires sont acquises ; les traitements, généraux et locaux, sont inopérants ; en dépit des massages, les déformations s'aggravent.

On doit alors s'orienter vers la chirurgie réparatrice, qui dispose des moyens suivants : les appareils orthopédiques, le redressement forcé, les interventions musculo-tendineuses, les opérations osseuses.

Les appareils orthopédiques, si ingénieux soient-ils, ne stabilisent pas l'évolution d'un pied atteint de poliomyélite antérieure. Dans certains cas, où il y a intérêt à temporiser, on modifie la semelle de la chaussure, tout en expliquant aux parents qu'il ne s'agit que d'une mesure d'attente.

Le redressement forcé s'adresse aux pieds déformés, irréductibles. On lui a reproché de n'être pas chirurgical, d'être aveugle et violent. On lui a également fait grief de ne donner que des résultats temporaires. Aussi est-il sage de ne le considérer que comme le premier temps d'un plan plus complet.

Les interventions tendineuses consistent en allongement ou en transplantation. L'allongement rétablit la forme mais non la physiologie. La transplantation suppose que le pied a des axes corrects. Pour être logique il faut éviter de bouleverser la physiologie du muscle transplanté. En sectionnant le muscle Salmon a fait une ténotomie, qui empêche l'aggravation de la déformation initiale ; pour affirmer que le résultat est bon il faut voir et sentir se contracter activement le muscle transplanté.

Parmi les interventions osseuses la double arthrodèse, sous-astragalienne et médio-tarsienne, est une excellente opération, qui stabilise parfaitement le pied postérieur.

Les indications varient suivant l'âge et la gravité ; mais les moyens dont on dispose, loin de s'opposer, se complètent parfaitement.

(R. Soeur et R. Goffin. Principes de la correction des pieds bots paralytiques. *Scalpel*, 4 avril 1936.)

Laboratoire

La réaction de Wassermann peut être négative dans les syphilis secondaires récidivantes, déjà traitées ; la récidive est donc purement clinique.

Les causes de cette dissociation des phénomènes cliniques et sérologiques sont assez obscures.

Certains auteurs ont invoqué les caractères particuliers du tréponème. Le siège de la lésion initiale aurait également une certaine influence. L'atteinte de l'état général et le pouvoir hémolytique anormal du sérum joueraient aussi un rôle.

Si la positivité est l'expression d'une réaction de l'organisme vis-à-vis de l'infection luétique, il faut donc admettre que l'organisme réagit avec un retard important dans des cas semblables ; ce retard serait d'ailleurs défavorable.

(Filippo Franchi. Persistenza di negativita delle reazioni sierologiche in periode secondario. *Minerva medica*, 25 février 1936.)

Thérapeutique

Les bases biologiques de la thérapeutique hormonale en gynécologie reposent sur le rôle des hormones sexuelles et antihypophysaires dans le mécanisme des cycles ovariens et utérins.

La voie de cette thérapeutique paraît toute tracée : soit remplacer les produits d'une sécrétion insuffisante par substitution ou addition d'une hormone active de même nature, soit réveiller une glande paresseuse en faisant agir sur elle l'hormone stimulante provenant d'une autre glande. Le problème est compliqué par la synergie pluriglandulaire nécessaire au

fonctionnement de l'appareil génital féminin, le système nerveux, le climat, les affections locales, etc.

L'expérience est suffisante pour affirmer que, dans les insuffisances ovariennes non accompagnées de malformations rhédibitoires, le traitement hormonal — sans exclure le traitement général — est formellement indiqué, avant tout par la folliculine, associée ou non à la gonado-stimuline hypophysaire et aux produits d'autres glandes endocrines, telle que la thyroïde.

Dans les hémorragies génitales l'hormonothérapie est inconstante, voire décevante, et ne saurait remplacer les méthodes consacrées par une expérience déjà ancienne.

Une thérapeutique rationnelle par les hormones antéhypophysaires et ovariennes ne sera possible que lorsque :

1° Sera établie d'une façon péremptoire la relation exacte entre les troubles génitaux de la femme et le taux d'excrétion des différentes hormones ;

2° La titration de ces hormones dans les humeurs sera pratiquement réalisée ;

3° Nous aurons à notre disposition des préparations stables, de prix abordables, dont l'effet sera identique à celui des produits endocriniens humains et que nous pourrons employer avec des indications de durée, de quantité, d'associations hormonales correspondant aux conditions physiologiques.

(René Kœnig. L'hormonothérapie en gynécologie. *Revue médicale de la Suisse romande*, 10 mars 1936.)

Les médicaments sont souvent prescrits d'une façon machinale, à tort ou à contre-temps ; en voici quelques exemples :

1° Digitale. — La digitale est trop souvent un poison. Elle n'agit pas dans la tachycardie d'origine nerveuse, toxique ou anémique ; elle peut exagérer une innocente arythmie. Elle ne ramène pas le rythme normal dans la fibrillation auriculaire, pas plus que dans la tachycardie paroxystique. Elle n'a pas d'efficacité dans l'endocardite rhumatismale. La valeur de la digitale dans la pneumonie est très discutée ;

2° Strychnine. — Elle est fréquemment prescrite dans la défaillance circulatoire, bien que son emploi ne soit nullement justifié ;

3° Caféine. — Ses effets sont aussi légers qu'inconstants ;

4° Camphre. — Il a la réputation d'un bon stimulant cardiaque ; il n'aurait cependant aucun effet sur la pression sanguine, même à des doses élevées ;

5° Trinitrine. — Elle a donné beaucoup de déboires dans l'angine de poitrine ;

6° Nitrites et iodures. — Ils ne donnent dans l'hypertension qu'une amélioration passagère et encore ;

7° Expectorants. — Ils ont l'inconvénient d'irriter la muqueuse gastrique et de donner des nausées ; ils n'agissent du reste que dans les bronchites et non dans les pneumonies.

(Clifford Hoyle et J.-W. Linnell. The misuse of some common remedies. *Practitioner*, janvier 1936.)

Le mérite de l'emploi du bismuth dans les angines aiguës non-spécifiques revient à Aristide Monteiro, de Rio-de-Janeiro, comme chacun le sait. Ce traitement est recommandé dans les angines et amygdalites aiguës érythémateuses, catarrhales, lacunaires et pultacées, produites par les pyogènes courants.

Tous les sels de bismuth se valent, qu'ils soient solubles ou insolubles. On fait la dose normale pour l'adulte et on la répète dans les 24 ou les 48 heures.

La statistique des auteurs comprend 54 cas, dont 2 (1 angine herpétique et 1 angine diphtérique) doivent être retirés. Le traitement a échoué dans 21 % des cas ; ceux-ci se composaient d'angines érythémateuses lacunaires et pultacées. Dans 79 % des cas on obtint de bons résultats ; quelques-uns furent brillants et tout s'arrangea dans les 24 heures, après une seule piqûre ; d'autres nécessitèrent trois injections.

(Juan Manuel Tato et V.-E.-R. Carri. La bismutoterapia en las anginas agudas. *Prensa Medica Argentina*, 8 avril 1936.)

Le chlorure de papavérine a été utilisé avec succès dans un cas d'occlusion artérielle aiguë.

Les doses courantes sont les suivantes : de 0,06 centigrammes à 0,10 centigrammes par voie buccale, de 0,01 à 0,04 par voie intraveineuse. Les solutions doivent être fraîchement préparées.

(G. P. Goñalons. El cloruro de papaverina en las oclusiones arteriales agudas. *Prensa Medica Argentina*, 29 avril 1936.)

J. Lafont.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Obésité héréditaire irréductible

M. Monnerot-Dumaine rapporte (*Pratique médicale*, mai 1936) une intéressante observation :

Il s'agit d'un sujet âgé de 26 ans, qui pèse 117 kgr. 600 et mesure 1 m. 67. Son obésité a été jusqu'ici irréductible. Après une série d'examens qui ne relèvent aucune tare endocrinienne ou organique nette, il entreprend la cure dinitrophénolique (un comprimé par 10 kilos de poids) associée à un régime assez sévère. En un mois, il maigrit de 17 kilos sans aucun incident.

Après quinze jours de repos, il reprend le traitement, et, en quatre mois, il maigrit de 30 kilos.

Un arrêt trop prolongé amène une augmentation de quelques kilos, que le jeûne réduit facilement.

Enfin, le malade se stabilise grâce au dinitrophénol au poids de 64 kgr. 550, sans autre inconvénient qu'une ptose mammaire telle qu'il envisage une opération esthétique.

En résumé, cette obésité juvénile familiale, rebelle à toute autre thérapeutique a facilement cédé au Dinitra et au régime.

L'auteur rappelle la grande marge de sécurité qui existe entre les doses thérapeutiques (2 milligr. par kilogramme), les doses toxiques (30 milligr.) et les doses mortelles (50 milligr.) et il conclut que le dinitrophénol « donne des résultats si intéressants qu'il doit être admis en bonne place dans l'arsenal thérapeutique ».

Le traitement des polynévrites par la radiothérapie

La radiothérapie appliquée en irradiations médullaires donne des résultats rapides, amenant la sédation des douleurs, amendant les troubles trophiques et paraissant nettement favoriser la réparation nerveuse. Dans les formes légères, elle accélère la tendance à la regression spontanée, mais elle paraît surtout très utile dans les formes graves et traînantes.

Les doses nécessaires de rayons sont extraordinairement minimes, ne pouvant avoir ainsi d'action nocive, ni sur les centres nerveux, ni sur l'état général ; les accidents cutanés ne sont pas non plus à redouter. Il n'y a donc aucune contre-indication de l'utilisation du rayon X dans les polynévrites.

De plus la radiothérapie ne s'oppose pas aux autres modes de traitement, particulièrement aux modes électro-thérapique et physiothérapique qui la complètent heureusement.

Il y a donc lieu, dit M. Le Bars (Thèse de Paris, 1936) de recourir aux rayons X chaque fois que des troubles polynévritiques sont assez accentués ou assez durables pour que l'on ait des doutes sur leur résolution rapide spontanée.

A propos des cancers développés sur les cicatrices de brûlure

MM. Riche, Truc et Bétoulières (*S. des S. M. et B. de Montpellier et du Lang. M.*, 12 juin 1936), rapportent le cas d'un malade qui, 24 ans après une brûlure étendue de la jambe, fit une néoplasie sur sa cicatrice à l'occasion d'un traumatisme. L'amputation fut nécessaire en rasion de l'étendue de la tumeur.

Les auteurs insistent sur la nécessité du traitement prophylactique de la dégénérescence des cicatrices, en surveillant d'abord très attentivement la cicatrisation des plaies de brûlures de façon à éviter les brides et les excroissances susceptibles d'être l'origine de traumatismes, de tiraillements. Si la cicatrice reste large et adhérente, mieux vaut la supprimer et combler la brèche par une autoplastie.

Un cas de kyste hydatique du foie ancien et calcifié, tardivement ouvert dans les voies biliaires

Il s'agit d'un homme qui fut radiographié en 1932 à l'occasion d'une fracture traumatique des côtes. Cet examen décela un kyste calcifié du volume d'une mandarine situé dans le lobe droit et tout à fait latent. Trois ans après, brusquement, apparition de crises douloureuses intermittentes sous-hépatique avec ictère par rétention sans fièvre.

Le tubage révéla des crochets hydatiques dans le liquide duodénal.

L'intervention permit de vider le kyste rempli de vésicules avec drainage, sans toucher aux voies biliaires saines. Guérison. (Riche, E. Truc et M. Vergues. — *S. des S. M. et B. de Montpellier et du Languedoc M.*, S. du 19 juin 1936.)

Echos et Glanures

(Suite)

Le médecin est maintenant dans la catégorie enviée des *ingénieurs*, qui, elle aussi, est redevenue une classe privilégiée. Dans les *Soviets* des établissements hospitaliers il a le plus souvent repris la prépondérance, et, par une ironique retour des choses il tend à être, de nouveau, un bourgeois.

Son salaire, au début, est de 400 roubles par mois (soit environ le double du salaire moyen d'un ouvrier) et peut atteindre 1.000 roubles s'il devient professeur. Ce salaire est d'ailleurs souvent doublé, en raison des *cumuls* nécessités par l'insuffisance numérique du corps médical. Il peut être encore augmenté de gratifications diverses *pour services distingués*. C'est ains que, à la suite du récent *Congrès de physiologie* de Moscou, les plus anciens maîtres, au lieu de la décoration qu'ils auraient reçue chez nous, ont touché une récompense de 3.000 roubles.

Le médecin jouit enfin de divers avantages en nature. Une auto peut le transporter à l'hôpital ou même lui être attachée personnellement, s'il est « quelqu'un » dans la hiérarchie médicale, et l'on prévoit que le rendement intensif des nouvelles usines *Ford* lui permettra bientôt d'acheter une voiture pour 2.000 roubles. On construit, d'autre part, des logements où le médecin pourra devenir *propriétaire d'un appartement*, susceptible d'être légué à ses héritiers et où, moyennant 50 roubles par mois, il peut s'offrir une domestique.

En échange de ces divers honoraires en espèces et en nature, quel est le labeur du médecin ? On lui demande un travail quotidien qui est, théoriquement de six heures, en raison du caractère insalubre de la profession, mais qui, pratiquement, est bien souvent réduit à 4 h. 1/2 si j'en juge par les formations médicales qui m'ont été montrées. De plus, (sauf à déduire les tours de garde) il n'y a que 25 jours de travail par mois, car tous les sixièmes jours sont fériés. Il existe enfin, un congé annuel, payé, de six semaines.

En marge de leurs fonctions officielles et en dépit d'une interdiction théorique, un certain nombre de médecins font de la *clientèle privée*... et cela par la force des choses. Quelques exemples le démontrent facilement.

Si rapides que soient les secours d'urgence très bien organisés, il est bien naturel que, la nuit surtout, un malade qui souffre ou qui est en danger, dérange le médecin qui habite sa maison ou même son appartement. Il est aussi naturel qu'il lui en sache gré par un cadeau. D'autre part, tel malade qui n'accorde pas sa confiance au médecin de son district va s'adresser au médecin d'un district voisin, dont il a entendu vanter la compétence. Le médecin lui accordera ses soins, en se faisant honorer. Supposons, enfin, qu'un consultant, plus adroit ou plus aimé, ait un nombre si élevé de demandes qu'il ne puisse satisfaire à toutes dans son horaire de travail : il aura le droit de faire des *heures supplémentaires* qui lui seront payées par l'administration ; mais sa réputation peut être telle que ces heures supplémentaires deviennent elles-mêmes insuffisantes. Pour endiguer le flot, ce médecin ouvrira un cabinet de ville où il se fera payer directement par la clientèle.

Cela est si prévu que le grand médecin aura droit, dans son logement, à une pièce de plus pour recevoir ses malades et qu'il doit tenir, sur un registre, une comptabilité en vue d'un impôt sur le revenu.

Officiellement, on vous dit bien que la médecine privée est un reliquat capitaliste en voie de disparition, qu'on observe surtout en vénéréologie ; car (autre reliquat du capitalisme), les maladies vénériennes sont encore honteuses en U. R. S. S., non seulement pour le malade qui préfère l'intimité d'un cabinet médical à la consultation hospitalière, mais aussi officiellement, puisque le *secret médical* (encore un reliquat capitaliste) n'est conservé que dans cette branche de la médecine.

En réalité, j'ai l'impression que la clientèle privée est un renouveau en accroissement et que l'on verra augmenter le nombre des *plaques*, qui, à l'heure actuelle déjà existantes, marquent la porte de certains médecins.

En définitive, la *condition de la médecine et du médecin est ouverte à l'espoir*, de même d'ailleurs, que celle de tout citoyen de l'U. R. S. S.

Cet espoir, trop souvent confondu par les officiels avec la réalisation, domine la collectivité russe, dont elle entretient le mysticisme et l'ardeur au travail. Il s'attache au communisme lui-même, dont l'instauration fait encore partie des innombrables projets de *l'Union Soviétique* qui, d'ailleurs, s'en écarte chaque jour davantage.

Le Docteur François Favre qui s'est astreint à vivre trois semaines dans l'atmosphère des hôpitaux de Moscou, spécialement dans l'Institut Sklifanowsky, dit aussi ce qu'il a appris sur « La condition du chirurgien en U. R. S. S. »

Le chirurgien russe. — Comme tous les citoyens soviétiques, le chirurgien est fonctionnaire, et est payé par l'Etat. C'est même un fonctionnaire que j'ai trouvé assez satisfait, car il venait de voir doubler son traitement (600 roubles par mois, au lieu de 300).

Il doit assurer son service d'hôpital — ou de dispensaire — cinq jours sur six, et prendre des gardes. Mais la plupart, pour vivre, font des cumuls, c'est-à-dire ajoutent à ce travail une infirmerie d'usine, ou toute autre fonction sociale rétribuée, et ont alors une existence assez fatigante. Ces cumuls sont d'ailleurs nécessaires puisqu'on estime qu'il y a 125.000 postes médicaux en U. R. S. S., pour lesquels on ne dispose que de 75.000 médecins.

Je rappelle qu'il n'y a plus de clinique privée, mais les malades aisés peuvent demander le médecin de leur choix.

Le travail du chirurgien, surtout dans les grands centres, est un travail spécialisé, ce qui, avec l'énorme *matériel chirurgical* dont il dispose, permet des recherches intéressantes.

Le chirurgien a droit à un mois et demi de vacances, et bénéficie comme dans toutes les professions, d'assurances multiples. Il est modestement habillé et logé à l'étroit, trop heureux quand il peut obtenir pour lui et sa famille un appartement minuscule dans un « *Immeuble pour Intellectuels* » qui ressemble à nos maisons ouvrières.

Il n'a pas d'auto. Si on lui en fait la remarque, il réponde qu'il n'a qu'à téléphoner à l'hôpital pour en avoir une *si on estime que son temps en vaut la peine* ! Il n'a pas d'auto, mais il a bien l'espoir d'en avoir une dans quelques années, quand la production sera suffisante.

Le médecin russe a très peu de liberté : il ne peut faire de voyage privé ; et les voyages de santé, les voyages officiels à l'étranger dépendent du gouvernement qui accorde le *visa* si le voyage est « utile à l'U. R. S. S. ». Ce visa est difficile à obtenir parce que c'est le gouvernement qui doit donner alors au voyageur des *valutas* (monnaies étrangères) à la place de ses roubles dépréciés, et que « *la Russie est pauvre* ».

Enfin, qu'il adhère ou non au Parti, le chirurgien a intérêt à suivre aussi le développement du Plan annuel, et à y contribuer. Et il peut lui être utile aussi de fréquenter les conférences *culturelles* de son hôpital (sur les sujets sociaux, littéraires ou politiques les plus divers, par exemple : sur Dimitrov), de bien répondre à l'interrogatoire qui les suit, et d'obtenir une bonne note...

Le malade russe. — On ne vit pas plusieurs semaines avec des malades, même de langue différente, sans s'attacher un peu à eux, et sans essayer de les comprendre. Voici, à ce sujet, et comme ils se présentent, quelques souvenirs des hôpitaux soviétiques.

Les *entrants* étaient en général mal tenus, et mal rasés, comme le sont d'ailleurs souvent les travailleurs manuels. Et ils étaient très mal habillés comme les derniers de nos chômeurs.

Ils étaient lavés ou baignés en arrivant, aussi je n'ai pas pu juger de leur état de propreté corporelle. Mais si j'évoque l'odeur épouvantable du dancing de *l'Hôtel Métropole*, à peu près abandonné à cette époque de l'année par les étrangers, et envahi par une élite d'ouvriers et d'ouvrières soviétiques, je présume que le bain des entrants était particulièrement nécessaire.

Ces malades étaient maigres. Je n'ai jamais vu à Moscou de ces obèses qui sont la terreur des chirurgiens de tous les pays. Pour les ouvriers, le travail est dur, les salaires encore faibles (150 à 180 roubles par mois, ce qui correspondrait, en France, à une puissance d'achat de 150 à 180 francs...) et il n'y a souvent par jour qu'un véritable repas, le repas de midi, servi à l'usine.

Dans la salle d'opérations, on pouvait voir tous les types ethniques, et toutes les réactions. L'U. R. S. S. s'enorgueillit, en effet, de ses 185 nationalités, comme d'autres pays, de leur unité raciale. J'ai vu des malades pleurants ou suppliants. J'en ai vu d'angoissés, silencieux. Mais j'en ai vu surtout de profondément impassibles, immobiles, yeux fermés et capables d'attendre ainsi une heure, deux heures, ou davantage, dans le va-et-vient d'un couloir, ou le cliquetis des instrumnts sur la table voisine. J'ai vu également maintes fois opérer à l'anesthésie locale, ou panser, dans une même salle, deux malades de sexe différent, sans que l'homme et la femme échangent un regard.

Les malades, dans les hôpitaux, sont bien alimentés, et dans une clinique gynécologique, une affiche insistait sur la progression de la valeur de l'alimentation journalière : un rouble en 1929, deux en 1932 et quatre en 1935.

Ils sont un peu serrés : la crise du logement se fait sentir jusque dans les hôpitaux, et est certainement un des motifs de la si courte hospitalisation dans les abortoirs. Ils n'ont pas de draps, et sont roulés dans deux couvertures ; mais ils ont tous la T. S. F. à leur tête de lit.

Certains malades bénéficient d'attentions particulières dans l'*abortoir* que j'ai visité, la chambre des intellectuelles (où se trouvaient deux doctoresses) était tout à fait semblable aux autres ; une seule chambre était un peu plus coquette, avec des fleurs : celle des *travailleuses d'élite*.

L'outillage chirurgical. — Si l'on étudie les instruments qu'emploient les chirurgiens russes, on doit reconnaître que le succès d'opérations, même difficiles, ne dépend pas seulement du nombre, de la variété ou de la complexité des instruments, comme on a tendance quelquefois à le croire. Nous sommes loin, ici, des belles vitrines et des instruments étincelants de nos panseuses parisiennes. Les Russes ont des instruments habituels — ou leurs équivalents — mais vieux et usagés.

Il leur manque encore beaucoup, et on a souvent, avec un collègue russe, une conversation du type suivant :

— Ne connaissez-vous pas les agrafes de Michel ? — Si, mais celles qu'on nous donnait étaient trop mauvaises ; nous attendons qu'on nous en fasse de meilleures.

— Avez-vous du leucoplaste ? — Non, pas encore. Mais nous en aurons dans deux ans.

J'ai l'impression qu'un des motifs de la vogue des « *sangs de conserve* », c'est-à-dire incoagulables, est précisément qu'ils ne nécessitent pas de délicates seringues verre-métal, mais simplement une aiguille et un bock.

Les instruments de précision, les appareils d'électro-radiologie, d'optique, viennent de l'étranger, et surtout d'Allemagne, dans la mesure où le permettent les crédits restreints des grands services. Mais il y a de nombreuses spécialisations chirurgicales que retarde le manque de ces instruments de précision. Et il est infiniment probable que les hôpitaux de province sont plus démunis encore que les grands centres de Moscou.

L'outillage médical se poursuit d'ailleurs et se nationalise. C'est ainsi que j'ai vu un masque d'anesthésie russe fortement inspiré de celui d'Ombredanne ; l'appareil à insufflation pleurale de Slobadianky, qui tend à remplacer celui de Küss, etc...

En pharmacie, on retrouve la même insuffisance. Les *Apoteke* sont assez mal tenues, comme beaucoup de magasins ou bureaux à Moscou, avec des bocaux plus ou moins poussiéreux, et à peu près vides. Il n'y a dans la capitale, paraît-il, que la pharmacie de la *Guépéou* où l'on puisse se procurer les médicaments usuels.

L'herbe à Nicot. Son emploi et sa consommation à travers les siècles. — *M. le Docteur Poncel publie dans* Marseille Médical (5 août 1936) *une étude sur* Le Tabac et l'hygiène. *Nous en détachons quelques passages où l'auteur rappelle les premiers usages de l'herbe à Nicot et sa consommation actuelle.*

... C'est en Amérique que croît le tabac. L'origine de son emploi paraît avoir été religieux. Voulant évoquer un démon, les sorciers caraïbes brûlaient du tabac pour l'attirer par l'odeur de la fumée. D'où le nom de *Plante sacrée*. Au Brésil, les guérisseurs faisaient des incantations et dirigeaient sur les malades les volutes émanées du brasier. C'est en effet le mode le plus simpliste d'utilisation de la fumée. On peut rapprocher cette technique de celle des habitants de l'île d'Araxe, qui, au dire d'Hérodote, s'assemblaient autour d'un grand feu, et s'énivraient à respirer les émanations de certains fruits qu'ils brûlaient.

Donc, pendant de longs siècles, le tabac reste l'apanage de l'Amérique. Il est utilisé d'abord, semble-t-il, dans les cérémonies religieuses. Les prêtres, par des inhalations, se plongeaient dans une ivresse extasique, au cours de laquelle leur esprit acquérait des pouvoirs supra-naturels : ils prédisaient l'avenir, guérissaient les malades et se livraient à leur opération de magie occulte.

... Les indigènes utilisaient aussi le tabac pour leur plaisir, et recherchaient une sorte d'ivresse en aspirant la fumée des feuilles séchées et roulées en des sortes de cigares appelés *Tabagos*.

C'est alors que débarque Christophe Colomb, en 1492, à Cuba. C'est à lui que nous devrions, dit le Docteur Cabanès, « non seulement un Nouveau-Monde, ce que l'Ancien lui aurait peut-être pardonné, mais deux poisons, deux fléaux qui déciment l'humanité : l'avarie (ce qui n'est rien moins que prouvé) et le tabac ».

Un missionnaire de la suite de Colomb, Romano-Pane, introduit le tabac à Lisbonne. Un moine cordelier, André Thevet, cosmographe du roi, en gratifie la France. Il rapporta des graines de pétun, les planta, obtint des cultures. Il ne se consola pas de voir sa gloire d'importateur d'une « volupté nouvelle » éclipsée par celle du grand propagateur, Jean Nicot, ambassadeur de France à la cour de Lisbonne. Ce dernier ne pouvait trouver une plus ardente admiratrice que le fut en 1650 Catherine de Médicis, la Florentine. Celle-ci, enthousiaste jusqu'au fanatisme, proclamait les vertus souveraines de la plante magique, l'herbe devant laquelle devaient s'effondrer tous les maux, son herbe.

Cette herbe c'était la Nicotiane.

Peu de plantes, à part peut-être l'Edelweiss — et encore ? — ont reçu des dénominations aussi variées. Citons-en quelques-unes, nous n'épuiserons pas la liste : Herbe-de-l'ambassadeur, Herbe-du-grand-prieur, Herbe-à-la-Reine, Herbe-de-te-Croix, Jusquiame du Pérou, Herbe-sacrée, Herbe-sainte, Herbe-à-tous-les-maux, Pétun, Pontiana, Herbe-à-Nicot, Médicée, Herbe Angoulmoisine, Vulnéraire des Indes, Pipérine, Catherinaire, Panacée antarctique, Tornabonne..., j'en passe...

Notons que les explorateurs avaient rapporté également d'Amérique le maïs, que l'on considérait avec dédain. Et que penser, en face de l'aguichante Nicotiane (1), de l'autre solanée américaine, sa parente pauvre, grosse paysanne incapable de donner des rêves et « d'étendre le cercle de nos jouissances », l'humblement vertueuse Pomme de terre, qui se

(1) Le genre *Nicotiana* (Solanées) comprend 39 espèces, originaires d'Amérique et d'Océanie, toutes vénéneuses. On cultive surtout pour l'industrie la *Nicotiana tabacum* (L.).

cachait timidement en Espagne depuis 1534, et qui attendra jusqu'en 1788 que Paris veuille bien la regarder, grâce aux efforts de Parmentier ? A cette époque encore, l'avocat Linguet ne l'accusait-il pas de donner la lèpre !

Le tabac fut d'abord prisé. « Il entra en Europe par les narines », a dit Denis.

... Se mettre du pétum dans le nez ne suffit bientôt plus. Il en fallut dans la bouche, dans les bronches : on prisa, on fuma, on chiqua.

Cela ne fut point sans quelques révoltes. En Angleterre, où le tabac avait été introduit vers 1565 par John Hawkins, ou plus probablement vers 1585 par Francis Drake et propagé par le Nicot anglais, sir Walter Rabigh, la plante ne trouva pas la même faveur royale rencontrée en France. Jacques I publia un *Misocapnos* (haine à la fumée) maudissant l'intruse comme « une coutume dégoûtante aux yeux, désagréable au nez, dangereuse pour le cerveau, désastreuse pour le poumon et, par sa fumée noire et puante, ressemblant de très près à l'horrible gouffre du Styx plein de poix et sans fond ».

A quoi répliqua une apologie, émanée, dit-on, des Jésuites, l'*anti-misocapnos*.

En Orient, la propagation n'alla pas si loin. Le Schah de Perse Abbas fait coupez nez aux priseurs, la lèvre aux fumeurs, tandis que Mahomet IV fait pendre les uns et les autres. Mesures justes, peut-être, mais sévères, on en conviendra ; inefficaces en tous cas. L'herbe martyre se redresse avec la nouvelle auréole de la persécution.

L'Europe entre en délire collectif. Tandis qu'au dehors, ses colons font pénétrer la civilisation en massacrant les Indiens, dans la métropole, ils en cultivent les faiblesses. Eux fumaient quelques pacifiques calumets, mais ici on prise partout. Le clergé lui-même s'adonne à la nouvelle passion, même pendant le Saint-Sacrifice, si bien que le pape Urbain VIII doit interdire, sous peine d'excommunication, le tabac à l'église : « Ils (les prêtres) souillent les linges sacrés de ces humeurs dégoutantes que le tabac provoque, ils infectent nos temples d'une odeur repoussante au grand scandale de leurs frères qui persévèrent dans le bien, et ne semblent point craindre l'irrévérence des choses saintes ».

Je ne puis qu'esquisser à grands traits les fluctuations de l'opinion publique vis-à-vis du tabac. Un volume n'y suffirait pas. Mais cette question d'intervention de la mode dans l'usage joue un rôle dans le problème posé au début.

Il faut donc savoir que, malgré les exemples venus de très haut, la poudre miraculeuse ne fut pas du goût de tous. En 1667 le conseil de la ville de Dijon défend aux bourgeois de priser, non seulement à l'église, mais même chez eux. A la première infraction, amende ; à la deuxième, banissement.

Retenons encore ceci : pendant plusieurs siècles, la prise fut de bon ton dans les milieux huppés. Le geste était aristocratique. *Mais il était tout à fait croquant et scandaleux de fumer.* C'était un indice de dépravation et de libertinage. On fumait dans des maisons spéciales, appelés *steigs*, comme il y en a aujourd'hui pour l'opium. « Fumer, dit le R. P. Buffier (XVIIIe s.), était le comble de l'évaporation et du ridicule ; ce n'était permis qu'aux marins et aux grenadiers ». Quant à la pipe, elle est reléguée dans les corps de garde.

Ainsi l'herbe à Nicot, après diverses vicissitudes, serait peut-être devenue l'apanage de quelques fréquenteurs de cabarets, si les Etats, toujours à court d'argent — la mode n'a pas changé — n'avaient trouvé dans une manie collective la mine précieuse à exploiter, le filon aurifère.

Depuis Richelieu, qui établit en 1629 la première réglementation, les décrets se succèdent. Il est juste de dire que Richelieu avait cherché à préserver le public des abus dangereux en confiant la vente du tabac aux apothicaires : c'était le *tabac-remède.* On peut dire que le régime actuel fut vraiment organisé par Napoléon-Ier qui, en 1810, établit sur des bases légales le monopole exclusif de l'Etat.

Celui-ci joue double jeu. Ayant à s'occuper de la santé publique, une vague idée de sa responsabilité remonte parfois de son subconscient. Il délègue alors un inspecteur général qui prononce un discours sur les méfaits du tabac et couronne les lauréats du concours sur un sujet hostile à son usage.

Mais le ministère des Finances veille. Il dispose de tous les moyens de réclame pour encourager et favoriser le nombre incalculable de ceux qui ne demandent que cela. Aussi les manufactures travaillent-elles à plein rendement. Seules, elles ne connaissent pas le chômage, elles ne sont pas inquiètes de l'avenir. Le consommateur est ravi d'avoir 1/5 de valeur en marchandise et de verser les autres 4/5 en contribution patriotique volontaire.

Les manufactures ont livré d'abord du tabac en vrac, puis des cigares, forme primitive du tabac à fumer. La fabrication des cigarettes est de date récente. Elle ne commence que vers 1870.

Quelques chiffres donneront une idée de l'importance de la production.

En 1815, le tabac fumé en France atteignait 10.000 tonnes, représentant une valeur de 54 millions de francs.

Au cours du XIXe siècle, la consommation du tabac en France s'est élevée à deux milliards et demi de kilogrammes, représentant une somme de 25 milliards « partie en fumée... en émotivité et en fatigue de cœur ».

Nous voici au XXe siècle. En 1912 la consommation arrive à 44 millions de tonnes de la valeur de 535 millions de francs.

La grande guerre éclate, étape effroyable dans l'Hitoire. Dans les tranchées, arrachés à leurs occupations, en proie aux tortures physiques et morales, les soldats recourent aux toxiques, alcool et tabac. Les manufactures doivent produire 30 % de plus de cigares et cigarettes, et 50 % de plus de tabac à fumer. Plus de deux millions de kilos de tabac par mois s'acheminent vers la zone des armées.

... Maintenant, la consommation mondiale du tabac est impossible à préciser, tous les pays ne publiant pas leurs statistiques. En 1875, Pécholier l'évaluait à 457 millions de kilos, dont 142 environ pour l'Europe. Aujourd'hui cette consommation a certainement beaucoup augmenté. Mais tenons-nous à la France, pour laquelle nous sommes très exactement renseignés par le rapport annuel de la Caisse autonome. Le maximum a été atteint

en 1930	56.321.491 kgs

Depuis, légère baisse, qu'on attribue à la crise.

en 1934	52.910.054 kgs
en 1935	51.000.000 kgs

La cigarette gagne du terrain sur les autres emplois du tabac. On en a consommé

en 1843	1.110 kgs
en 1883	1.110.000 kgs
en 1913	3.800.000 kgs
en 1933	17.700.000 kgs
en 1935	16.700.000 kgs

Le record de la cigarette revient au Parisien, qui fume environ 979 cigarettes par tête et par an. La consommation la plus basse est celle de l'Ardèche, avec 161. Le mois où l'on fume le plus est décembre, où l'on dépense pour environ 493 millions.

Au point de vue de la vente, l'Etat encaissait annuellement entre 1925 et 1930, près de cinq milliards. Malgré la crise, il a perçu encore

en 1933	4 milliards 423 millions,
en 1934	4 milliards 293 millions.

Il ne livre qu'1/5 de marchandises en valeur réelle. Les autres 4/5 constituent son modeste bénéfice.

Au point de vue mondial, notre consommation est moyenne. Les Nordiques nous dépassent, notamment les Hollandais qui consomment presque le double, avec un tabac faible il est vrai.

Au contraire, les Italiens, les Portugais, les Espagnols consomment moins que nous. Il est à remarquer que plus on va vers le Sud, plus la consommation diminue.

Les statistiques sont un peu arides. Mais elles ont leur éloquence. Elles montrent la progression fantastique de la consommation du tabac, à peine enrayée par le malaise actuel.

A chaque génération qui s'en va au tombeau, quelques hommes survivent, quelques demi-dieux proposés au culte de ceux qui viennent. Les corps sont jetés dans la fosse, comme des grains de blé tombent dans le sillon et de cette semence naît une moisson de dieux. (Maurice BARRÈS, *Mes Cahiers*, t. X, Plon, éditeur.)

Les académies descendent toujours de ce haut rang qu'elles occupaient ; leurs œuvres ne répondent plus à la grandeur d'un titre illustré par un siècle et demi de travaux utiles. C'est le souvenir des services passés rendus sous ce nom, qui cache encore pour quelque temps la nullité de plusieurs de ces sociétés. (BUCHEZ, 1827).

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 40 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 3 OCTOBRE 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS-V^e
CH. P. PARIS 357-81 – R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

Travaux originaux
J. COMBY : Les égagropiles ou tumeurs pileuses chez les enfants .. 1513
GIRBAL : La granulie froide....... 1516

Clinique médicale
M. LOEPER : Cancer du sein chez l'homme........ 1519

Actualités
M. LOEPER : L'art dans l'édition médicale........ 1528

Faits cliniques
A. AIMES : Rupture sous-cutanée du tendon du long extenseur du pouce........ 1533

Phtisiologie
La collapsothérapie hypotensive dans le traitement de la tuberculose pulmonaire........ 1534

Revue de Presse étrangère
par J. LAFONT........ 1536

Nouvelles........ 1507 1542

Il y a cent ans........ 1510

Echos et Glanures........ 1539

Les Livres de la semaine........ 1542

Supplément illustré
P. ASTRUC : Les Belles Pages Médicales : Jean-Dominique Larrey, écrivain.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Bordeaux. — Le concours du clinicat médical s'est terminé par la nomination de M. Saric, chef de clinique titulaire, et de M. Lévy, chef de clinique adjoint.

Guerre. — VAL-DE-GRACE. — Le concours prévu par arrêté du 11 janvier 1936 à l'Ecole d'application du Service de santé militaire pour l'obtention du titre de professeur agrégé du Val-de-Grâce sera ouvert :

Le 4 novembre 1936 : pour un emploi de professeur agrégé de chimie appliquée à la biologie et aux expertises dans l'armée.

Le 12 novembre 1936 : pour trois emplois de professeur agrégé de médecine.

Les demandes formulées par les médecins et pharmaciens militaires en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours devront parvenir au ministre de la Guerre (7e direction), avant le 5 octobre 1936).

Legs à la Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 25 août 1936, pris sur le rapport du ministre de l'Education nationale, le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est autorisé à accepter aux clauses et conditions énoncées dans les testaments et codicilles en date du 9 janvier 1930 et 2 février 1931, le legs d'une somme de 100.000 francs fait à cet établissement par Mme Veuve Lemoine.

Cette somme sera placée en rentes sur l'Etat français et les titres immatriculés au nom de la Faculté légataire.

Hospices de Roubaix. — Un concours sur titres est actuellement ouvert pour la nomination d'un médecin chef de laboratoire, à l'hôpital de la Fraternité de Roubaix.

Les candidatures devront parvenir avant le 15 octobre 1936, au bureau du Secrétariat des Hospices, 37, rue de Blanchemaille, à Roubaix.

Le dossier des postulants comprendra :

Leur acte de naissance, leur diplôme de docteur en médecine, une pièce justificative de leur résidence et un certificat de bonnes vie et mœurs, une notice sur les services antérieurs, civils et militaires, s'il y a lieu, un exposé détaillé et leurs titres et travaux.

Tous renseignements utiles seront fournis sur demande adressée au Secrétariat des Hospices, 37, rue de Blanchemaille, à Roubaix.

IIIe session des « Journées médicales de Paris » du 26 au 30 juin 1937. — Le Comité permanent des *Journées médicales de Paris* vient de décider d'organiser, à l'occasion de l'Exposition internationale de 1937, des Journées qui rappelleront, dans leurs lignes générales, celles des deux premières sessions (1926 et 1928) et qui réuniront les médecins civils, militaires de terre et de mer, les pharmaciens, les vétérinaires et les biologistes, physiciens et chimistes français et étrangers.

Elles seront présidées par le Professeur Carnot.

Les vice-présidents seront : les médecins généraux inspecteurs Rouvillois et Morvan, les Professeurs Perrot et Gorris, les Professeurs Leclainche et Nicolas.

Secrétaire général : M. le Docteur Henri Godlewski.

Secrétaire général adjoint : M. le Docteur Pierre-Bourgeois avec le patronage et le concours du Comité de rédaction de la « *Revue médicale française*.

Le Comité français des expositions a bien voulu se charger, comme pour les sessions précédentes, de l'organisation des expositions habituelles, et en a confié la direction à M. Jean Faure.

Les matinées seront consacrées, suivant la tradition, aux démonstrations pratiques, organisées dans les hôpitaux civils et militaires, ainsi que dans les Ecoles et Instituts de biologie et grouperont toutes les branches de l'activité médicale.

Les séances de l'après-midi seront réservées à l'étude pratique du sujet suivant : *Hormones et thérapeutique endocrinienne.*

1re journée : L'hypophyse.
2e journée : Les glandes génitales.
3e journée : Les thyroïdes, parathyroïdes et surrénales.
4e journée : Le foie, le pancréas et le thymos.

Ces séances de l'après-midi auront lieu dans l'enceinte de l'Exposition internationale, à proximité des stands réservés aux exposants des Journées médicales.

Il est prévu un programme de fêtes aussi brillantes que pour les Journées de 1926 et de 1928. Ce programme sera publié ultérieurement.

Tous ceux, étudiants, médecins, pharmaciens, vétérinaires et biologistes, désireux de s'intéresser aux Journées médicales Paris, 1937, sont priés de s'adresser au : Service des Journées médicales, *Revue médicale française*, 18, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Cotisations 50 francs, 30 francs pour les membres de la famille du congressiste et les étudiants.

Ecole d'application du Service de Santé des troupes coloniales. — Un concours s'ouvrira le 16 novembre 1936 au Val-de-Grâce à Paris, pour l'obtention du titre de professeur agrégé de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

Le nombre des emplois mis au concours est de : deux emplois de professeur agrégé de chirurgie ; deux emplois de professeur agrégé de médecine ; un emploi de professeur agrégé de chimie et de pharmacie.

Assistants des hôpitaux coloniaux. — Un concours pour l'admission au stage « d'assistant des hôpitaux coloniaux » s'ouvrira en novembre 1936 dans les conditions prévues par le décret du 22 août 1928 et l'instruction interministérielle du 3 novembre 1928 et leurs modificatifs en vigueur.

Le nombre et la nature des stages mis au concours sont fixés, comme suit :

Médecine : 4 (à l'hôpital militaire d'instruction Michel-Lévy à Marseille).

Chirurgie : 4 (à l'hôpital militaire d'instruction Michel-Lévy, à Marseille).

Bactériologie : 2 (au laboratoire de bactériologie de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, à Marseille).

Electro-radiologie : 2 (à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris).

Le stage, dont la durée est fixée à deux ans, commencera à la date où les conditions du service permettront l'envoi des médecins admis au concours dans les différents établissements signalés ci-dessus.

Musée d'Hygiène (57, boulevard de Sébastopol, Paris). — *Conférences sur l'hygiène.* — Ces conférences auront lieu les dimanches à 17 heures ; elles seront illustrées généralement par des projections fixes ou cinématographiques.

Dimanche 4 octobre 1936, M. A. DAVERTON : Les égouts de Paris. — Dimanche 11 octobre 1936, M. A. DAVERTON : L'épuration des eaux d'égout. — Dimanche 18 octobre 1936, M. C. ROÉLAND : Danger aéro-chimique et danger aéro-microbien ; moyens de défense. — Dimanche 25 octobre 1936, M. HAZEMANN : L'action médico-sociale contre la tuberculose. — Dimanche 8 novembre 1936, M. HAZEMANN : L'action médico-sociale dans la protection de la mère et de l'enfant. — Dimanche 15 novembre 1936, M. J. PIGEIRE : Des applications des récentes découvertes dans le chauffage et la ventilation de nos logis. — Dimanche 22 novembre 1936, M. CHAUVOIS : Les dessanglés du ventre : maladie par relâchement des parois et des organes abdominaux. — Dimanche 20 novembre 1936, M. G. BENOIT-LÉVY : Sourire. — Dimanche 6 décembre 1936, M. G. BARDET : Le rôle hygiénique et social de l'espace libre. — Dimanche 13 décembre 1936, M. J. BLIER : Le panorama du laitage. — Dimanche 20 décembre 1936, M. J. BLIER : Le lait rend-il centenaire ? — Dimanche 10 janvier 1937, M. J. BLIER : La France et la science du lait. — Dimanche 17 janvier 1937, M. E. TERCINET : La législation de l'hygiène de l'habitation. — Dimanche 24 janvier 1937, M. C. ROÉLAND : Qu'est-ce que le mauvais lait ? Qu'est-ce que le bon lait ? — Dimanche 31 janvier 1937, M. G. PETIT : Le secret de bien vivre. — Dimanche 7 février 1937, M. le Prof. H. GOUGEROT : Des dangers de la syphilis et de la blennorragie. — Dimanche 14 février 1937, M. BIANCANI : Les climats artificiels. — Dimanche 21 février 1937, M. THIEULIN : Le lait et ses dérivés dans l'alimentation de l'homme (1re partie). — Dimanche 28 février 1937, M. THIEULIN : Le lait et ses dérivés dans l'alimentation de l'homme (2e partie). — Dimanche 7 mars 1937, M. P. CHÊNE : La dysenterie amibienne, maladie de l'après-guerre. — Dimanche 14 mars 1937, M. A. BESSON : Vaccination antivariolique: vaccination antidiphtérique. — Dimanche 21 mars 1937, M. CHRÉTIEN : Races bovines de boucherie : De l'utilisation rationnelle du froid en boucherie. — Dimanche 4 avril 1937, M. M. FLAMENT : La tuberculose, fléau social ; comment la combattre ; comment s'en préserver. — Dimanche 11 avril 1937, M. FLAMENT : La lutte antituberculeuse : législation, armement ; prophylaxie : thérapeutique. — Dimanche 18 avril 1937, M. P. MARIAGE : La natation ; son utilité ; son hygiène. — Dimanche 25 avril 1937, M. J. MARONNEAUD : Les asphyxies. — Dimanche 2 mai 1937, M. J. MARONNEAUD : Les soins à donner aux asphyxiés. — Dimanche 23 mai 1937, M. CAUCHEMEZ : Des dangers de l'ingestion des viandes parasitées. — Dimanche 30 mai 1937, M. BÉRILLON : Hygiène mentale : Rôle de l'humeur dans la conservation de la santé et de la beauté. — Dimanche 6 juin 1937, M. BÉRILLON : Hygiène mentale : Les mutilations volontaires ethniques et rituéliques. — Dimanche 13 juin 1937, M. G. ICHOK : L'incinération des cadavres. — Dimanche 20 juin 1937, M. HAZEMANN : Hygiène et travail social.

Le Musée d'hygiène est ouvert au public les dimanches, mardis, mercredis et vendredis de 12 à 17 heures, les jours de fête exceptés.

Ecole municipale d'Hygiène (Musée d'hygiène, 57, boulevard de Sébastopol, Paris). — Ces cours, généralement illustrés par des projections fixes ou cinématographiques, auront lieu deux fois par semaine, les mardis et vendredis, à 20 h. 30. Un certificat sera délivré aux élèves qui auront fait preuve d'assiduité.

HYGIÈNE GÉNÉRALE. — Vendredi 2 octobre 1936, M. J. BLIER : L'hygiène à travers les âges. — Mardi 6 octobre 1936, M. HAZEMANN : Le service social et la médecine. — Vendredi 9 octobre 1936, M. SENTENAC : Eaux d'alimentation. — Mardi 13 octobre 1936, M. SENTENAC : Evacuation et traitement des déchets urbains. — Vendredi 16 octobre 1936, M. FOVEAU DE COURMELLES : Air et lumière. — Mardi 29 octobre 1936, M. G. ICHOK : La lutte contre les bruits.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE. — Vendredi 23 octobre 1936, M. C. ROÉLAND . Le lait envisagé comme aliment. — Mardi 27 octobre 1936, M. J. BLIER : Les divers aliments ; nutrition ; rationnement : métabolisme alimentaire. — Vendredi 30 octobre 1936, M. C. ROÉLAND : Les maladies transmissibles par le lait. — Mardi 3 novembre 1936, M. J. BLIER : Régimes ; intoxications alimentaires. — Vendredi 6 novembre 1936, M. C. ROÉLAND : La conservation du lait ; le lait cru. — Mardi 10 novembre 1936, M. J. BLIER : La conservation des aliments.

HYGIÈNE INFANTILE. — HYGIÈNE SCOLAIRE. — Vendredi 13 novembre 1936, M. DUFESTEL : La croissance des enfants à la période scolaire. — Mardi 17 novembre 1936, M. M. MAILLET : Croissance et alimentation (première enfance). — Vendredi 20 novembre 1936, M. DUFESTEL : Les classes et les écoles de plein air. — Mardi 24 novembre 1936, M. M. MAILLET : Croissance et alimentation (moyenne et grande enfance).

MALADIES INFECTIEUSES. — Vendredi 27 novembre 1936, M. NAVARRE : La contagion ; les épidémies. — Mardi 1er décembre 1936, M. NAVARRE : Prophylaxie des maladies contagieuses. — Vendredi 4 décembre 1936, M. CAMBESSÉDÈS : Variole et vaccine. — Mardi 8 décembre 1936, M. CAMBESSÉDÈS : Infections typhiques et leur prévention. — Vendredi 11 décembre 1936, M. CAMBESSÉDÈS : Diphtérie et vaccination. — Mardi 15 décembre 1936, M. Albert BESSON : Enquêtes épidémiologiques. — Vendredi 18 décembre 1936, M. Albert BESSON : Désinfection.

HYGIÈNE SCOLAIRE. — HYGIÈNE MENTALE. — Mardi 22 décembre 1936, M. M. FLAMENT : L'hygiène sociale et la tuberculose. — Vendredi 8 janvier 1937, M. M. FLAMENT : L'armement antituberculeux et la préservation de l'enfance. — Mardi 12 janvier 1937, M. le Prof. H. GOUGEROT : Comment lutter contre les maladies vénériennes : syphilis et blennorragie. — Vendredi 15 janvier 1937, M. BÉRILLON : Hygiène mentale : L'art de dormir et l'hygiène du sommeil. — Mardi 19 janvier 1937, M. BÉRILLON : Hygiène mentale : La psychologie préventive de la fatigue asthénique et de l'épuisement racial.

HYGIÈNE CHIRURGICALE. — Vendredi 22 janvier 1937, M. LANTZ : Antisepsie ; asepsie ; hémostase ; contusions ; brûlures ; fractures. — Mardi 26 janvier 1937, M. BRUÈRE : Blessures diverses et gaz de combat. — Vendredi 29 janvier 1937, M. C. COT : Organisation des services urbains de secours aux asphyxiés et les méthodes modernes de réanimation.

HYGIÈNE DU TRAVAIL ET DE LA CONSTRUCTION. — Mardi 2 février 1937, M. A.-R. GUIBERT : L'hygiène imposée par les nouveaux règlements de la Ville de Paris dans les immeubles. — Vendredi 5 février 1937, M. A.-R. GUIBERT : De l'aménagement des cités, des villages, sanatoria, des îlots au point de vue hygiénique (France et étranger). — Vendredi 12 février 1937, M. G. APPERT : Assainissement du milieu professionnel. — Mardi 16 février 1937, M. G. APPERT : Mesures d'hygiène contre l'insalubrité et le danger des matières fabriquées. — Vendredi 19 février 1937, M. G. APPERT : Mesures de sécurité contre le danger provenant des instruments de travail. — Mardi 23 février 1937, M. G. APPERT : Protection de l'ouvrier contre les causes d'insalubrité provenant de son fait et de sa profession.

Le Musée d'hygiène est ouvert au public les dimanches, mardis, mercredis et vendredis de 12 à 17 heures, les jours de fête exceptés.

Service de Santé. — *Promotions trimestrielles.* — AU GRADE DE MÉDECIN COLONEL. — Les médecins lieutenants-colonels : Minel, de l'hôpital Ambroise-Paré, Rennes ; Laurens, des troupes du Maroc ; Gabrielle, de l'hôpital Desgenettes à Lyon.

AU GRADE DE MÉDECIN LIEUTENANT-COLONEL. — Les médecins commandants : Vialatte, de l'hospice mixte de Saint-Etienne ; Maniel, de l'hospice mixte du Havre ; Despujols, de l'hospice mixte de Nice ; Melnotte, de l'hôpital Sédillot, à Nancy.

Au grade de médecin commandant. — Les médecins capitaines : Peysson, du 8e zouaves ; Vialleton, des troupes du Maroc ; Chantriot, des troupes du Levant ; Bidault, du 21e tir. algériens ; Brocard, de l'hôpital de Bourg-Saint-Maurice ; Dumalle, du 158e d'inf. ; Meyrignac, des troupes de Tunisie ; Texier, du 41e d'art.

Au grade de médecin capitaine. — Les médecins lieutenants : Massonie, de l'Ecole d'art. de Poitiers ; Dicharty, des troupes du Maroc ; Pujos, de la 3e comp. rég. du train, Rouen ; Petit, du 3e génie, Mont-Valérien ; Poisson, du 152e d'inf. ; Vanhems, de la base aérienne, n° 102 ; Silvestre, du 37e d'inf. ; Barbier, du 155e d'inf. ; Grognot, de la base aérienne, n° 121 ; Tisserand, du 31e chasseurs à pied.

— *Mutations semi-mensuelles.* — Les médecins colonels : Fayet, du Service de santé de la 5e région, au Service de santé de la région de Paris ; Laloy, de l'Ecole de Saint-Cyr, au Service de santé de la 2e région ; Bergeret, du ministère de la Guerre, à l'hôpital de Grenoble ; Camus, de l'hospice mixte de Saint-Denis, au Service de santé de la 5e région.

Les médecins lieutenants-colonels : Jeandin, de l'hôpital Sédillot, à Nancy, à l'hôpital Plantières, à Metz ; Marchal, de l'hôpital de Sedan, à l'insp. permanente du mat. et des établ. du Service de santé ; Paris, de l'hosp. mixte d'Orléans, désigné comme médecin chef ; Chenelot, du 19e C. A., à l'hôpital de Belfort ; Cazalas, de l'hosp. mixte de Montpellier, à l'hôp. Scrive, à Lille.

Les médecins commandants : Mulot, du 32e d'inf., à l'hôpital de Sedan ; Monteux, du centre d'instr. physique d'Antibes, à l'Ecole de Saint-Cyr ; Jame, de l'Ecole d'applic. du Service de santé, au laboratoire central de recherches bactériologiques de l'armée ; Hote-Bridon, de la place de Lyon, à la 3e légion de la garde rép. mobile ; Lertholary, de l'École sup. de guerre, au ministère de la Guerre ; Gaillard, de l'Ecole sup. de guerre, à la région de Paris ; Poirier, du ministère de la Guerre, à la section techn. du Service de santé ; Sabrie, de la section techn. du Service de santé, au ministère de la Guerre ; Decrocq, du 1er d'inf., au centre d'instr. physique d'Antibes ; Raynaud, du 507e chars, au 146e d'inf. ; Brunel, de l'hospice mixte de Nice, à l'hospice mixte de Saint-Denis ; Rolling, de l'Ecole sup. de guerre à la section techn. du Service de santé.

XXIIe Congrès d'Hygiène. (Paris, Institut Pasteur, 19 au 22 octobre 1936). — *Programme* : Lundi 19 octobre, 9 heures : Ouverture du Congrès. — Rapports et communications.

I. — *Epidémiologie* : *Organisation dans le cadre national et dans le cadre international d'un service d'épidémiologie.* — L'épidémiologie des maladies contagieuses de l'homme. Rapport de M. X. Leclainche. — L'épidémiologie des maladies infectieuses des animaux (organisation d'un service national et d'un service international). Rapport par M. le Prof. Panisset. — 14 heures : Rapports, communications, conférences. M. le Docteur Ichock : La statistique du service d'épidémiologie ; M. le Professeur Parisot et M. le Docteur Robert-Lévy : Comment a été organisé pratiquement dans le département de Meurthe-et-Moselle, le service d'épidémiologie des brucelloses ; M. le Docteur Robert-Lévy : Essai, dans le cadre du département de Meurthe-et-Moselle, de désinfection continue des locaux et de l'atmosphère des salles de classe. — 15 h. 30 : Conférence par M. le Docteur Lamy : Données actuelles sur la désinfection. — Discussion des rapports et communications. — 16 h. 30 : Conférence de M. le Prof. Levaditi : Les ultra-virus. — 17 h. 30 : Réunion du Syndicat des médecins hygiénistes (réunion privée).

Mardi 20 octobre, 9 heures : Rapports et communications.

II. *Les vaccinations associées.* — 1. Les vaccinations associées en médecine humaine : *a*) Les vaccinations associées dans l'armée, par MM. les Professeurs Dopter et Sacquépée et M. le Professeur Pilod ; *b*) Vaccination associée contre les infections typhoïdiques et la diphtérie chez les adultes (1926-1936), par MM. les Docteurs Loiseau et Lafaille. — 2. Les vaccinations associées en médecine vétérinaire, par M. le vétérinaire commandant M. Descazeaux ; M. le Prof. Debré, et M. le Docteur Henri Bonnet : Incidents au cours de la vaccination antityphoïdique ; M. le Prof. Lisbonne : Traitement des porteurs de germes diphtériques par le sulfate d'oxyquinoléine ; M. le Docteur Robert Clément : Immunisations provoquées du personnel médical et infirmier des hôpitaux et dispensaires. — Discussion des rapports et communications. — 14 heures : Rapports.

III. *L'enseignement de l'hygiène en médecine vétérinaire.* — 1. Enseignement de l'hygiène dans les Ecoles vétérinaires. Rapport par M. le Prof. Simonet. — 2. Services que les enquêtes vétérinaires peuvent rendre à la Santé publique. Rapport par M. le Docteur-vétérinaire Frisson. — Communications : MM. Paul Durand, Paul Giroud, Edouard Larrivé et André Mestrallet : Recherches expérimentales sur la maladie des porchers. Discussion des communications. — 16 heures : Conférence. M. le Prof. G. Penso, de Rome : Le méningo-typhus éruptif des porchers. — Discussion des rapports et communications. 17 heures : Réunion du Syndicat des médecins hygiénistes (Réunion privée).

(*Lire la suite page 1542.*)

IL Y A CENT ANS

L'Académie de médecine publie le premier numéro de son bulletin. — Il y aura cent ans le 15 octobre paraissait le premier numéro du *Bulletin de l'Académie de médecine.* Fondée le 20 décembre 1820, cette Compagnie n'avait d'abord publié qu'un recueil des *Mémoires* qui lui étaient soumis, le compte-rendu de ses séances étant assuré par les journaux médicaux d'alors. Mais à maintes reprises des protestations s'étaient élevées contre ces compte-rendu qui les uns ou les autres accusaient d'infidélité. Et en août 1836, Husson avait proposé la publication d'un Bulletin.

La Compagnie se rangea à son avis :

« Les résultats des discussions, lit-on dans le prospectus qui précède le premier Bulletin, *sont recueillis par l'Académie, consignés dans les procès-verbaux et mis en réserve dans nos archives : mais ses membres ont seuls le droit d'en prendre connaissance. Jusqu'ici la forme de ses publications ne lui a pas permis d'en faire part au public. Comment comprendre dans une grande composition des faits isolés, les rapports auxquels ils donnent lieu, les réflexions qu'ils suggèrent, ces mots heureux et pleins de sens qui échappent dans le feu de la discussion ?*

Comment reproduire ces débats animés vifs, profonds, qui naissent tout à coup, quelquefois à l'occasion du cas le plus simple et le plus inattendu ? Il semblerait donc que par leur nature même, ces richesses fussent destinées à une perpétuelle obscurité. A la vérité, quelques journaux de médecine se sont chargés de les transmettre au public ; mais ces comptes-rendus sont souvent incomplets, et manquent quelquefois d'exactitude. La rapidité des débats ne permet pas toujours de les recueillir avec la fidélité nécessaire, et finalement ils ne peuvent avoir aux yeux des lecteurs toute la sanction que leur donnerait une rédaction réfléchie, dont les éléments seraient puisés dans les pièces mêmes et par des organes choisis, et avoués de la compagnie.

C'est donc sous les auspices de l'Académie, et pour ainsi dire sous sa dictée, que cette rédaction rigoureusement historique sera désormais entreprise. Elle fournira le texte du Bulletin de l'Académie royale de médecine.

Le premier numéro de ce *Bulletin* était un cahier de 38 pages. Le prix de l'abonnement était de 15 francs par an ; le format adopté, le petit in-8°, resta en usage jusqu'en 1932 ; mais le titre de la publication se modifia avec les événements. D'abord *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, il devint *Bulletin de l'Académie nationale de médecins* en 1848, pour prendre quatre ans plus tard, celui de *Bulletin de l'Académie impériale de médecine.* Depuis 1870, il n'est plus que le *Bulletin de l'Académie de médecine.*

TRAVAUX ORIGINAUX

Les égagropiles ou tumeurs pileuses chez les enfants

Par le Dr **Jules COMBY**
Médecin honoraire de l'Hôpital des Enfants-Malades

Les jeunes enfants ont l'habitude de porter tout à leur bouche, de sucer et mâchonner tout ce qui leur tombe sous la main. Les corps étrangers les plus variés peuvent ainsi pénétrer dans les voies digestives ou aériennes, fournissant aux chirurgiens et aux médecins spécialisés de multiples occasions d'intervenir. Nous ne voulons pas traiter la question dans son ensemble, nous bornant à une description sommaire des tumeurs pileuses ou *égagropiles*, dont la rareté explique les erreurs de diagnostic trop souvent commises à leur sujet. Cette question intéresse la médecine vétérinaire comme la médecine humaine. Quelques animaux sauvages ou domestiques, à langue râpeuse, se léchant à tout propos, s'arrachent des poils qui, déglutis, forment parfois, dans leur tube digestif, des agglomérats plus ou moins volumineux, désignés sous le nom de *bézoards*. Ces bézoards sont assez communs dans l'espèce bovine. On les rencontre encore chez les chèvres, les bouquetins et divers autres animaux sauvages. Ils figuraient même dans l'ancienne pharmacopée.

Dans l'espèce humaine, les égagropiles ont été rencontrés surtout chez les enfants. Les adolescents et jeunes adultes, quand ils sont atteints, appartiennent d'ordinaire à la catégorie des arriérés, imbéciles ou idiots. Etiologie banale : beaucoup d'enfants sucent leurs doigts, spécialement le pouce, dès les premiers mois de leur vie, sorte de tic qui peut se prolonger dans la seconde enfance. Quand ils ont des dents, ne se contentant pas de téter le pouce, ils se mordillent les ongles, les effritent et avalent les rognures ainsi obtenues. Ces rongeurs d'ongles, *onychophages* comme on les appelle, déforment leurs doigts, devenant à la longue boudinés et cruentés, sans réaliser les tumeurs stomacales ou intestinales qui résultent de la *trichomanie* ou *trichophagie*. Les égogopiles proviennent toujours en effet de l'arrachement et de la déglutition par l'enfant de ses cheveux. Il ne se contente d'ailleurs pas toujours de l'ingestion pileuse, y ajoutant parfois des brins de laine ou de coton arrachés à ses vêtements ou à ses couvertures. C'est pourquoi, étudiant la composition des égagropiles, on trouve assez souvent un feutrage de poils mêlés à des débris empruntés à la garde-robe ou à la literie.

A l'habitude vicieuse, ou tic invétéré, qu'on peut considérer comme une névrose du jeune âge, s'ajoutent parfois des troubles psychiques plus sérieux qui classent les sujets parmi les anormaux du premier degré, les petits mentaux. Leur nervosité est maintes fois signalée dans les observations publiées. Le résumé des observations rapportées plus bas nous dispensera de longs développements sur les caractères extérieurs et les symptômes des égagropiles, sur les accidents qu'ils peuvent provoquer, sur leur diagnostic et leur traitement.

Quand les tumeurs sont mobiles dans le tube digestif, elles se présentent sous la forme arrondie ou ovalaire rappelant les cocons de vers à soie. On est en présence d'un feutrage très serré, dur, muni quelquefois d'appendice allongé, de cordon chevelu pouvant sortir par l'orifice anal. Nous en rapportons plus loin une observation ancienne retrouvée dans l'Histoire naturelle de Buffon. Les égagropiles de l'intestin, uniques ou multiples, sont éliminés spontanément avec les matières fécales. Leur présence a pu se traduire, auparavant, par des coliques, de l'anorexie, un état dyspeptique à répétition. Ils restent longtemps ignorés, silencieux, latents. Mais, dans quelques cas, ils s'accompagnent de troubles plus graves, de poussée d'entérocolite, de nausées et vomissements. Quand ils se fixent dans une partie de l'intestin, ils peuvent altérer ses parois, les enflammer, les perforer, entraînant une péritonite généralisée ou enkystée, des abcès ouverts à l'extérieur, des trajets fistuleux intarissables, etc... Quand ils s'arrêtent dans la poche stomacale, ils acquièrent par des apports incessants de cheveux, un développement considérable, dilatant l'organe et se moulant sur lui. On se trouve en présence d'une énorme tumeur épigastrique, d'un diagnostic difficile, prise souvent pour un néoplasme du foie ou de la rate, pour un sarcome de l'estomac, pour une tumeur mésentérique, etc... Pour faire le diagnostic d'égagropile, il faut y penser.

Quand on y a pensé, tout s'éclaire, même la thérapeutique : gastrotomie presque toujours suivie de rapide guérison.

Le traitement est purement chirurgical. Quant à la prophylaxie, elle ne comporte que des moyens d'hygiène, d'éducation, de psychothérapie. Les mères de famille, les nurses et bonnes d'enfants, tous ceux et celles qui vivent dans l'entourage des enfants en bas âge, doivent exercer sur eux une surveillance incessante et s'opposer sans relâche à la manie de s'épiler et de déglutir leurs cheveux, dès qu'il commencent à manifester ce tic dangereux.

Et maintenant laissons parler les faits :

OBSERVATIONS

I. Fillette de 13 ans, de Tholly (Vosges), amenée le 8 octobre 1916 par le Docteur Charles, de Remiremont, au Docteur J.-S. Dauriac mobilisé dans la région (1). Enfant peu développée pour son âge, non-réglée, ne paraissant pas plus de 9 à 10 ans. Ventre gros et météorisé, un peu d'ascite. On sent une énorme tumeur occupant la région sous-diaphragmatique, de consistance dure, ligneuse, mobile, transversalement fixe dans le sens vertical, pouvant se relever mais non s'abaisser. Son bord inférieur dépasse de quatre travers de doigt la ligne ombilicale. A gauche, elle présente une corne qui plonge sous les côtes ; à droite, une corne mobile s'arrêtant dans la région de la vésicule biliaire. Dessinant sur la peau les contours de la tumeur, on a l'image d'un estomac ptosé. A la percussion, matité absolue ; à la palpation, sorte de crépitement pouvant s'expliquer par le froissement des cheveux contre la paroi gastrique (signe d'égagropile d'après le Docteur J. S. Dauriac). Les douleurs spontanées, les nausées et vomissements, la dysphagie ont manqué dans ce cas. Pas d'adénopathie de voisinage. Ne disposant pas d'appareil radiologique, on fut privé d'un moyen précieux d'exploration. Plusieurs hypothèses furent discutées : tumeur de la rate, tumeur du rein, sarcome de l'iléon ou du mésentère, etc... L'état général était peu satisfaisant : chétivité, maigreur, pâleur, impression de tumeur maligne.

Le 10 octobre, troisième jour de l'admission, laparotomie haute médiane, décollement épiploo-colique, estomac libéré d'adhérences lâches. Ne songeant pas à un corps étranger, mais à un sarcome de l'estomac, le chirurgien pratique la *gastrectomie* au lieu de la *gastrotomie* que le diagnostic de tumeur pileuse aurait indiquée. Masse enlevée en totalité, du cardia jusqu'au dessous du pylore ; abouchement bout à bout de l'œsophage

(1) J. S. DAURIAC. — Un beau cas de tumeur pileuse de l'estomac, égagropile. (*Arch. de Méd. des Enfants*, 1917, p. 165.)

au duodénum par trois plans de suture (surjets en fil de lin) ; suture tapissée par une lame de péritoine empruntée au grand épiploon. Anesthésie chloroformique bien supportée, pas de vomissements. Les jours suivants, appétit exagéré, santé vite rétablie, changement à vue.

Examen de la tumeur. Cheveux noirs très tassés, couches horizontales superposées de bas en haut, du pylore au cardia. Au niveau du cardia, les cheveux sont collés entre eux par une sorte de vernis qui rend très lisse l'extrémité supérieure de la pièce, surtout en arrière. On trouve, sur la petite courbure et la paroi antérieure de l'estomac, des ulcérations de la muqueuse ; on voit aussi, sur cette paroi, une implantation de poils pénétrant dans les orifices glandulaires. La face antérieure de l'égagrophile est comme ébouriffée ; après la séparation de la tumeur, les poils restent implantés dans la muqueuse (aspect en tapis-brosse). Bien que la chevelure de la fillette fut d'un blond tirant sur le roux, les poils de la tumeur, sous l'influence du suc gastrique, étaient devenus noirs. Poids de l'égagropile 820 grammes, volume 690 c. c., densité 1,02.

Le 31 mars 1917, plus de cinq mois et demi après l'opération, le Docteur Charles écrivait : La petite H... se porte à merveille, mange bien, a des joues rondes et roses ; elle engraisse et ne souffre pas.

Depuis l'âge de 4 ans, on l'apprit par l'interrogatoire des parents, elle avait l'habitude de s'arracher les cheveux et de les avaler, surtout la nuit. C'est à l'asile, où plusieurs camarades avaient le même tic, qu'elle en aurait contracté l'habitude.

La pièce enlevée par le Docteur Dauriac a été déposée au Musée Dupuytren, à Paris.

A. Broca, éclairé par l'observation précédente, a pu faire le diagnostic d'un énorme égagropile stomacal et l'extraire avec succès par une simple gastrotomie. Il s'agissait d'une fillette de 4 ans, que nous avons pu voir après l'opération en parfait état de santé (1).

II. Fillette née le 28 janvier 1913. Elle aurait eu à 18 mois (juillet 1914) une indigestion attribuée à des cerises. A partir de cette époque, vomissements tous les quinze jours, sans que le poids cessât d'augmenter. En septembre 1915, état plus grave : douleurs de ventre, vomissements, constipation, anorexie, maigreur, fièvre (38° à 39°). Le Docteur Gibert (du Havre), qui la voit à cette époque, trouve sous le foie une *tumeur arrondie* qu'il attribue à un kyste hydatique ; mais la radiographie ne confirme pas ce diagnostic. L'anorexie persistant et la faiblesse augmentant, le Docteur A. Broca est consulté ; ne trouvant pas de tumeur, il propose une laparotomie exploratrice qui est acceptée. En novembre 1915, incision latérale parallèle aux fausses côtes ; pas de tumeur. Cependant le chirurgien a senti une petite masse qui disparut sous la main, comme si une anse intestinale étranglée eût été réduite par cette manœuvre. Après cette opération, l'enfant cessa de vomir, recouvra l'appétit et engraissa. On la crut guérie. En 1916, elle accompagna ses sœurs aux eaux de Salies-de-Béarn. Famille de neuf enfants ; pas de cas semblable chez ses frères et sœurs. Le Docteur Maurice Raynaud, qui l'examina à Salies, sentit une tumeur comme une noix sous l'estomac. De retour au Havre, la fillette, qui a gagné 25 kilos depuis la laparotomie exploratrice, part pour la campagne. A son retour, en septembre, le Docteur Gibert découvre une tumeur abdominale de la grosseur d'une poire, bosselée, paraissant siéger dans le haut de l'épiploon, surtout à droite. Devant faire un séjour à Hyères, la famille s'arrête à Lyon pour consulter E. Weill qui opine pour un sarcome. Après une amélioration constatée dans la station climatique d'Hyères, les accidents réapparaissent. A. Broca revoit l'enfant à la fin de janvier 1917 ; il perçoit alors une tumeur ayant la forme et le volume d'une aubergine, se perdant par en haut sous les côtes gauches, occupant par en bas la région sus-ombilicale. Consistance solide sans dureté excessive, bosselures, indolence à la pression. Anorexie, amaigrissement, crises douloureuses. A. Béclère, découvrant la tumeur dans l'estomac, conseille la radiothérapie. L. Guinon ne formule pas de diagnostic et A. Broca pense à une *épiploïte tuberculeuse.* Mais la publication du cas de Dauriac ouvre les yeux des observateurs et le diagnostic d'*égagropile stomacal* est enfin admis. Reprenant l'interrogatoire des parents, on apprend que, pendant l'été de 1915, l'enfant âgée de 2 ans 1/2 avait perdu ses cheveux sur la partie droite de la tête. Elle les arrachait chaque nuit et le matin on en trouvait dans ses mains. Pendant l'été de 1916, il y en eut dans les matières fécales. On avait de plus remarqué qu'elle arrachait des filaments de la laine blanche de son manteau. A Hyères on l'avait surprise mangeant des morceaux d'éponge. L'hésitation n'était plus permise. A Broca fit une laparotomie médiane sus-ombilicale, aborda l'estomac et fit en arrière, près de la grande courbure, une incision de 15 centimètres qui lui permit de dégager le pôle supérieur de la tumeur pour la faire basculer et l'extraire en bloc sans la fragmenter. Mais un prolongement cylindrique descend dans le duodénum, boudin de 15 centimètres en longueur auquel fait suite une cordelette de 52 centimètres terminée par une masse arrondie de la grosseur d'une noix. Cette corde s'enfonce profondément dans l'intestin grêle. L'opération, bien supportée, avait duré 20 minutes ; elle fut suivie d'une prompte guérison.

Examen de la pièce. Grosse masse de 36 centimètres de long sur 5 de large et 4 d'épaisseur représentant le moule de l'estomac ; un cylindre long de 15 centimètres et ayant 3 centimètres de diamètre, représente le moule duodéno-jéjunal ; puis vient la cordelette de 52 centimètres, la boule terminale est une sphère de deux centimètres de diamètre. La masse est formée avant tout de cheveux agglomérés et de fragments de laine (l'éponge n'a pas été vue). Toute la partie qui pend au dessous du pylore représente une torsion de ficelles multicolores ; la boule terminale est en cheveux.

Dans une revue générale des *Arch. de Méd. des Enfants*, juillet 1918, p. 369, sous le titre de Les tumeurs pileuses ou égagropiles, nous avions fait état des observations récentes et rappelé les anciennes qu'on avait oubliées.

III. Le 21 juin 1904 (*Société de Pédiatrie*), A. Zuber fit une communication des plus intéressantes sur les *égagropiles ou tumeurs pileuses du tube digestif chez un enfant de cinq ans*, d'ailleurs bien développé et intelligent. Il rappelait les cas de Cathelin (*Soc. Anat.*, 1902), de Mériel (*Gaz. des Hôp.*, 1903) analysant une trentaine d'observations publiées çà et là et de Dandois (*Acad. de Méd. de Bruxelles*, 1903).

Le petit malade de A. Zuber a été nourri au sein douze mois ; à cet âge, coqueluche avec broncho-pneumonie. Puis les végétations adénoïdes furent extirpées. Une sœur de 9 ans 1/2 suça son pouce jusqu'à deux ans et mangea des brins de laine arrachés à sa couverture de lit. On trouvait des paquets d'étoupes dans les selles. La famille, sans autres tares nerveuses, compte une deuxième fillette. Les trois enfants ont toujours porté à leur bouche ce qu'ils manipulaient : herbe, papiers, etc. A deux ans, le petit garçon mangeait de la terre (*géophagie*). Auparavant, entre 5 et 8 mois, il s'arrachait machinalement les cheveux et les avalait. Il ne lui en restait plus qu'une mèche derrière la tête. Un bonnet maintenu en permanence a supprimé le geste et le cuir chevelu est maintenant pourvu de jolies boucles brunes. Il y a quelques semaines sont survenues la fièvre, des coliques, une diarrhée glaireuse, suivies bientôt du rejet par l'anus d'un petit cocon noirâtre formé de cheveux ; au bout de trois semaines expulsion de petits égagropiles analogues à deux jours d'intervalle, les selles glaireuses ayant cessé. Ces divers égagropiles, spontanément expulsés, avaient l'apparence de cocons de chenilles ; ils étaient formés d'un feutrage de cheveux bruns, longs de 3 à 5 centimètres. Deux ont 5 à 6 centimètres de long sur 2 de diamètre ; le troisième a le volume d'une petite noix dont une extrémité est arrondie et l'autre effilée en mèche tordue de 3 centimètres en longueur. Poids total : 5 grammes. A la coupe longitudinale, le centre est formé par un feutrage de fins cheveux agglomérés par du mucus, le tout bien homogène.

Dans les observations publiées se trouvent surtout des fillettes nerveuses, hystériques, arriérées, imbéciles, idiotes, vésaniques. Quatre fois seulement il s'agit de garçons entre 10 et 15 ans. Le poids des égagropiles est parfois considérable : 1 kilogramme (O'Hara), 2 kgr. 15 (Russel). En pareil cas leur volume est énorme et les cavités gastro-duodénales en sont remplies et distendues. On comprend que de semblables masses puissent entraîner des accidents graves du côté de l'estomac, des intestins, du péritoine. Ces accidents, une intervention chirurgicale, en temps opportun, les préviendra. Néanmoins, la guérison spontanée n'est pas impossible, quand les égagropiles sont peu volumineux, comme dans l'observation de A. Zuber. Dans un cas de

(1) A. Broca. — Volumineux égagropile extrait par gastrotomie de l'estomac d'une enfant de 4 ans. (*Arch. de Méd. des Enfants*, 1917 p. 468.)

Crawford (1852), la guérison spontanée survint également à la suite de vomissements et d'expulsion par l'anus. Enfin on compte une douzaine de malades qui ont dû la guérison à la laparotomie suivie de *gastrotomie* comme dans le cas de A. Broca, la *gastrectomie* pratiquée par Dauriac n'étant pas recommandable.

IV. L'observation de G.-F. Still est intéressante à cet égard (1). Une fillette de 9 ans est reçue le 12 février 1908 au *King's College Hospital* pour une tumeur du ventre constatée il y a sept mois. Le ventre avait grossi depuis un an et l'enfant accusait des douleurs d'estomac depuis trois mois. Perte d'appétit et malaises fréquents depuis deux mois. Il y a quelqss années, au mois de juin, on avait remarqué la disparition des cheveux en deux jours. En réalité, depuis l'âge de trois ans, la fillette s'arrachait les cheveux et les avalait..

A l'épigastre, la palpation dénotait une tuméfaction dure, allant du rebord costal gauche à la ligne mammaire droite, à la hauteur de l'ombilic. Bords bien limités, surface lisse, indolence au palper, mobilité de haut en bas. Les hypothèses de splénomégalie, de lymphosarcome, de tuberculose se présentaient à l'esprit ; elles n'arrêtèrent pas l'intervention chirurgicale.

Le Docteur Burghard, après laparotomie, incisa l'estomac sur une longueur de 7 centimètres, et, par cette brèche, il put retirer une masse de cheveux qui remplissait sa cavité. Poids de la tumeur 500 grammes, longueur 15 centimètres, circonférence 20 centimètres. La grande courbure mesurait 34 centimètres. Une partie étroite de la tumeur se prolongeait dans l'œsophage. Cette tumeur figurait le moule parfait de l'estomac. Suites opératoires normales, guérison.

V. Le Docteur Ayres Netto a observé dun as semblable, traité avec le même succès, chez une femme adulte, il est vrai. Mais on peut le ranger auprès des cas concernant les enfants que nous rapportons actuellement, car l'égagropile de cette jeune femme remontait à l'enfance (2). Il s'agissait d'une Brésilienne de 28 ans, hypothyroïdienne, tricophage depuis son enfance, entrée à la *Santa Casa da Misericordia* de São Paulo le 10 décembre 1924. Elle souffrait du ventre depuis trois ans. La palpation fait sentir, à l'égigastre, une tumeur énorme, indolore, dure, mobile, dessinant l'estomac. La radiographie (Docteur Cassio Villaça) fait admettre l'existence d'un corps étranger stomacal. Le 20 décembre, opération à l'anesthésie locale par le Docteur A. Netto assisté de Soarès Hungria. Extraction d'une tumeur pileuse pesant 1.650 grammes, mesurant 47 centimètres de long sur 35 de large. Guérison complète et rapide.

VI. Courte observation présentée à la *Société de Pédiatrie* de Paris le 20 janvier 1925 par le Docteur Paul Mathieu : *Volumineuse tumeur pileuse de l'estomac chez une enfant.* « Je présente à la Société une tumeur pileuse (égagropile), que j'ai extraite de l'estomac d'une petite fille âgée de 11 ans 1/2 par une gastrotomie. Cette tumeur, comme celles qui ont été signalées auparavant, était constituée par des cheveux que l'enfant avalait. Elle pesait 350 grammes et se moulait sur le bas-fond de l'estomac, sur le duodénum et une partie du jéjunum. Cliniquement, en l'absence de toute notion étiologique, en l'absence presque complète de troubles digestifs, l'existence d'une tumeur de l'hypocondre gauche fit penser qu'il s'agissait d'une tumeur de la rate. L'intervention eut des suites très simples. L'enfant est sortie guérie de mon service quinze jours après la gastrotomie. »

VII. Observation très intéressante du Docteur Jean Smith relative à une fillette de trois ans (3). Elle est apportée à l'hôpital pour douleurs de ventre datant d'un mois, le 30 avril 1931. Appétit médiocre, selles peu colorées, mal liées, fétides. Aspect maladif et fatigué, lèvres pâles et sèches, langue lisse et humide, sans enduit saburral. Malnutrition, poids de 11.340 grammes au lieu de 15.000 ; hypotonie musculaire, agitation et grincement de dents fréquemment notés pendant le sommeil ; intelligence plutôt au-dessus de son âge. Dès le jour d'entrée, la nurse signale que la fillette a rongé tout un côté du napperon de sa table de nuit et que le vêtement de sa poupée portait les traces du même grignotage. Questionné, le père avoua l'habitude qu'avait sa fille de manger des morceaux de bois et de plâtre depuis quelques mois. Le 5 mai, la sœur et le médecin de garde notent la présence d'une grosseur à l'épigastre ; le lendemain elle est moins apparente, bien qu'on ait la sensation d'une tumeur mal définie dans cette région et vers l'hypocondre gauche. Le même jour l'enfant rend par l'anus une boule pileuse grosse comme un œuf de poule. Au bout d'une semaine pas de changement ; on prescrit un repas opaque et, avec les rayons X, on constate que la tumeur est due à un corps étranger de l'estomac. Tenant compte de l'expulsion spontanée d'une boule pileuse précédemment, on admet que le corps étranger stomacal est de même nature.

Le 9 juin, à 12 h. 15, douleur autour de l'ombilic, ventre très distendu, tumeur sentie dans la fosse iliaque droite ; à 15 h. 30, cette tumeur était perçue en bas et à gauche ; les douleurs ont disparu et la distension abdominale est très diminuée. Le lendemain, à 5 h. 30, une deuxième boule pileuse plus grosse que la première, est rendue par l'anus. Le 13 juin, troisième boule plus petite que les deux premières ; le 13 juin, quatrième et dernière balle de cheveux incorporant une grosse ficelle nonmâchée. Il semblait que les douleurs et la distension du ventre ne se montraient qu'au moment où les masses pileuses parvenaient à la vulvule iléo-cæcale. Cette barrière franchie, les symptômes cessaient. Le 22 juin, une radiographie montra l'intégrité récupérée du tube digestif avec image gastrique normale. En même temps l'état général se relevait et la fillette sortait guérie de l'hôpital.

VIII. Observation plus récente de R. Mercier et P. Mangini (1). Une femme de la campagne vient consulter pour elle ; par la même occasion elle présente sa fillette de 8 ans qui aurait souffert jadis du poumon. Examen négatif de cet organe. Mais le ventre de l'enfant est gros et, dans le décubitus dorsal, on sent à l'épigastre une masse dure, mobile, indolore, de contours réguliers, mesurant 12 centimètres de long sur 8 de large, son bout inférieur affleurant l'ombilic. On pense à une rate ectopiée ou à un néoplasme. A l'éran, on aperçoit sous le diaphragme une tumeur d'opacité homogène, se confondant avec l'ombre hépatique. La rate est normale. Après ingestion du repas opaque, une masse réniforme apparaît dans l'estomac, mobile avec lui. Son pôle supérieur fait saillie dans la poche à air ; palpant son pôle inférieur, on mobilise cette tumeur dans l'estomac comme un testicule dans la vaginale. Cependant l'évacuation pylorique n'est pas arrêtée. Une semblable tumeur, moulant l'estomac bien tolérée, ne pouvait être que pileuse. On apprit d'ailleurs que, depuis des années, la fillette arrachait ou cassait ses cheveux pour les déglutir, et on en trouvait dans les selles.

Nous ignorons la suite qui fut donnée au diagnostic posé par nos confrères ; sans doute la malade n'échappa pas au traitement chirurgical qui s'imposait.

IX. Au cours d'une lecture de Buffon (*Histoire naturelle générale et particulière, avec la description du Cabinet du Roi*) nous trouvâmes, à la fin du tome V, 5e édition, 1752, par M. Daubenton, une curieuse observation d'égagropile que nous croyons devoir reproduire textuellement.

N° CDXIII

Poils tirés de l'intestin rectum d'une fille de sept ans.

Cet enfant ayant eu la petite vérole à Brest à l'âge de 5 ans, il se forma après cette maladie une tumeur au côté droit du bas-ventre sur la région iliaque à environ deux travers de doigt au-dessus de la crête de l'os ilium, et à peu près à égale distance de la ligne blanche, et de l'épine du dos. Cette tumeur étant devenue fort grosse et douloureuse, on y appliqua un onguent qui la fit ouvrir en vingt-quatre heures, il en sortit beaucoup de pus, et quelques jours après l'ouverture de l'ulcère était réduite au diamètre d'une grosse tête d'épingle. On s'aperçut d'abord qu'il en sortoit des vents et des excrémens avec le pus, et longtemps après on vit de plus un cordon de poils semblables à des cheveux, qui passoit au dehors ; enfin l'ulcère se ferma et les poils disparurent.

Sept mois après les parens de l'enfant remarquèrent qu'il sortoit de l'anus un cordon de poils parfaitement ressemblans

(1) G. F. Still. — Hairball in the stomach (*Proc. of the R. Soc. of Medicine*, juin 1908.)
(2) Ayres Netto. — Volumineuse tumeur pileuse de l'estomac, opération, guérison. (*La Presse Médicale*, 15 août 1925.)
(3) Jean Smith. — Hair eating and pica in Children. (*The Brit. J. of Children's Diseases*, oct.-déc. 1931.)

(1) R. Mercier et P. Mangini. — Egagropile volumineux de l'estomac. (*Les Cahiers de Radiologie de la Gazette Médicale de France*, 15 février 1936.)

à des cheveux : dans le commencement ce cordon sortoit et rentroit alternativement, mais il s'alongea assez pour que l'extrémité restât toujours au dehors. Il y avoit déjà trois mois que ce cordon de poils paroissoit, lorsqu'au mois d'avril de cette année, on fit voir l'enfant à M. de Courcelle, médecin du Roi à Brest et Correspondant de l'Académie royale des Sciences. Il l'examina attentivement, et il envoya la relation du fait dont il s'agit à M. du Hamel pour être communiquée à l'Académie.

Le cordon avoit un pouce de grosseur et rempissoit exactement l'orifice de l'anus, de sorte qu'il y avoit souvent de la difficulté pour les déjections. Les poils sortoient au dehors de trois pouces, M. de Courcelle en a coupé un échantillon un demi-pouce au-dessus de l'anus et l'a envoyé à M. du Hamel, qui l'a remis au Cabinet. En tirant ce cordon, on le faisoit sortir de huit pouces de plus qu'à l'ordinaire, mais sitôt qu'on le lâchoit, il rentroit de la même longueur, et toutes les fois qu'on le tiroit, l'endroit où était la cicatrice de l'ulcère dont on a parlé, rentroit en dedans, ce qui fit croire que le cordon venoit de cette partie, et que les poils dont il est composé, étoient les mêmes que l'on avoit vus dans l'ulcère.

M. de Courcelle présume que le cordon avoit près d'une aune de longueur, et qu'il suivoit les contours du canal intestinal qui avoit été ouvert à l'endroit de l'ulcère par lequel les excrémens sortoient. N'ayant pas vu la malade dans le temps de cet ulcère, il n'a pu déterminer précisément si l'ouverture étoit dans l'extrémité de l'iléon, dans le cæcum, ou dans le commencement du côlon, qui sont situés à peu près sous la cicatrice.

Ce cas ancien, incomplet quant à l'origine des accidents et quant à l'examen de la pièce, offre néanmoins un double intérêt. 1° L'égagropile, parvenu à la fin de l'iléon ou dans le cæcum, a occasionné une violente inflammation de l'intestin, qui s'est perforé, donnant lieu à une abondante suppuration et à une élimination, à travers la paroi abdominale, de matières fécales et de cheveux. Donc grave complication d'égagropile arrêté dans l'intestin. 2° Un cordon très long émané de l'égagropile intestinal, sortait par l'anus. Cette particularité se retrouve dans le cas de A. Broca exposé plus haut : égagropile très volumineux de l'estomac émettant par son bout inférieur une cordelette pileuse de 52 centimètres de longueur.

La Granulie froide

Par **GIRBAL** (Marseille)

La granulie froide, répondant au type bien décrit par R. Burnand et Sayé est une affection rare.

Nous en rapportons ci-dessous une observation particulièrement caractéristique par ses signes radiologiques et son évolution clinique.

Discutée encore par de nombreux auteurs, qui veulent l'assimiler à une tuberculose miliaire ou à une tuberculose fibreuse (Léon Bernard), la granulie froide présente cependant une forme anatomo-clinique bien personnelle précisée récemment par Burnand (1).

« Semis micronodulaire étendu constituant sur le cliché la principale ou, pour mieux dire, la seule altération des organes thoraciques.

« Torpidité, caractère insidieux, apyrétique de l'évolution. Fixité du syndrome, coexistence d'éléments anamnestiques, personnels ou familiaux, ou de stigmates permettant d'incriminer une étiologie bacillaire. »

Soulignons cependant dès maintenant que dans le cas que nous avons observé nous n'avons retrouvé ni chez notre malade, ni dans ses antécédents aucune coexistence d'éléments anamnestiques, ni de stigmates bacillaires.

Observation. — Mme V... est âgée de 32 ans, mariée, mère de deux enfants de 9 et 4 ans bien portants. Aucun antécédent bacillaire, pas de maladies antérieures. Elle vient nous consulter le 15 octobre 1934 pour une légère dyspnée apparaissant à la marche accompagnée d'asthénie générale et de température atteignant 38° le soir. Toux légère surtout quand la malade parle, expectoration muqueuse au réveil. Règles normales avec élévation de la température à cette date.

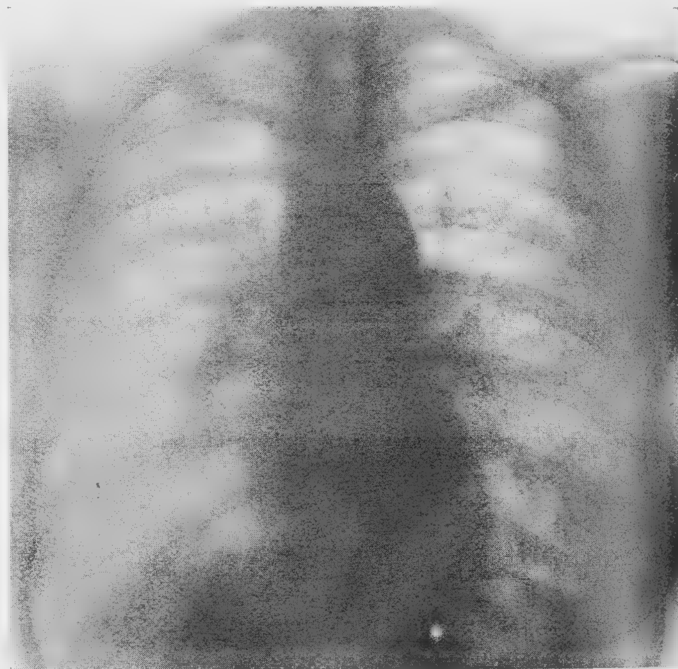


Fig. 1

État général bon, cependant amaigrissement de 3 kilos depuis un mois. Tension artérielle 12-6 Pachon.

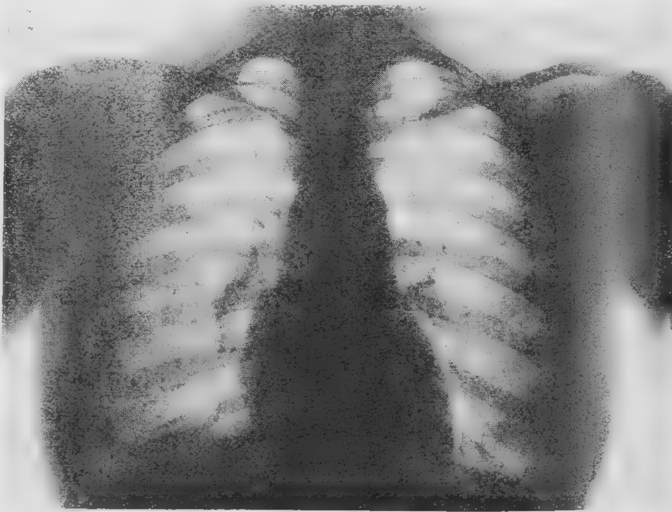


Fig. 2

L'examen pulmonaire permet de signaler seulement une légère diminution du murmure vésiculaire et quelques râles sibilants à la toux.

Un examen radioscopique permet de constater « une image en mailles de filet » (Sergent) typique.

Un examen de crachats pratiqué le 16 octobre est négatif pour B. K.

(1) Burnand. — La granulie froide. *L'Orientation Médicale*, mars 1936.

Un examen d'urines ne décèle ni albumine, ni sucre. Une radiographie (*fig.* 1) pratiquée le 8 novembre par le Docteur A. Astier montre un aspect de granulie : les deux plages pulmonaires sont semées dans toute leur étendue de nombreuses taches miliaires, particulièrement abondantes autour des hiles et surtout à droite. Il n'y a pas de réaction hilaire appréciable. En dehors des taches miliaires, on ne distingue pas d'autre type d'image pathologique.

Le médiastin a un apect normal.

Un traitement institué par Myoral, intramusculaire, la malade habitant à la campagne loin d'un centre médical, a permis d'injecter un total de 3 grammes.

Revue en décembre puis en mars, la malade est allée en s'améliorant régulièrement, en mars il n'y avait plus qu'une légère température d'épreuve, 37°6, après une marche d'un quart d'heure. Pas de signes anormaux à l'examen pulmonaire.

Deux examens de crachats ont encore été négatifs.

Reprise de poids de 4 kilogr., plus de dyspnée d'effort. Une radiographie pratiquée le 24 mai 1935 (*fig.* 2) permet de constater la disparition à peu près complète des taches miliaires montrées par la radiographie précédente. Il n'existe que quelques fines granulations peu nombreuses et peu apparentes à la périphérie des deux plages. Elles sont un peu plus marquées à droite qu'à gauche. Aucun foyer d'ombre n'est visible. Les hiles sont normaux. Il n'y a pas de réaction pleurale.

La malade reprend son travail en octobre 1935. Un nouvel examen pratiqué le 30 mai 1936 ne permet de retrouver aucune trace clinique ou radiologique de granulie miliaire.

L'intérêt de cette observation réside :

1° Dans l'individualité anatomo-clinique de cette affection (granule froide). Aspect micro-nodulaire, torpidité, caractère insidieux et presque apyrétique de l'évolution.

2° Dans la rapidité de l'amélioration obtenue par un traitement aurique, en un temps particulièrement court.

3° Dans la disparition totale des signes anatomo-cliniques qui n'ont laissé aucune trace ni clinique ni radiologique, ce qui indique qu'il s'agissait bien d'une affection inflammatoire subaiguë et non d'une tuberculose fibreuse.

4° Dans la persistance de cette amélioration un an après malgré la reprise du travail.

Si l'on étudie les clichés que nous présentons, on constate que les deux plages pulmonaires sont semées uniformément dans toute leur étendue de taches miliaires, particulièrement abondantes autour des hiles. Cette dissémination uniforme est bien en faveur d'une infection par voie sanguine qui seule peut expliquer leur répartition symétrique et régulière. Il s'agit à notre avis d'une infection par voie sanguine (virus filtrable), analogue à la granulie circulatoire de Blasco et Roque Ruiz Olmos « miliaire sanguine ».

Rappelons que Nicaud a pu reproduire les lésions granuliques torpides chez le lapin par l'inoculation intraveineuses plusieurs fois répétée de bacilles tuberculeux morts. Nicaud pense que les poisons tuberculeux seuls peuvent provoquer les lésions de type granulique (Burnand)

La granulie froide est due, pensons-nous, à une infection par voie sanguine, due à un virus filtrable atténué (analogie avec notre étude de l'asthme tuberculeux) (1), provoquant des lésions inflammatoires du type follicule tuberculeux à siège initialement intra-alvéolaire, qui en général évoluent à bas bruit vers la sclérose, inflammation périlobulaire « aspect en maille de filets ». La granulie froide peut aussi s'aggraver et devenir mortelle mais elle peut également après la période inflammatoire du début disparaître définitivement.

Il faut considérer la granulie froide comme une première étape d'une tuberculose inflammatoire, curable, qui doit être traitée systématiquement par l'aurothérapie.

(1) Girbal. — L'asthme tuberculeux. *Paris Médical*, 27 avril 1935.

CLINIQUE MÉDICALE

(HOPITAL SAINT-ANTOINE)

Cancer du sein chez l'homme

Par le Professeur **Maurice LOEPER**

Le cancer du sein de l'homme relève évidemment de la pathologie externe et de la chirurgie.

Je lui consacre cependant cette leçon médicale d'abord parce qu'il est une rareté et que j'ai eu l'occasion assez exceptionnelle d'en observer trois cas ; ensuite, parce que l'un des malades qui en étaient atteints est venu dans mon service pour une affection pulmonaire et que cette affection pulmonaire d'aspect granulique avait un caractère franchement médical quoiqu'elle fût secondaire à un cancer externe.

Voici l'observation de ce malade :

Un homme de 58 ans entre à l'hôpital en octobre 1935. Son aspect est médiocre, il présente une dyspnée assez forte, un état bronchitique indiscutable ; et il se plaint de douleurs des membres et du bassin.

La bronchite remonte à une dizaine de jours, elle s'accompagne d'une gêne respiratoire considérable, plus marquée à l'effort ; la température est de 38-38°5 ; l'expectoration banale, surtout muqueuse et non-sanguinolente ; de temps à autre, lors d'un accès de toux ou d'une respiration profonde, quelques vagues douleurs apparaissent dans le thorax et dans l'épaule.

La douleur des membres inférieurs et du bassin gêne la marche, elle donne une sensation d'ankylose particulièrement localisée à la jambe droite ; elle irradie dans le bas-ventre et le membre inférieur, mais elle ne s'accompagne d'aucun phénomène nerveux, d'aucune réaction du sciatique ou du crural, d'aucune modification des réflexes ni de la sensibilité.

A ces manifestations banales, l'interrogatoire permit d'attribuer une origine commune dans un cancer du sein.

Cinq ans auparavant en effet, le malade avait présenté au sein gauche une petite tumeur qui grossit lentement, mais nécessita un jour l'opération. On fit l'ablation totale de la région malade, le curage des ganglions axillaires, et, à deux reprises, en deux ans, de la radiothérapie de la région opérée.

Pendant quatre ans, tout se maintint dans l'ordre. Puis apparut dans la cicatrice une sorte de bouton, lequel s'ulcéra rapidement. A son entrée à l'hôpital le malade présente encore une lésion assez apparente et étendue : Sur une longue cicatrice, allant presque jusqu'à l'aisselle, s'est développée une ulcération à bords arrondis, saillants, qui adhère aux plans profonds. Malgré l'étirement des téguments l'ulcère n'est pas un ulcère trophique, car ses bords montrent une prolifération manifeste et saignent aisément.

Nous pensâmes alors que les manifestations pulmonaires étaient également de nature cancéreuse. Nous abandonnâmes l'idée de tuberculose, car il nous paraissait bien dif-

ficile d'admettre que celle-ci se fût greffée sur un processus cancéreux antérieur. D'autre part, l'ancienneté, la durée, le caractère assez particulier de la bronchite ne permettait guère d'y voir un état inflammatoire banal.

L'examen des crachats resta négatif.

Et l'examen radiographique fut très instructif ; il montra dans les deux poumons une infinité de petites taches, comme des confettis, quelques-unes un peu plus volumineuses, d'autres plus réduites, assez analogues aux taches de la granulie pulmonaire. Cet état granulique était certainement cancéreux. La forme granulique du cancer est rare mais connue.

Le diagnostic ne fut pas fait, pourtant, d'une façon formelle, mais seulement escompté pendant la maladie. Quinze jours plus tard une nouvelle radio montre dans le poumon et près du sommet, une masse à contour polycyclique qui contraste avec les petits nodules déjà cités et accrus, semble-t-il, de nombre et de volume.

D'autre part, les radiographies de l'os iliaque et du fémur

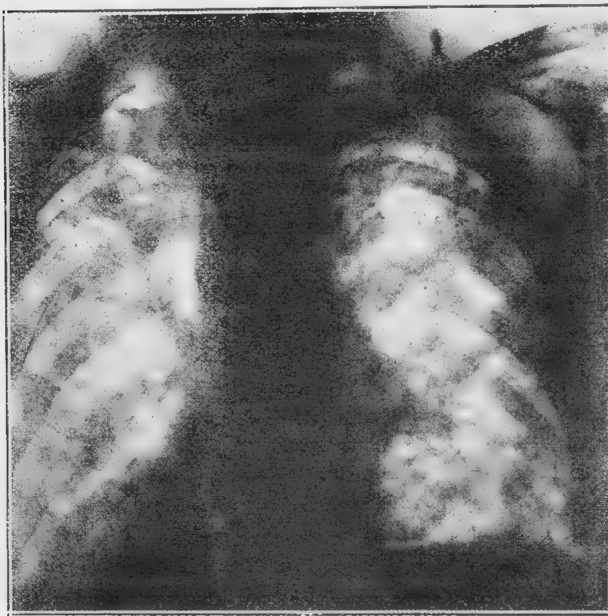


FIG. 1 — Radiographie du poumon d'un malade opéré deux ans auparavant d'un cancer du sein. Lésions micronodulaires simulant la granulie tuberculeuse.

montrent de nombreuses zones arrondies de décalcification que ne suffit pas à masquer la pneumatose du colon terminal.

Cette observation est donc très médicale, bien que le début en ait été chirurgical.

A l'autopsie, nous avons vérifié l'existence et la nature des lésions pulmonaires et osseuses. Nous avons pu constater les lésions osseuses en enfonçant un couteau dans l'os iliaque droit et gauche. Le couteau pénétrait aisément dans le tissu osseux et l'impression de mollesse très caractéristique traduisait bien l'existence d'une lésion cancéreuse.

Nous n'avons pu faire de prélèvement, ni d'examen histologique des os. Seules les coupes du poumon ont été soigneusement préparées. Nous y avons trouvé des amas de cellules tantôt limitées, tantôt polycycliques, moulant une ou plusieurs alvéoles et nettement limitées par elles.

Les îlots étaient parfois réduits à quatre ou cinq alvéoles remplies et tendues.

Par place, une infiltration en masse, et des éléments de lymphangite cancéreuse aussi bien dans les interstices du poumon que sous la plèvre. A un fort grossissement, les cellules apparaissent manifestement cylindriques, mais beaucoup sont arrondies, modifiées et assez difficilement reconnaissables.

Quelques ganglions au niveau du médiastin ; à la surface du poumon de petites traînées lymphatiques qui donnaient assez bien l'aspect de la lymphangite cancéreuse qu'on rencontre si souvent dans le cancer du sein. Au microscope le ganglion fait voir de petites cellules dans la périphérie et les sinus.

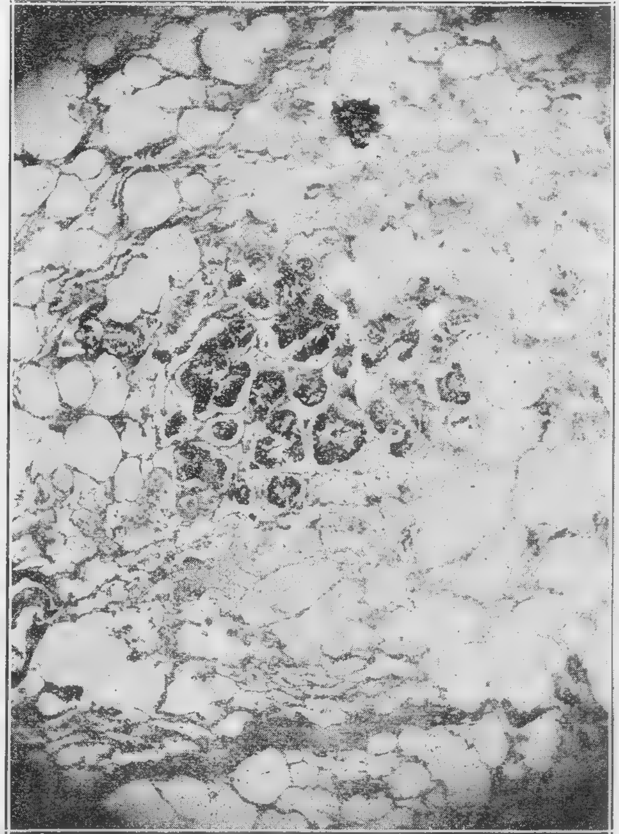


FIG. 2 — Un noyau microscopique du cancer du poumon secondaire à un cancer du sein de l'homme.

Ce noyau est constitué par des proliférations cellulaires qui se moulent exactement sur les alvéoles et représentent un véritable nodule de broncho-pneumonie cancéreuse d'autant que, en certains endroits une bronchiole centrale est obturée elle aussi par le cancer.

Rien dans le foie. Rien dans le rein.

Nous n'avons pas fait de coupe de la lésion cutanée et nous n'avons sur sa structure que des indications rétrospectives. Nous avons appris par le chirurgien qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique du sein, dont les cellules étaient souvent arrondies, non d'un épithélioma mucoïde ou pavimenteux. L'aspect était nettement tubulé avec une assez forte réaction conjonctive. Il s'agit donc bien d'un cancer du poumon à forme granulique consécutif à un cancer du sein.

L'observation est rare, mais, pour ma part, j'en ai retrouvé deux autres qui se sont terminées aussi par des lésions pulmonaires et qui sont consignées dans la thèse de Guttmann.

Le premier cas fut celui d'un notaire de 71 ans qui, en 1924 avait présenté quelques petits picotements et quelques douleurs dans le sein gauche. Le néoplasme du sein gauche se présenta comme une petite noix, aplati, adhérent à la

peau, mais libre sur les plans profonds, avec un gros ganglion axillaire. J'envoyai ce malade au Docteur Paris en vue d'une opération. Ce dernier pratiqua une ablation large de la lésion, extirpa le ganglion et même, un petit fragment de l'aponévrose pectorale.

L'examen histologique de la tumeur montra une lésion cancéreuse avec cellules arrondies paraissant être, elles aussi, du type cylindrique modifié.

En février, c'est-à-dire six mois après l'opération, le malade présente une autre adénopathie axillaire et semble épaissir, indurer et infiltrer sa cicatrice. On juge alors utile de réséquer cette cicatrice et d'enlever une partie

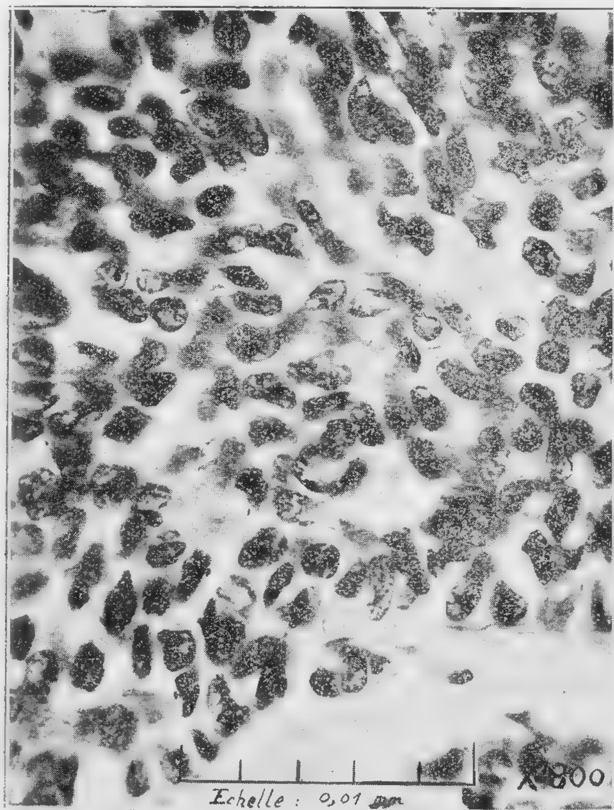


Fig. 3 — Un point de ce noyau à un grossissement de 800 diamètres. Les cellules à gros noyau souvent multiple ou caryocynétique sont du type cylindrique légèrement modifié.

des muscles pectoraux du même côté et de curer l'aisselle. La cicatrisation se fit dans de bonnes conditions, mais dix mois après, une nouvelle récidive se manifesta sous forme de deux petits nodules cutanés. Je confiai alors ce malade à M. Belot qui fit une radiothérapie intensive, fit disparaître les petits nodules déjà formés mais n'empêcha pas la formation de nodules nouveaux. Le malade fit en 1925 des troubles pulmonaires. On l'examina aux rayons X et l'on trouva une assez grosse masse dans la région gauche du thorax. Il mourut de manifestations bronchiques fébriles avec une grosse matité de la base, autrement dit très certainement de cancer pleuro-pulmonaire.

Chose assez curieuse, venant de la même contrée, de l'Aube, j'ai pu voir, en 1930, un troisième malade que j'avais eu comme infirmier pendant la guerre. C'était un brave vigneron habitué à manier les tonneaux et le marteau et peut-être un peu buveur. Il fit une tumeur du sein droit, adhérente aux plans superficiels, mais non aux plans profonds. Le Docteur Paris, de Troyes, l'opéra et fit un curage de l'aisselle. Deux ans après, cet homme fit une récidive, et des ganglions axillaires apparurent, adhérents à la cicatrice et aux plans profonds ; trois ou quatre nodules étaient visibles à la surface. Le malade se refusa à une nouvelle opération. On lui fit de la radiothérapie, M. Belot en fut chargé et pratiqua ce traitement à l'hôpital Saint-Louis. Grâce à la radiothérapie, cet homme put, pendant deux ans reprendre ses occupations normales. Après ces deux ans, il mourut d'une pleurésie. Je n'ai jamais rien su du liquide pleural non plus que de l'état du poumon sous-jacent ; mais, je crois pouvoir affirmer que cette pleurésie était cancéreuse.

Voilà donc trois observations de cancer du sein chez l'homme, dont deux sont du type cylindrique modifié. Les trois malades ont été opérés, deux ont récidivé, deux ont été irradiés ; l'un seulement fit des lésions osseuses ; tous firent des lésions pulmonaires ou pleuro-pulmonaires, une fois de type granulique. Un des cas se prolongea cinq ans, les deux autres trois ans.

* * *

Le cancer du sein est extrêmement rare. L'homme n'a qu'un vestige rudimentaire de glande mammaire, mais ce fragment peut être le siège d'un cancer dont je vais donner les caractères anatomiques et l'évolution.

En 1883 Paul Poirier fit sa thèse sur ce sujet, une thèse touffue sans grands détails pourtant. Avant lui, Heurteloup et d'autres, Williams l'avaient étudié et aussi Chenot. Milian en a cité un cas. Herrenschmidt lui a consacré un court mais substantiel mémoire. Chaque année, la Société anatomique en apporte un nouveau cas et récemment à Cuba, Zaletel (1930) en faisait une bonne étude.

Je citerai les cas de Prete en 1929, de Rosch en 1931, Petit de la Villéon en 1928, Loove en 1934, Maggini en 1929 à Buenos-Aires, Llambras en 1928, Kummer en 1923 Maceven, etc...

Voici quelle en est la fréquence :

1° Heurteloup dans son travail de 1879, donne 96 observations de cancer du sein chez l'homme. P. Poirier, plus tard, cite 160 cas. Par rapport au sexe, on trouve dans le travail de Williams, 25 observations de cancer du sein chez l'homme contre 2.452 chez la femme ; dans celui de Grosse, 50 cas pour l'homme et 2.500 chez la femme, soit 1 à 2 %. Suivant MM. Dessaint et Plantevin en 1931 dans les *Bulletins de la Société du Cancer*, la proportion irait à 3 %.

2° *Par rapport aux tumeurs cancéreuses* de l'homme, le cancer du sein serait de 9 % dit M. Heurteloup ; de 4 % pour d'autres auteurs ou de 6 %. Ces chiffres semblent élevés.

M. Ducuing qui a fait dernièrement une statistique à ce sujet donne seulement 1 %.

3° Par *rapport aux autres tumeurs du sein* des recherches ont été également faites.

Pour Bilroth qui a publié la première observation de cancer du sein chez l'homme, il y aurait huit tumeurs bénignes pour 92 malignes ; pour M. Braquehaye vingt tumeurs bénignes pour 80 malignes. Pour M. Palermo, 86 tumeurs bénignes pour 549 malignes, c'est-à-dire à peu près 1/6.

M. Herrenschmidt, au contraire aurait observé huit tumeurs bénignes pour dix malignes, c'est-à-dire une proportion à peine plus considérable de tumeurs malignes.

Il n'y a en tous cas aucune comparaison avec la fréquence des tumeurs bénignes du sein chez la femme. De plus, chez la femme la tumeur bénigne est souvent le point de départ du cancer. Chez l'homme, le cancer du sein n'est presque jamais précédé d'une tumeur bénigne.

Le pays et le climat semblent avoir leur importance,

◆◆

peut-être plus encore les habitudes et les régimes de certains pays.

Ainsi le cancer du sein de l'homme n'existe pas en Allemagne et il est fréquent en Angleterre et en Asie ; Unas l'étudie dans l'Inde, d'autres comme Williams en Angleterre. Fait très curieux, sur les 160 cas résumés par Paul Poirier, 60 appartiennent à des Anglais et sont cités par des médecins anglais.

Au point de vue de l'âge : à part quelques cas dont un de nos cas personnels, les tumeurs débutent avant 50 ans. C'est une règle assez absolue. Sur 58 cas de P. Poirier, où l'âge est relaté : 15 ont débuté de 40 à 50 ans ; 16 de 50 à 60 ; 15 de 60 à 70 ; c'est-à-dire que, dans 46 cas sur 58, soit 80 %, il débute entre 40 et 70 ans.

Rarement il apparaît plus tôt. En Angleterre, Speed l'a vu à 14 ans, et Thomson cite 6 cas avant 20 ans.

Quel est le *côté* le plus fréquemment atteint ? Dans deux de mes observations sur trois, le cancer siège à gauche ; c'est un hasard peut-être, mais qui se reproduit souvent : la prédominance à gauche est, en effet, signalée par tous les auteurs.

Paul Poirier cite 23 cas à gauche pour 13 à droite ;

Heurteloup 17 fois à gauche pour 13 fois à droite ;

Il est vrai que Williams donne une proportion sensiblement égale pour les deux côtés : 38 à droite pour 35 à gauche.

L'*hérédité* ne paraît pas avoir grand intérêt. Néanmoins, trois cas de Williams font supposer que le cancer du sein de l'homme peut avoir des ascendants féminins.

L'influence du *traumatisme* est indéniable. On sait avec quelle insistance les femmes invoquent ce facteur dans toute lésion du sein ; elles ont été heurtées par leur bébé, elles ont buté contre une porte, un mur, une armoire. Le traumatisme joue son rôle aussi dans la production du néoplasme du sein de l'homme.

La plupart des auteurs qui se sont occupés de la question, donnent une proportion assez importante de cas succédant ou paraissant succéder au traumatisme (environ 1/6e). Quelquefois, plus qu'un traumatisme unique, des traumatismes multiples, par exemple chez les terrassiers où le manche de la pelle appuie longuement sur la poitrine, chez le bottier qui serre contre lui la botte qu'il va coudre ; chez le tonnelier, qui appuie fréquemment sur la poitrine le cercle du tonneau. La profession, donc, par les pressions qu'elle provoque, semble faciliter sinon provoquer le développement du cancer.

Une observation très curieuse et intéressante a été donnée dans la thèse de Chenot (1876) et qui montre bien l'influence de ces traumatismes. Il s'agit d'un homme de 53 ans qui vient consulter M. Chenot pour de l'oppression, et qui a au sein droit une vaste ulcération indurée. Il mourut de cancer pulmonaire et vertébral. La tumeur se développa au point même d'un traumatisme subi six mois auparavant.

Chez l'homme on ne signale guère l'existence de *lésions antérieures* qui favorisent la production de la tumeur. L'homme n'a pas de mammite parce qu'il n'a pas de glande mammaire et les tumeurs bénignes, rares d'ailleurs, ne se transforment pas en tumeurs malignes. Certaines observations signalent pourtant des lésions du mamelon, l'eczéma peut-être la maladie de Paget, tel le cas de Williams, ou l'eczéma chronique précède l'ulcération du sein. Dans une autre observation de M. Thorens, un homme de 60 ans vient consulter pour une tumeur du mamelon gauche qui s'est étendue assez loin de celui-ci, a irradié vers le cadran externe. Or, trois ans auparavant, il avait eu un zona à localisation mamelonnaire dont il portait encore la cicatrice lenticulaire au niveau même de la tumeur. Peut-être est-ce une coïncidence, mais étant donné ce qu'on a dit des virus du zona, de la varicelle, de la variole, du néoplasme, on peut se demander s'il n'y a pas dans cette néoplasie apparue secondairement une part de responsabilité revenant au zona.

*
* *

Je résumerai très rapidement la **symptomatologie** avant d'arriver au diagnostic et à l'anatomie pathologique. *Le début* de ces tumeurs du sein de l'homme est en général très discret, très sourd ; il s'annonce par des picotements, plus que des douleurs vraies. Très fréquemment, environ six fois sur 10 ou même 20 fois sur 120 cas, dans la thèse de Poirier, il débute par un écoulement de sang par le mamelon et c'est à l'occasion de taches sur la chemise que certains malades viennent consulter.

A la *période d'état*, la tumeur occupe en général le centre du mamelon, et se développe dans le cadran supéro-externe ; en général, c'est un petit nodule, ou un empâtement gros comme une noix, arrondi le plus souvent, mal limité avec de nombreuses veines saillantes, peut-être un peu plus visibles que chez la femme parce qu'il y a moins de graisse pour les dissimuler. Dans certains cas quelques petits points kystiques, mais comme la maladie de Reclus n'existe pas chez l'homme, il ne peut être question de véritables kystes : la rétraction du mamelon est fréquente. P. Poirier signale parfois des adhérences au grand pectoral, dans un quart des cas ; enfin des ganglions.

Je n'insiste pas davantage. Tout cela ressemble étrangement à ce qu'on voit chez la femme, à part l'extension que la lésion peut prendre chez cette dernière.

Mais on peut constater qu'il existe une longue phase silencieuse, après quoi la maladie éclate et se développe avec une rapidité extraordinaire.

Certains malades consultent après un an ; d'autres après deux ans, d'autres après trois ans, d'autres après quatre ans, après cinq ans et même après quinze ans ; c'est dire que l'évolution des néoplasies du sein chez l'homme ne paraît pas tellement rapide, qu'elle ne brûle pas les étapes et que les délais sont ceux que l'on observe chez la femme, 2, 3, 4,5 ou 6 ans. Le plus fréquemment, c'est entre 1 et 4 ans que les malades viennent consulter.

Quelles formes revêt la lésion ?

D'abord la forme *tumorale* et les observations sont nombreuses et à peu près similaires, qu'il s'agisse des cas de P. Poirier, de Heurteloup, d'Herrenschmidt, la masse sous-mamelonnaire est nodulaire.

Il y a également, comme chez la femme, une forme en *cuirasse*, dont l'évolution est peut-être plus rapide. Comme il y a peu de glande, le tissu s'infiltre plus facilement, la forme plastronnée, squirreuse, en cuirasse, est plus réalisable encore chez l'homme que chez la femme. Dans une très belle observation citée par Heurteloup, la peau est adhérente, violacée, la paroi thoracique est infiltrée de nodules unis entre eux par une zone extrêmement dense, cartonnée, tout à fait caractéristique.

Le cancer peut être *ulcéreux*, quand il siège très près de la peau, il s'ouvre alors véritablement en cupule, et est très étendu avant même d'adhérer aux plans profonds. Cette excavation a été indiquée par les auteurs anglais à propos d'une observation publiée dans le *Lancet* ou il est question d'une cavité en forme de coupe avec une sécrétion épaisse, sanieuse, grisâtre, et des bords épais, véritablement blindés mais non éversés, proliférants et aussi des



OVULES CHAUMEL
L. Chaumel
Glycérine Solidifiée
EXIGER LA MARQUE TRIANGULAIRE
OVULES CHAUMEL



POUDRE CHAUMEL
POUDRE CHAUMEL
POUDRE CHAUMEL
HYGIÈNE

veines très apparentes. De ces ulcérations, on avait fait plusieurs examens et on avait beaucoup hésité devant le diagnostic de bacillose ou de syphilis.

La généralisation. — Il faut en connaître la fréquence et la gravité.

Les *ganglions* sont très fréquents, les *métastases* à distance également.

Le *poumon* semble atteint dans la moitié des cas. C'est aussi chez la femme, la complication la plus fréquente.

Les *os* donnent 30 à 40 % de généralisations, de même que chez la femme.

Le *foie* est moins souvent touché que le poumon ou les os ainsi qu'il se produit chez la femme.

Les chirurgiens qui voient les malades avant et après l'opération et ne les revoient pas toujours dans la suite ignorent souvent ces généralisations que les médecins recueillent dans leur service ou leur clientèle particulière. D'après ce que j'ai pu lire, la fréquence des généralisations peut être fixée environ à 50 ou 60 % des cas. La maladie ne récidive donc pas toujours.

La mort survient du fait du cancer dans la moitié des cas. Les os, la clavicule, l'humérus, les côtes, le bassin, les poumons sont les plus atteints.

Dans les observations que j'ai rapportées au début de cette leçon, deux fois sur trois, peut-être trois fois sur trois, c'est un cancer pulmonaire secondaire qui a enlevé le malade.

Par quelle voie, la généralisation se fait-elle dans le poumon ?

Par la voie lymphatique, très probablement sans doute aussi par voie sanguine, peut-être à la fois par l'une et l'autre et, lorsqu'un noyau apparaît dans le poumon, d'autres se développent par un nouveau mécanisme d'embolie bronchique.

On connaît de très belles figures où de petits vermisseaux blanchâtres, qui sont des lymphatiques enflammés, sillonnent l'écorce du poumon sous la plèvre jusqu'aux ganglions du hile. Telle est la voie lymphatique. Elle explique la pleurésie, les nodules limités pleuro-corticaux, mais plus difficilement les grosses masses intrapulmonaires et mal la granulie.

Pour réaliser une granulie pulmonaire, il faut évidemment que la lésion ne soit pas purement lymphatique, et que, secondaire ou primitive, elle soit à un moment donné vasculaire, qu'un vaisseau ulcéré par un noyau bronchique ou par un ganglion lance dans la circulation pulmonaire des cellules cancéreuses. Ainsi s'explique la granulie.

Certaines tumeurs enfin se développent par embolie bronchique. Les cellules partent d'une bronche et tombent dans une alvéole ; voilà peut-être l'explication de certains gros noyaux secondaires à point de départ probablement bronchique que nous avons d'ailleurs signalés avec M. Turpin.

Quant aux lésions des os elles ne peuvent être produites que par voie circulatoire.

Diagnostic. — Je ne m'étendrai guère sur le diagnostic du cancer du sein de l'homme.

Dans la forme *tumorale*, on peut penser à l'*ostéite costale*.

Mais l'ostéite costale est plus profonde, la peau n'y participe pas, et s'il y a un abcès au-dessous des téguments, il est fluctuant et l'erreur est difficile.

La *mastite* n'existe pas chez l'homme et on n'a guère à l'envisager comme on l'envisage chez la femme.

Doit-on insister sur la distinction du cancer avec les *tumeurs bénignes*. Je ne le crois pas. Herrenschmidt a cité des cas de tumeurs bénignes et Miami un fibro-adénome typique. Mais, en fait, il existe chez l'homme peu de lésions bénignes du sein et de plus nombreuses lésions malignes. Les éléments du diagnostic sont les mêmes que chez la femme. Au stade d'ulcération, il est permis de penser à la syphilis et d'abord à la syphilis primaire, mais il n'y a guère que deux ou trois cas connus de chancre du sein chez l'homme. J'ai consulté les statistiques de Jeanselme, de Chabrol, de Ronchèse, je n'y ai trouvé que deux cas de chancres du sein chez l'homme. Chez la femme, le nombre est très élevé puisque la statistique de Jeanselme en cite 434.

La syphilis tertiaire, gommeuse du sein est rare également. Et la tuberculose est exceptionnelle. L'une des observations publiées est pourtant très intéressante : c'est celle du Professeur Duplay et du Docteur Mayor confirmée par les examens du Docteur Dubar. Il s'agit d'un malade de 46 ans en bonne santé venu consulter pour une tumeur du sein ; dans sa vie, une seule bronchite, pas d'enfants tuberculeux. Il présente une ulcération en trois points au voisinage du mamelon, et cette ulcération est boutonneuse. A l'examen, la tumeur est allongée, de 6 centimètres, dure, mamelonnée, très indépendante du grand pectoral, adhérente à la peau. Il n'y a pas de ganglions du même côté, mais du côté opposé. On fait un traitement spécifique qui aggrave la lésion. On pense alors à autre chose qu'à la syphilis, peut-être à un cancer et on opère. L'intervention montre des signes indiscutables de caséification nodulaire, une cellule géante dans un nodule et d'autres dans l'intérieur du ganglion.

Les auteurs concluent avec M. Dubar, et de façon formelle, à la tuberculose.

Le cas est digne d'intérêt mais, en présence d'une lésion du sein chez l'homme, il faut tout de suite penser au cancer parce qu'il est beaucoup plus fréquent que n'importe quelle autre lésion.

Anatomie pathologique. — Un petit point mérite d'être signalé : presque tous les cancers du sein chez l'homme appartiennent au type cylindrique, cylindrique modifié ou pavimenteux et bien peu au type glandulaire. Pourquoi cette prédilection ?

Parce que l'homme n'a plus de glande mammaire, qu'il ne possède que des canaux galactophores et que ces canaux sont recouverts de cellules cylindriques. Ce sont ces canaux beaucoup plus que la glande qui font des néoplasies du mamelon et comme ces canaux galactophores sont recouverts en partie d'épithélium pavimenteux le néoplasme peut être quelquefois pavimenteux. Voilà le point important qui différencie le sein de l'homme de celui de la femme. La forme glandulaire par contre, est rare chez l'homme.

Evidemment, on peut voir des exceptions à cette règle. Il est des cancers végétants, kystiques (Poirier), mais ces cancers sont encore développés dans les canaux. On cite de rares épithéliomas glandulaires et même un épithélioma mélanique et un épithélioma verdâtre.

Tout cela est conforme à ce que l'on sait du développement de la glande mammaire de l'homme. A la naissance la sécrétion lactée apparaît chez l'homme comme chez la femme, mais elle disparaît vite et ne reparaît plus chez l'homme ou ne doit plus reparaître. Ce qui reste de la glande ne sert pas à grand'chose, ne fonctionne plus, ne réagit plus. Les canaux galactophores seuls ne se sont pas modifiés : seuls, ils peuvent être le siège du mal.

Peut-être y a-t-il parfois des reviviscences glandulaires qui facilitent la néoplasie. On a établi un rapport entre le développement excessif de la glande mammaire chez certains individus, autrement dit entre la gynécomastie et la

néoplasie du sein. Il y a effectivement des cas, où la glande mammaire est très développée, mais la gynécomastie n'est pas toujours due au développement anormal de la glande, c'est une simple masse graisseuse qui ne peut guère prétendre à une lésion néoplasique.

Dans ces derniers temps, certains auteurs se sont demandés s'il n'y avait pas à l'origine de la néoplasie du sein, comme à l'origine de certaines néoplasies, des manifestations d'ordre chimique et d'ordre endocrinien.

Toute une série de théories sur la formation des néoplasies ont été édifiées. On a incriminé les hormones, l'action plus ou moins directe de la folliculine, en particulier dans le développement de la mammite kystique de la femme et aussi de certains dérivés stériques dans le développement de tous les cancers. A vrai dire, ces faits s'appliquent à la femme plus qu'à l'homme, mais ils peuvent être discutés. Il est bien difficile de faire ici autre chose que des hypothèses et je dirai presque, des assimilations de la femme à l'homme.

Pourtant, dans la reviviscence possible d'un tissu éteint, les hormones et les stérines peuvent avoir une responsabilité.

Une particularité anatomique doit encore nous arrêter : dans toute néoplasie du sein de l'homme, il y a beaucoup de tissu fibreux ; et, dans toute néoplasie du sein chez l'homme, le tissu fibreux contient très peu d'éléments cellulaires. Comme le dit très justement Dessaint, le tissu fibreux est réduit à l'état de collagène sans cellules et sans noyaux. Cet aspect est assez particulier à l'homme, mais l'on n'en voit pas encore l'intérêt, la raison ou les conséquences.

Je ne reviens pas sur le **Pronostic** qui est grave et je ne dirai pas grand'chose du **traitement** qui est purement chirurgical et calqué sur le traitement du cancer de la femme.

Tout cancer doit être extirpé chirurgicalement et largement. La radiothérapie n'a jamais donné de bien remarquables résultats, elle n'a pas été appliquée ici sur une échelle telle qu'elle mérite d'être discutée longuement.

Chez l'homme comme chez la femme d'ailleurs, on a discuté la nécessité d'un curage ganglionnaire. Je rappelle que chez l'homme, les ganglions sont inconstants. Quand la néoplasie ne donne pas de ganglions, on peut se demander s'il faut ou non curer l'aisselle, certains auteurs disent oui, d'autres non. Les statistiques même donnent, avec et sans curage, la même proportion de récidives ou guérisons ; dans l'une avec curage, 11 ont été guéris définitivement sur 144, dans l'autre sans ablation des ganglions, 19 ont guéri sur 98. La proportion est-elle suffisante pour nous permettre de nier la nécessité de l'ablation ganglionnaire ?

Comme des ganglions d'apparence saine peuvent être envahis par des cellules néoplasiques, il faut à notre avis les enlever systématiquement comme on le fait chez la femme.

Les récidives chez l'homme ne sont pas moins fréquentes et plus de la moitié des cas ont récidivé. Quant à la gravité de ce cancer de l'homme, on peut dire que pour un seul cas définitivement guéri, 7/10 sont morts d'une néoplasie généralisée ou du néoplasme lui-même. Dans ces conditions, on est tenté de dire que le néoplasme du sein chez l'homme est encore plus grave que chez la femme. Et c'est l'opinion de Balzer. A mon sens, il paraît sensiblement aussi grave dans l'un et l'autre sexe et 85 % environ des cas sont mortels dans les deux sexes.

J'ai tenu à faire cette leçon parce qu'il faut saisir au vol les cas rares et que le cancer du sein de l'homme est intéressant à la fois par le sexe du sujet et par le caractère de sa généralisation pulmonaire. La plupart des Traités le mentionnent à peine. Peut-être ce travail comblera-t-il en partie cette lacune.

BIBLIOGRAPHIE

GUTTMANN. — Le cancer du sein de l'homme. Thèse de Paris, mai 1936.
P. POIRIER. — Le cancer du sein de l'homme. Thèse de Paris, 1883.
HEURTELOUP. — Le cancer du sein de l'homme. Thèse Paris, 1876.
HERRENSCHMIDT. — Cancer du sein chez l'homme. *Bull. de la Soc. anatomique*, 1921.
DESSAINT et P. PLANTEVIN. — Deux cas de cancer du sein chez l'homme. *Bull. ass. fr. pour l'étude du cancer*, janvier 1931.
A. LACASSAGNE. — Apparition du cancer de la mamelle chez la souris soumise à des injections de folliculine. *Bull. Ass. des Sciences*, 10 octobre 1932.
R.-P. ZALETEL. — Escudio anatomoclinica del cancer de la mama en el hombre. *Rev. med Cubana*, n° 41, p., 428 à 439, avril 1930.
WAIN WRIGHT. — Carcinoma of male breast. *Arch. of Surg.*, n° 14, pp. 836 à 869, avril 1927.

ACTUALITÉS

L'art dans l'édition médicale [1]

Par M. **Maurice LOEPER**

Ce fut vers 1926, je crois, qu'un Comité franco-italien composé de personnalités les plus marquantes de la noblesse, de la politique et des arts, eut la très heureuse idée de réunir à Paris, au Pavillon de Marsan et à la Nationale une collection à la fois abondante et rare, de livres italiens. L'initiateur était un Italien distingué, M. Tammaro de Marinis dont on sait la compétence et la foi, et ses collaborateurs érudits, le Directeur de la Nationale, M. Roland Marcel et celui de Sainte-Geneviève, M. Boinet.

Les Bibles, les Livres d'heures, les vieux Missels, toutes les merveilles de ce XVIe siècle où Rome rivalisait avec Venise, et Florence avec Padoue, resplendissaient de charme et de fraîcheur. Combien de bibliophiles furent émus, troublés, confondus, devant ces enluminures à la fois naïves et brillantes, ces symphonies de rouge, d'azur et d'or, ces caractères sobres et ces calligraphies déliées, ces amours et ces roses, ces profils de Saints et de condottières, ces femmes à la silhouette séduisante et ces vierges toutes de candeur et de pureté.

Peut-être est-ce de ce souvenir, aujourd'hui encore si vif et si présent, qu'est née cette Conférence ?

Certes, dans la riche collection du vieux Livre, on voit plus de Mystères, de Danses macabres, de Philosophie et d'Histoire que de Médecine. Procope y cotoie Cicéron, Homère, Juvenal et les sonnets de Pétrarque, la cosmographie de Ptolémée. Mais Celse, Rhazès, Dioscoride y sont aussi.

Le Livre médical, pour moins soigné et moins richement illustré qu'il soit souvent, sait allier lui aussi, la perfection et la grâce, la noblesse et l'harmonie.

L'art, d'ailleurs, ne se dégage-t-il point déjà de la physionomie d'une page, de l'ordonnance d'un texte, de l'impeccable profil d'une ligne, de la netteté des caractères et du relief des majuscules. Janson et Ratdolt ne l'ignoraient pas qui se refusaient souvent à l'illustration.

Le Gothique, dans son élégance, le Romain dans sa sobriété ne sont pas moins décoratifs que le Chinois ou que l'Arabe.

Combien elle est alerte et ailée l'écriture des vieux manuscrits, combien délicats sont ces volutes, ces guirlandes et

(1) Conférence faite à la séance inaugurale du Congrès de la Presse latine, Venise, 29 sept.-3 octobre 1936.

ces fleurs. Les majuscules colorées ponctuent la page et y mettent par place de jolies notes écarlates. Un moine du Mont-Cassin, ami de Charles d'Anjou, fit ainsi de la Summa Medicinæ de Rhazès une merveille. Quand il existe des dessins ils sont naïfs et charmants. Tel le Traité de chirurgie de Roland de Crémone conservé pieusement dans une bibliothèque de Rome. La saignée y est représentée dans un style qui rappelle à la fois les chapiteaux de nos cathédrales et les vieilles arybales de la Grèce antique. un mire appuyé contre une frêle colonne pique d'une lancette le pli du coude du patient. Le sang jaillit et le pauvre homme, à peine assis sur son siège à quatre petits pieds, semble implorer le serviteur qui se tient près de lui.

Qu'importe si l'image est un peu lourde puisqu'elle est toujours étonnamment suggestive. Dans les « virtutes balneorum », sujet cher à nos pères, on voit cinq patients sous une voûte de pierre : l'un fait chauffer le récipient, l'autre le hume, trois autres encore se gargarisent, la tête rejetée en arrière, dans des poses impayables, tandis qu'au premier plan un personnage nu se penche vers la fontaine aux flots denses pour recueillir l'eau bienfaisante.

Cette technique, cette facture sera encore celle des Incunables qui sont comme l'on sait en grand nombre vénitiens.

Les petites majuscules sont colorées au pinceau ou encadrées d'un trait rouge : elles sont comme des coquelicots dans le vaste champ des lettres.

***

On doit admirer la patience, l'ingéniosité de ceux qui devaient composer de tels volumes. L'impression était longue, l'application de l'encre au tampon était médiocre, les bavures étaient fréquentes, les reliefs mal accusés et les traits un peu confus.

Heureusement le caractère mobile, la planche indépendante, vont rendre le travail plus parfait et plus facile et améliorer le texte comme les illustrations.

On attribue généralement aux Chinois, la découverte du caractère mobile comme celle du papier et de l'impression. On ne doit pas oublier, non plus, que l'idée de substituer à la planche en bois une écriture plus maniable, plus homogène, toujours semblable à elle-même, était dans l'air au XXe siècle et que Waldfogel l'orfèvre, et Coste le marguillier, en avaient tenté déjà la réalisation. Mais Gutenberg est bien le créateur de l'imprimerie s'il n'en est pas tout à fait l'inventeur : il a fait du caractère mobile chose pratique et définitive.

On ne parle guère de ses livres de médecine, seulement de ses Lettres d'Indulgence et de cette Bible en quarante-deux lignes, qui font sa gloire ; mais ses associés ou ses successeurs ne dédaigneront point les médecins et ils mettront leur talent à leur service. A Ulm, à Cologne, à Lubeck et à Bâle, dans la vallée de l'Adige comme dans celle du Rhône, les élèves, parfois peu scrupuleux, du maître répandront un peu partout ses bois et ses caractères, et ils apporteront autant de fini, d'élégance, aux œuvres médicales des Latins, des Grecs et des Arabes qu'aux comédies de Terence ou aux fables d'Esope.

En veut-on des exemples : « l'art de distiller les corps simples », de Jérome Brunswyg, édité par Gruninger, la « vertu des Eaux et des Herbes », édité par Mareschal et « l'Hortus Medicinæ » de Meydenbach. Quels jolis titres n'est-il pas vrai ? Mais aussi quelles gracieuses images dans lesquelles la souplesse des formes et le charme du dessin ne nuisent point à l'exactitude. On y reconnaît des cornues, des fourneaux, des hommes et des femmes qui cueillent des plantes, et des animaux de toutes sortes en liberté. On y voit même la comtesse de Boulonge sous son hennin, jolie et timide, qui récolte des simples sous l'œil attentif d'un vieux mire en bonnet. Et de telles illustrations, placées dorénavant en hors texte, sont de véritables petits tableaux.

En cette fin de siècle, la science, les lettres, l'art s'éveillent au souffle régénérateur et puissant de la Grèce et de l'Orient, ils franchissent les Alpes et, d'un bond rapide et ailé, vont s'épanouir sur le monde.

Tandis qu'Erasme entre deux crises néphrétiques penche son visage racé, réfléchi, mais quelque peu mélancolique sur l'Eloge de la Médecine et de la Folie, que Luther fulmine contre la Religion, et Paracelse contre les Galénistes, Manuce et Janson travailleront à Venise, Tierry Martens à Alost, Chaussart à Lyon, Koburger à Nuremberg.

D'une ville, d'un pays à l'autre, les imprimeurs voyagent, suivis de leurs aides et de leur matériel ; parfois nomades et parfois fixés, ils s'installent ou passent suivant les commandes qu'ils recueillent ou les succès qu'ils remportent. L'Imprimerie, messagère de pensée, se fait la dévouée servante de la Médecine comme de la poésie ou de la religion.

***

On raconte que Janson le tourangeau fut envoyé par lettre spéciale du Roy de France pour étudier, on devrait dire pour surprendre, le secret de Gutenberg. Il suivit tout d'abord l'Ordonnance royale scrupuleusement, mais dès qu'il fut instruit, il fit une fugue à Venise et il y resta. Et le roi fut volé. Peut-être aucun pays ne pouvait-il lui offrir milieu plus favorable à l'épanouissement de son talent et de son génie ?

Venise était en effet à cette époque la ville du faste et de la richesse, un peu hautaine et triomphante ; un rien de paganisme, de la sensualité ; l'art le plus raffiné, la vie la plus joyeuse, les plus jolies parures, les palais les plus ouvragés et les fresques les plus lumineuses. C'est Pietro et Bellini en attendant les géants de la peinture, les monstres de génie, « Monstri de ingenio. »

Janson a décidé d'y travailler. Pas plus que les Spire qui l'avaient précédé, ou que Ratdolt qui le suivit, il n'est éditeur d'œuvres médicales. Mais la Médecine utilisera largement ses caractères, ces admirables lettres romaines qui sont comme gravées dans la pierre.

Sous une reliure souvent molle, la première page apparaît avec son frontispice, son titre et sa marque et elle a déjà grande allure. Bonnyn dans les « Secreta medicinæ » a figuré un ange aux ailes déployées debout entre deux colonnes Renaissance tenant de ses mains un reliquaire. Et c'est là qu'il a inscrit le nom de l'éditeur Vincent de Portunaris de Monteferrata.

Dans une édition de Paracelse, on voit le portrait de l'auteur tel que le peignit Van Scorel qui préside à la Scientia immutabilis. Dans une édition un peu plus tardive, on voit les deux Van Helmont, encadrés de toutes les armes de la famille sous l'œil attentif de la Sagesse et de la Nature :

Sapientia mater et Natura nutrix.

Et j'en pourrais en citer bien d'autres.

Certes, dans ces vieux livres, le titre n'est pas toujours exactement aligné ni proportionné. La ligne est coupée au milieu de la phrase, au milieu même du mot. Mais cette erreur n'est pas choquante et souvent un changement de couleur vient l'atténuer heureusement.

***

Ouvrons le volume ; étudions un peu son texte. Sur un vergé un peu épais (le velin ne viendra que plus tard), une ou deux colonnes de lignes nettes et bien régulières qui s'amincissent souvent pour terminer le chapitre.

Les titres peuvent être d'un caractère différent de celui du chapitre. Des notes nombreuses sont adossées au texte, elles sont écrites en italique, dans cette aldine que l'on doit à Manuce et qu'il appela lui-même chancelière.

Le contraste entre l'Italique et le Gothique ou le Romain fait d'emblée dans la page une manière de sélection.

C'est ainsi que sont imprimées les nombreuses éditions de Vesale, celles de Paré, de Fallope, de Dioscoride et aussi de Mathiole, l'érudit et imaginatif Mathiole, dont le succès est tel qu'il atteint le chiffre colossal de vingt-six éditions.

Ratdolt était d'Augsbourg. Il vint lui aussi travailler à Venise. Il est le père de ces belles majuscules ornées, à rinceaux, enveloppées de banderolles et de feuillages. On en fera après lui de plus compliquées, de plus aiguës, de plus flamboyantes même, de plus charmantes aussi, avec de petits anges joufflus qui montrent la tête dans un ovale ou dans un Angle.

Le livre sur la Peste de Maître Oger Ferrier, médecin natif de Toulouse, édité par le délicat Jean de Tournes, entre les fables d'Esope et le Calendrier historial, fourmille de ces petites vignettes.

L'auteur, comme tant d'autres, pose naïvement la question : Quelle chose est la peste ? Il y répond par un texte un peu simple, mais assez imagé, suggestif et joliment décoré.

Des illustrations semblables, mais encore plus variées se retrouvent dans Mathiole, dans Paré, dans d'autres. Champêtres ou équestres, gaies ou sévères, une tête de satyre dans l'L, un ange dans l'O, un porc-épic dans l'A. On voit même dans les Aldes, qui ont le sens de la Majesté, un homme qui tient un lion, une femme qui conduit un char, un soleil qui se lève, un cheval qui saute, un aigle qui dévore le foie d'un homme couché. Et tout cela est très parfait.

En ce qui concerne les hors textes, il faut distinguer le dessin d'illustration et le dessin d'enseignement. Le premier est plus remarquable que le second. Est-ce parce qu'il permet l'imagination et qu'il n'exige pas l'exactitude. Chacun connait, parce que les bois ont été partout reproduits, le « Fasciculus medicinæ » de l'allemand Ketham, qui connut sept éditions. Il est de 1491.

Une de ces illustrations, représente, dans un décor Renaissance, un groupe de personnages en bonnet qui se consultent et dont l'un désigne un vase que tient un valet, tandis qu'une petite tête d'enfant de chœur curieuse se penche à une fenêtre pour surprendre la conversation.

Une autre nous montre un mire debout près du lit d'un malade dont il prend doucement la main sous les regards attentifs d'un aide, d'une femme aux longs plis et de deux serviteurs portant un cierge.

Certes cela ne vaut pas les estampes de Durer, d'Holbein ou de Botticelli pour l'Epitome, la folie d'Erasme ou le songe de Polyphile. Le Ketham des Gregoris ne vaut pas son Herodote, mais il a de la ligne et de la grâce.

On peut reprocher à l'illustration de l'époque d'être assez mal adaptée au texte, et de ne rappeler souvent que de très loin la description de la maladie ou de l'organe, d'être, en un mot, un peu un hors-d'œuvre : et s'il y a des planches plus explicites, qui servent à l'enseignement et sont même dessinées par des spécialistes, elles ne sont pas toujours exactes ni parlantes.

Il faut pourtant citer Burgkeim qui s'est directement inspiré de la nature quand il a entrepris l'Histoire Naturelle de Pline ; Valgrisi qui a représenté très exactement les plantes, la gentiane les aconits, le musc, le castor du Livre de Mathiole ; enfin le dessinateur d'Ambroise Paré qui a fort bien figuré la cirulation, les appareils, les instruments et les rapports du médiastin, et du récurrent dont la précision est méticuleuse.

Mais il est rare que l'artiste puisse résister à son imagination ; il s'applique plus à l'oiseau de paradis et à l'aigle, qu'au trépan et à la fracture. Il y va même volontiers de son petit tableau : le découpage de la baleine avec ses tonneaux, ses pêcheurs, ses bateaux, sa mer agitée et le monstre étendu sur le sable, ne serait point renié par Breughel. Grande composition pour un pauvre médicament. Mais je ne regrette pas ce mélange d'imagination et de vérité.

Il crée une heureuse diversion à la tristesse de certains sujets et vous porte pour un temps vers d'autres sphères ou d'autres objets.

Les figures frivoles reposent l'esprit et dissipent les craintes. Et ces petits anges insouciants et joufflus qui jouent à cache-cache entre les lettres même du titre ne nous invitent-ils pas à oublier tout ce que comporte d'inquiétant, cette terrible maladie : les Tumeurs.

* * *

M. Sylvestre Bonnard, cher à Anatole France, quand il voyait un beau livre, ne résistait pas au plaisir de le palper de ses mains fines et d'y chercher la volupté d'une caresse.

Peut-être le Livre médical l'eut-il quelque peu déçu.

Ses reliures n'ont pas la recherche d'un Guillaume Eustace ou d'un Pietro Bembo et ce n'est pas pour lui que Grolier faisait venir ses maroquins du Levant. Il est en bois et c'est bien lourd, en parchemin et c'est bien mou, en peau de truie ou de veau et c'est mieux. Grâce à Manuce, il sera bientôt de carton recouvert de basane et nous nous rendons compte aujourd'hui combien c'est commode. Point d'émaux, de camés, de médaillons, peu de semis, peu d'entrelacs. Le sujet ne tente pas. Quelques dessins persans ou byzantins pourtant et aussi des estampages qui ne sont pas à dédaigner. On les apprécie particulièrement dans l'Avenzoar des Junte où des personnages, moines, femmes, anges, des médaillons en plein cuir blanc forment un triple cadre aux deux plats et aussi dans quelques autres volumes de la même époque qui sont bien ouvragés.

Certains de nos pères préféraient les grands *in quarto* qu'ils lisaient penchés sur une large table à pieds ouvragés, dans le silence du cabinet, sous la double lueur d'un vitrail et d'une flamme tremblotante.

Mais d'autres avaient une prédilection que je comprends pour le petit in-16, ce bréviaire, ce compagnon chéri de tous les jours, que l'on dévore jalousement, dans le secret d'une rue écartée, à l'abri des indiscrets. C'est certainement pour ce dernier usage que furent édités les « Erreurs populaires de Laurent Joubert » qui sont bien le plus délicat joyau de bibliothèque que l'on puisse voir.

* * *

Dis-moi qui tu hantes et je te dirai qui tu es.

Dis-moi quelle est ta marque, ta devise et je te dirai ce que tu penses. La marque des éditeurs était toujours soignée, ouvragée, parfaite, définitive, et aussi leur légende délicate et spirituelle. Est-ce par un scrupule respectable d'égalité ou par modestie que nos éditeurs d'aujourd'hui ont à peu près tous abandonné ce charmant usage d'une devise et d'un blason ?

Au XVIe siècle, il y a des cœurs et des croix, des ancres et des fleurs de lys, des lions, des dragons et des dauphins, des monogrammes et des initiales. Ici voici le Temps avec sa grande faulx, là un vieillard qui cueille des fruits ; là encore le vieux Saint-Claude avec l'homme sauvage dans la marque de Nicolas Buon ; les deux chevaux de Chevalon qui sont presque une devinette, et aussi l'ancre et le dauphin des Aldes : Hâte-toi lentement.

La marque change peu à travers les siècles, mais elle se met à la mode : les amours Renaissance font place au cadre Louis XIV. La mentalité du personnage continue de s'affirmer dans la Légende placée en banderolle.

Voici la vertu : *Hunc aciem sola retundit virtus*, écrit Colline.
Voici le Travail ! *Labore et constantia*, dira Plantin.
Buon a pleine confiance : *Mecum porto omnia mea.*
Un autre est insouciant : Vogue la galère.
Et Jean Petit n'hésite vas devant un jeu de mots :

Petit à petit Petit « *appetit* ».

L'art n'est pas seulement dans la création, dans l'expression. Il est aussi dans tout ce qu'il fait naître de sentiment, d'impressions, de réflexions, d'émotion ou de joie.

C'est vers ces vieux artisans, ingénieux, spirituels, tenaces, pleins d'imagination, de verve et de foi que doit aller notre reconnaissance, à nous, étudiants, médecins, professeurs, écrivains, journalistes médicaux. Ce sont eux qui fixèrent dans sa forme presque définitive, aussi bien le livre scientifique que le livre religieux, le livre littéraire que le livre médical.

* * *

Après la Renaissance et le XVIe siècle, on ne modifiera guère les caractères. On prendra plus exacte mesure du titre ; on fera de plus stricts alignements. Les reliures seront plus sobres, le décor moins chargé, les arabesques et les fioritures plus rares. Avec leur médaillon solitaire et sa bordure unie ou à peine dentée, le maroquin, la basane ou le cuir, auront toujours grande allure. Plus distingués même, aussi riches parfois, et annoblis encore par la patine du temps.

Les gravures seront plus fines, plus modelées, leurs ombres et leurs reliefs seront plus accusés. Elles mériteront bien ce

joli nom, si expressif de taille douce. Le cuivre fut un gros progrès. A vrai dire, la pratique du cuivre était déjà bien connue de Plantin. Née sur les bords de l'Arno, chez les orfèvres florentins, elle reproduisit au début les plus fines images de Botticelli, de Ghirlandajo, puis grâce à Fontainebleau, où trônaient le Primatice et Rosso, elle se généralisa bientôt à toute l'édition française. Et l'acier viendra à son aide.

La médecine en prend sa part. En belles pages, sur cul-de-lampes ou en hors textes, c'est la gravure qui présente le livre, qui l'enrichit ou le complète.

Femmes drapées aux seins fermes, à la chevelure abondante figurant la Médecine ou la Science ; Abbés, la Tiare en tête, prenant la main du moribond ; Sagesse casquée comme Minerve ou nue comme Vénus; Hygie tenant le flambeau et poursuivant Mercure; petits amours se chauffant aux mouffles de terre cuite ; tout cela est reproduit avec cette grâce, ce charme à peine précieux et maniéré, d'une époque aimable, toute de révérences et de galanterie.

Que de portraits de Maîtres seraient dignes de figurer en une galerie médicale : à Hafnia, autrement dit Copenhague, Bartholin et sa toque et les six anatomistes ; à Leyde, le profil à perruque de Morgagni.

Que d'illustrations aussi, élégantes, spirituelles, adorables !

Cette jeune fille qui tient un scalpel et qui guide par la main l'anatomiste à la poursuite d'un amour brandissant un fémur, préface le livre de Morgagni. Cette femme qui se détache sur un paysage montagneux, où l'on reconnaît une mine et ses trésors, illustre la chimie de Nicolas Lefebvre, apothicaire du Roy.

La grande œuvre de Baumé, cet Académicien qui tenait boutique et fourneaux rue Saint-Honoré, et qui fit autre chose que les gouttes amères, son Traité de chimie expérimentale, présente une vignette admirable de Moreau le jeune et un portrait de l'auteur par Cochin tout plein de vérité, de grandeur et de vie.

Et je ne sais rien de plus parfait, de plus varié, de plus riche, de plus expressif que les volumes de Lavater, l'étrange personnage qui étonna le XVIIIe siècle où fourmillent les crânes, les effigies, les bosses et les portraits et où Voltaire ironique, réfléchi, interrogateur, méprisant, apparaît dans une série de poses dignes du Carnavalet.

Il est vrai que l'impression était alors plus facile, le tirage plus rapide, l'encrage plus parfait. Bientôt le *Journal Médical* qui va naître en tirera parti, lui aussi, il profitera de l'aubaine, grandira et se multipliera. Il usera de plus en plus du dessin et le fera de plus en plus méticuleux et exact.

Journal de Trévoux avec votre vieux Microscope, *Acta eruditorum* avec la chaudière de Papin, *Médecine éclairée par les sciences physiques* sous l'œil attentif de Fourcroy, vos dessins sont gracieux, charmants, mais encore bien hésitants.

Voici venir le bois gravé, la pierre, le zinc qui feront plus, mieux et plus vite que le cuivre ou l'acier et qui permettront le mariage des couleurs, la mise en valeur des reliefs et la précision des contours. On va maintenant faire du vrai et du démonstratif et l'on abusera de la phototypie.

Foin des hors-d'œuvre et du temps perdu. Notre siècle est celui de l'éducation rapide et des publications en série. Ceci a tué cela.

Est-ce à dire qu'il n'y a plus d'art dans les belles planches de Vicq d'Azyr, de Bourgery, de Cruveilhier, de Sappey. Nullement, mais ce n'est plus le même.

Nous voulons surtout de la vérité et de la vie.

Le dessinateur doit concourir à l'œuvre commune : faire abstraction de sa personnalité, imposer silence à son imagination. Encore, parfois, ne vaut-il pas, à ce point de vue, le photographe.

La composition de nos livres est correcte ; l'alignement est impeccable, le papier a souvent belle apparence, glacé, velin ou granité. Il peut avoir plus d'œil que l'ancien mais il n'aura pas la même durée. La couverture est décente et la reliure parfois cossue. Mais tout est standardisé et l'éditeur n'a plus de marque !

Nous avons laissé la Fantaisie pour l'exactitude, le rêve pour la vérité ; le superflu, qui est pourtant si charmant, pour le nécessaire qui est parfois plus aride.

L'art y a sans doute perdu. La science y a gagné et c'est là l'essentiel.

***

J'ai peut-être été prolixe. Dans cette rétrospective du livre médical j'ai fait la part du XVIe siècle très considérable et celle de notre monde latin très prédominante.

Je crois que c'est justice.

Le XVIe siècle ce fut la fécondation des esprits et la renaissance des arts ; ce fut la sève qui monte et les rameaux qui poussent, ce fut l'amour de la forme et de la beauté ; ce furent aussi les initiatives heureuses, les entreprises hardies ; les voyages, les échanges et aussi les rivalités.

L'imprimerie est partie du Nord, je le sais et ne le méconnais point. Mais elle s'est raffinée en Italie, puis en France et dans les Flandres.

C'est sous le ciel latin surtout qu'elle a atteint et très vite sa maturité, sous ce grand soleil qui avive les couleurs et réchauffe les enthousiasmes, qui donne aux idées la clarté, à la langue son mordant et sa souplesse ; qui féconda les peintres, les poètes et les musiciens de Mendelsohn à Mozart et de Stendhal à Musset.

Tandis que l'ardente Italie marque sa soif de grandeur et sa volonté de progrès, qu'elle veut reprendre au cœur de l'Europe son action profondément ordonnée et civilisatrice, l'heure est venue, je crois, de faire le bloc impérissable et inébranlable des Latins. Si l'on en croit la légende, le Doge jetait chaque année dans la mer l'anneau d'or, symbole des fiançailles toujours renouvelées de Venise avec la mer. Faisons, nous aussi, une alliance solide et durable de nos caractères et de nos qualités. Malgré des différences que je ne souligne pas, nous avons le culte religieux de la beauté et le sens profond de l'humanité.

Recherchons la noblesse, la clarté, l'élégance. Soyons comme jadis enthousiastes mais mesurés ; ingénieux mais pratiques; audacieux mais réfléchis. C'est le blason de Manuce, l'ancre et le Dauphin, promptitude et pondération. Cultivons l'Idée, cette flamme qui illumine la Route et conservons jalousement notre personnalité. N'est-ce pas Henri Bayle qui proclamait déjà au cours de son voyage en Italie :

On a beau faire, on n'est grand, si on est grand, qu'en restant toujours et fermement soi-même.

FAITS CLINIQUES

Rupture sous-cutanée du tendon du long extenseur du pouce

Par A. AIMES (Montpellier)

Les ruptures sous-cutanées des tendons sont rares, elles intéressent surtout trois tendons, le tendon rotulien, le quadriceps fémoral et le tendon d'Achille et sur trois cent cas publiés dans des statistiques récentes, une dizaine seulement concernaient d'autres tendons.

En particulier, la rupture sous-cutanée du tendon long extenseur du pouce était considérée comme une extrême rareté, puisqu'on ne citait que trois cas, ceux de Czerny, Duplay et Kummel. Il est très probable que cette rareté n'est qu'apparente et due au fait que la plupart des observations n'étaient pas publiées. En effet, en peu de temps, les observations se sont multipliée, et nous citerons, les cas récents de Crouzon, Bourgignon et Christophe (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 17 juin

1932), opérés par greffe tendineuse avec un résultat parfait; la rupture provoquée par un lipome arborescent des gaines observé par Bizard, Razemon et Deburge (*Soc. Méd. du Nord*, juillet 1932 et *Soc. Anatomique*, 6 avril 1933) ; les cas de Guimbellot (*Soc. de Chir. de Paris*, 1er mars 1933), de Soupault (*Soc. de Chir.*, 8 novembre 1933), opérés par greffe de fascia lata ; de Bloch, les deux cas de Bonnet (*Soc. de Chir.*, 11 avril 1934) ; l'observation de Patel (*Soc. de Chir.* de *Lyon*, 6 décembre 1934), rupture des extenseurs du pouce associée à une fracture de l'extrémité inférieure du radius, etc... Il y a donc intérêt à attirer l'attention sur cette lésion qui ne paraît pas exceptionnelle ; nous en avons opéré, récemment, un cas dont voici l'observation :

Mme I. Ernest, âgée de 74 ans, bouchère, consulte le 4 décembre 1935 pour impotence du pouce droit. Elle aurait fait le 5 août 1935 une chute sur la main droite et elle aurait souffert du poignet, mais les douleurs ont disparu sous l'influence de massages.

Un mois environ avant la consultation, en balayant son magasin, elle a éprouvé une sensation de craquement dans les tendons du pouce droit, sans douleur vive et le cri qu'elle a poussée a été, nous dit-elle, plutot un cri de surprise qu'un cri de douleur ; cette sensation pénible, peu intense avons-nous précisé, a été très rapide et a disparu immédiatement.

Depuis ce petit accident, le pouce droit a perdu son extension, il reste maintenu en demi-flexion permanente ; sa flexion complète est facile, l'éminence thénar n'est pas atrophiée.

Sur la face dorsale de la main, la saillie de l'extenseur est supprimée ; on perçoit nettement, à la palpation, un épaississement sur le trajet de ce tendon, puis immédiatement au dessous une encoche, cette encoche est située à environ un centimètre et demi au-dessous de la base du métacarpe. La gêne fonctionnelle paraissant minime, on ne conseille pas l'intervention, mais la blessée se déclare très gênée et demande que la restauration de la fonction du pouce soit tentée.

Le 11 décembre 1935, après infiltration des tissus avec la solution de percaïne au millième, une large incision expose bien la région et montre une rupture du tendon long extenseur du pouce avec renflement de l'extrémité du bout inférieur ; le court extenseur du pouce est très grêle et paraît atrophié.

Le bout supérieur du tendon du long extenseur remonté n'est pas retrouvé et on anastomose le bout inférieur avec le premier radial externe sectionné à quelques millimètres de son insertion inférieure.

Le 20 décembre, les fils sont enlevés, réunion *per primam*

Le 4 février, la fonction est déjà satisfaisante et l'extension abduction du pouce n'est limitée que de quelques degrés seulement. Dans une lettre du 4 mars 1936, la blessée se déclare très heureuse « d'avoir sa main libre et active à tous les travaux ».

PHTISIOLOGIE

La collapsothérapie hypotensive dans le traitement de la tuberculose pulmonaire

La collapsothérapie hypotensive a remplacé le pneumothorax compressif. Et c'est à cette méthode encore bien récente mais pleine d'avenir que M. H. Joly a consacré une thèse du plus haut intérêt (Doin, éditeur, Paris).

Sans vouloir irrévérencieusement diminuer la gloire de Carlo Forlanini, mais au contraire pour étendre les bienfaits de sa méthode géniale, nous devons reconnaître, dit M. Joly, que la conception initiale de la collapsothérapie est maintenant périmée.

La doctrine de l'immobilisation-compression a fait son temps. A la collapsothérapie compressive, il faut subtituer la collapsothérapie hypotensive proposée dès 1912 par Maurizio Ascoli : l'observation clinique, les progrès empiriques de la méthode, enfin les travaux théoriques parmi lesquels et surtout ceux de F. Parodi, ont démontré la supériorité de l'action hypotensive qui conditionne la détente lésionnelle.

Eliminant toute action anormale et non physiologique, elle ne cherche qu'à placer l'appareil respiratoire et les lésions qu'il contient dans les conditions mécaniques les plus favorables pour que les processus naturels de guérison entrent en jeu et pour qu'ils aient leur pleine efficacité.

L'étude rationnelle de la mécanique pulmonaire, doit être à la base de la collapsothérapie hypotensive.

Le poumon se présente comme un corps élastique distendu, soumis à un ensemble de forces qui par leurs variations, déterminent les mouvements respiratoires et conditionnent l'état de tension élastique plus ou moins élevé du parenchyme.

Les deux poumons, organes élastiques placés dans une cage thoracique unique et rigide, séparés seulement par une cloison médiastinale qui dans son ensemble est souple et mobile, sont en étroite solidarité fonctionnelle.

Une lésion tuberculeuse, parce qu'elle détruit la fibre élastique et qu'elle comprend des pertes de substance, constitue une zone de moindre résistance ; le traumatisme respiratoire rythmiquement répété tend à l'aggraver. De plus, la lésion tuberculeuse modifie les conditions mécaniques de tout le thorax et trouble la fonction respiratoire.

La collapsothérapie hypotensive doit rechercher d'une part, à rétablir dans le thorax des conditions mécaniques et physiologiques plus favorables ; d'autre part, à détendre la partie malade et à diminuer à son niveau l'importance du traumatisme respiratoire.

La complexité anatomo-clinique des lésions tuberculeuses est grande. Pour cette raison la collapsothérapie pulmonaire doit être envisagée comme une méthode souple, qu'il faut adapter à chaque cas ; il ne saurait y avoir de traitement collapsothérapique univoque de la tuberculose pulmonaire.

La grande majorité des lésions collabées guérit par un processus de rétraction atélectasique péri-lésionnel. Les ulcérations se ferment par diminution concentrique de volume et non par accolement des parois. Les guérisons obtenues sont d'autant plus rapides et plus solides que les lésions collabées sont plus récentes.

Toute lésion stabilisée est en principe rétractile. Il convient de bien différencier rétractilité et rétraction. Une lésion récente infiltrée est éminemment rétractile lorsqu'on la collabe ; une lésion fibro-scléreuse a été à un moment donné rétractile, mais peut fort bien ne plus l'être lorsqu'on est amené à la collaber, même si elle s'accompagne de signes évidents d'attraction d'organes.

Si le processus de transformation fibreuse est d'un bon pronostic quant à l'évolution générale de la maladie, il l'est beaucoup moins quant à la réaction qu'on peut attendre d'une lésion sous la collapsothérapie : une lésion infiltrée récente guérit mieux qu'une lésion fibreuse organisée.

Les progrès de la collapsothérapie doivent nous rendre très sévères quant au mode de guérison à obtenir : on n'a plus le droit de se contenter d'une stabilisation des lésions par transformation fibreuse englobant des foyers encore évolutifs ou encapsulant une caverne. Un des meilleurs arguments en faveur des indications larges et des indications précoces de la collapsothérapie hypotensive est le fait qu'elle évite l'évolution spontanée vers ces états séquelles complexes, si difficiles à traiter et si menaçants pour l'avenir.

Le pneumothorax artificiel homolatéral demeure la méthode collapsothérapique la meilleure dont nous puissions disposer. Ses indications peuvent être étendues, d'une part à des formes légères qui pourraient peut-être guérir spontanément mais plus lentement et moins complètement, d'autre part à des formes graves presque à la limite de nos possibilités thérapeutiques ; c'est parce que le collapsus hypotensif donne des guérisons plus certaines, plus rapides que le simple abandon à l'évolution spontanée ; et c'est aussi

parce que les risques et les accidents inhérents à la méthode deviennent, grâce à l'hypotension de plus en plus réduits et de plus en plus rares.

La technique d'entretien du pneumothorax ne saurait être univoque ; il faut rechercher, pour chaque cas particulier et à tout moment de l'évolution, la pression optima, c'est-à-dire la pression minima suffisante.

Le pneumothorax bilatéral, si l'indication est bonne et s'il est bien conduit, ne comporte pas plus de risques que le pneumothorax unilatéral ; il est maintenant d'une pratique courante.

Tout pneumothorax inefficace est dangereux ; il doit être rapidement amélioré, s'il se peut, par libération de la zone adhérente, ou abandonné au profit d'une autre méthode collapsothérapique.

La collapsothérapie des lésions siégeant sous plèvre symphysée doit s'inpirer du mode d'action du pneumothorax artificiel homolatéral ; elle doit rechercher une action de détente, élective, appliquée aussi précocement que possible.

Nous comprenons le traitement de ces formes comme un traitement de longue haleine, fait d'interventions successives espacées, complétées jusqu'à ce que l'efficacité entière soit obtenue.

Parmi ces interventions, certaines n'ont qu'une action indirecte, pas à proprement parler élective ; elles ne visent qu'à détendre l'ensemble du poumon malade, et à ramener l'appareil respiratoire à des conditions mécaniques et physiologiques plus favorables au développement des processus naturels de guérison.

Le pneumothorax contro-latéral de Maurizio Ascoli est, sans aucun doute, la plus importante de ces interventions. Si on ne doit en attendre des résultats complets qu'assez rarement, en présence de lésions réalisant des conditions bien déterminées par contre il provoque souvent une amélioration très importante de l'état local et général du malade et il rend ainsi possible ultérieurement une intervention d'action plus directe dont il peut diminuer l'étendue nécessaire ; d'autre part il protège le parenchyme du poumon sain ou moins malade d'encemencements ou de réveils pré ou post-opératoires. Enfin sa pratique a mis en évidence l'action contro-latérale utile de tout pneumothorax entretenu en hypotension, elle a justifié la pratique du pneumothorax homolatéral en présence de lésions bilatérales.

La phrénicectomie est une intervention hasardeuse quant aux résultats ; en tant qu'intervention autonome, elle n'est indiquée qu'en présence de lésions importantes de la base lorsqu'il existe une symphyse pleurale ? Elle peut rendre des services, associée à une autre méthode collapsothérapique, en particulier à un pneumothorax « cordé » ou à un pneumothorax contro-latéral.

Cependant la possibilité que nous avons maintenant d'obtenir à titre d'essai des paralysies passagères du diaphragme peut dans une certaine mesure étendre les indications des interventions sur le nerf phrénique.

La scalénotomie agit en détendant statiquement le poumon, l'alcoolisation des nerfs intercostaux en diminuant la mobilité costale et en modifiant le type respiratoire. Ce sont des interventions collapsothérapiques de second plan dont on ne peut attendre que des résultats très limités.

L'apicolyse avec plombage paraffiné est susceptible de rendre des services chez des malades ayant une résistance générale très amoindrie parce qu'il s'agit d'une intervention très peu choquante ; encore faut-il qu'il s'agisse de lésions réalisant l'indication type de l'apicolyse avec plombage.

Les techniques actuelles de résection costales limitées, étendues progressivement, lui enlèvent la plupart de ses indications.

La thoracoplastie doit s'inspirer elle aussi du mode d'action du pneumothorax artificiel homolatéral hypotensif. Elle doit, par des résections costales limitées, bien situées et économiques, détendre la partie malade pour permettre sa rétraction élective et favoriser la fermeture progressive et concentrique des ulcérations.

Seules les lésions étendues ou inertes sont justiciables de la thoracoplastie élargie, intervention mutilante qui ne peut être considérée que comme un pis-aller.

Dans tous les autres cas on doit désormais donner la préférence aux thoracectomies limitées ; les résections costales doivent détendre progressivement et également la lésion, elles doivent pouvoir être élargies secondairement s'il en est besoin après qu'une phase d'opération post-opératoire de durée suffisante aura permis d'observer les réactions lésionnelles et péri-lésionnelles sous l'action de la détente : on peut juger ainsi exactement du potentiel rétractile de la lésion et prévoir exactement l'étendue des réactions costales qui seront encore nécessaires.

Pour cela, il est indispensable de traiter opératoirement le périoste et d'éviter la production rapide d'un plastron de néoformation costale ; grâce aux procédés qui permettent de retarder les réossifications, on n'est plus obligé de réaliser coûte que coûte et rapidement un programme opératoire prédéterminé ; on n'a plus à faire entrer en ligne de compte la crainte d'être devancé par ces néoformations osseuses, qui rendent très dangereuse et à peu près inutile toute retouche, si le resultat est incomplet ou s'il survient une chute. Parmi ces procédés, la résection costale extra-périostée, mise au point par André Maurer, nous paraît être le meilleur.

L'amélioration des techniques opératoires, la possibilité de pratiquer des interventions très limitées sans compromettre l'avenir permettent d'étendre les indications de la thoracoplastie d'une part à des formes moins graves, d'autre part à certaines formes plus graves, bilatérales ou évolutives.

Dans la thoracoplastie hypotensive, le temps opératoire initial revêt une importance particulière puisque les suites opératoires doivent être décidées d'après la réaction lésionnelle devant ce premier temps ; son étendue doit être proportionnée à la résistance du malade et à l'état des lésions; son action de détente doit être répartie également sur la lésion sans zone de tiraillement dangereuse. L'observation post-opératoire doit être particulièrement attentive et objective puisque c'est elle qui décidera de la suite à donner au traitement chirurgical.

La cure hygiéno-diététique reste la base du traitement de la tuberculose pulmonaire, puisque les méthodes collapsothérapiques ne sont pas des méthodes d'exérèse et puisqu'elles ne font que mettre en jeu les processus naturels de guérisons : à chaque malade conviennent son propre traitement général et son hygiène particulière.

La cure de repos doit être comprise comme repos général de l'organisme, mais aussi comme repos local des lésions. La cure de repos en position déterminée, judicieusement prescrite dans chaque cas, peut influencer favorablement d'une part le type respiratoire et d'autre part l'action de la pesanteur ; c'est une collapsothérapie adjuvante.

Le sanatorium prend une place de plus en plus importante avec l'évolution actuelle des méthodes collapsothérapiques.

A la notion du sanatorium « maison de campagne », agencé uniquement en vue de la cure hygiénique du tuberculeux en voie de stabilisation, il faut substituer celle du sanatorium moderne, clinique médico-chirurgicale spécialisée, centre important de traitement de la tuberculose pulmonaire. Le sanatorium ainsi conçu doit être organisé pour recevoir des malades même gravement atteints, et il doit donner à des médecins travaillant en équipe médico-chirurgicale très homogène la possibilité de réaliser sur place, dans des conditions matérielles irréprochables et dans les conditions cliniques les plus favorables, toute la gamme des traitements médicaux et chirurgicaux modernes, depuis les plus simples jusqu'aux plus complexes.

Le pneumothorax ambulatoire ne peut être considéré que comme un pis-aller. Les procédés collapsothérapiques plus délicats, le traitement des formes graves de la tuber-

culose pulmonaire, demandent une surveillance médicale objective et constante que le malade ne peut trouver qu'en milieu sanatorial ; les techniques chirurgicales actuelles, faites d'interventions espacées, séparées de phases d'observation qui revêtent une importance particulière ne peuvent être appliquées correctement qu'au sanatorium.

Et le sanatorium garde, pour les malades, son intérêt éducateur incomparable.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Clinique interne

Le pronostic de l'hypertension dite secondaire est grandement influencé par la maladie causale.

Dans l'hypertension d'origine rénale il existe un parallélisme entre l'hypertension et les symptômes rénaux ; le pronostic dépend de la gravité de l'atteinte rénale et de son amélioration par le traitement ; c'est généralement l'insuffisance rénale qui emporte la malade, plus rarement l'insuffisance cardiaque.

Dans l'hypertension des aortiques et des artério-scléreux le pronostic dépend de l'importance de l'hypertension et de l'altération concomitante du cœur et des reins.

Les hypertensions, liées au dysfonctionnement des glandes endocrines, ont un pronostic variable, grave dans les néoformations des organes chromaffines, favorables dans le dysfonctionnement de l'ovaire, proportionnel à la gravité de l'atteinte du myocarde dans l'hyperthyroïdie.

Le pronostic des hypertensions paroxystiques dépend de l'intensité et de la fréquence des poussées hypertensives.

Bien souvent l'étiologie de l'hypertension nous échappe ; il faut alors envisager ce symptôme en lui-même ; c'est alors que les renseignements, fournis par un examen clinique complet, acquièrent toute leur valeur.

(Pierre Maechandise. Les éléments de pronostic de l'hypertension artérielle. *Scalpel*, 29 février 1936.)

Le syndrome diabétique apparaît de plus en plus comme une maladie pluriglandulaire.

Le foie intervient sous deux formes : hypo et hyperfonctionnement ; les hypohépatiques font du diabète gras.

Le diabète hyperhépatique de Pende présente une grande analogie avec le diabète hyperthyroïdien.

On trouve également des diabètes d'origine thyroïdienne, ovarienne, orchitique, thymique, etc... Il faut donc considérer le rôle des différentes glandes et non plus du seul pancréas.

Les considérations précédentes présentent un intérêt évident pour la mise en œuvre d'un traitement aussi rationnel que posssible.

(Carlo Faelli. Diabetul maladie pluriglandulaire. *Endocrinologie, gynecologie, obstetricâ*, avril 1936.)

Dermatologie

Les lésions cutanées, au cours de la maladie de Nicolas-Favre, ont été divisées, d'après leur pathogénie, en deux groupes distincts : les formes locales et les manifestations à distance. Ces dernières sont les plus fréquentes ; elles revêtent la forme soit de l'érythème exsudatif multiforme, soit de l'érythème noueux.

On peut expliquer les rapports existant entre la maladie de Nicolas-Favre et l'érythème exsudatif de trois manières différentes : infection biotropique, localisation cutanée du virus, manifestation allergique. Il semble bien qu'il s'agisse d'une augmentation de l'allergie cutanée, d'une exagération du pouvoir lytique de la peau pour l'antigène.

(C. Bacaloglu et C.-S. Stefanesco. Erythème exsudatif récidivant chez une malade lymphogranulomateuse. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Bucarest*, mars 1936.)

Petite chirurgie

L'anesthésie des ligaments articulaires à la novocaïne supprime la douleur de l'entorse et enlève très vite la gêne fonctionnelle du traumatisme sans fracture.

Une expérimentation de six ans permet de conclure ainsi :

1° La sensibilité d'une articulation est surtout une sensibilité périarticulaire et l'injection de novocaïne dans les ligaments, contre les os, arrive à supprimer la douleur.

2° Toute entorse doit être traitée intensivement dès les premières heures par le massage, la marche, la compression qui évite le gonflement, après infiltration novocaïnique.

3° Le repos n'est que palliatif ; il tend à diminuer la circulation et à laisser le muscle et les tissus périarticulaires moins contractiles, moins élastiques. La marche agit dans le sens contraire et c'est un peu à ses effets que les rebouteux doivent parfois leurs succès ; elle donne des résultats excellents chaque fois que la lésion articulaire ne compromet pas la statique du membre.

(Charles Vézina et L.-Ph. Roy. Le traitement des entorses par la novocaïne. *Laval Médical*, mars 1936.)

Thérapeutique

Dans quels cas faut-il employer l'oléochryso-thérapie ? C'est difficile à dire, alors le plus simple est d'essayer dans tous les cas.

Les échecs ne sont pas rares, soit qu'il y ait une intolérance de base absolue, soit qu'il y ait une intolérance relative. Parfois la tolérance est parfaite, mais les résultats cliniques sont nuls ou, après une amélioration passagère, il y a arrêt et reprise vers la chronicité.

Le traitement doit être assez fort sans cependant dépasser 15 centigrammes métal par semaine et par injection ; il doit être long et totaliser si possible de 8 à 10 grammes dans une même série.

Après quatre ou cinq mois il faut recommencer une nouvelle série et parfois la répéter tous les ans, pendant trois ou quatre ans, de façon à éviter toute récidive ultérieure.

Il n'est pas recommandé d'associer l'or à d'autres produits chimiques ; par contre les indications physiques, surtout la diathermie par ondes courtes, se conjuguent très bien avec le traitement aurique.

Voici les résultats de quelques essais cliniques :

1° Gomme tuberculeuse. 2 cas entièrement cicatrisés après 6 gr. 50 de solganal huileux. Traitement d'attaque : deux injections hebdomadaires de 30 à 40 centigrammes.

2° Lupus nodulaire. 23 cas. D'excellents résultats ont été obtenus chez les malades, qui ont pu supporter de fortes doses : 40 centigrammes tous les trois jours, avec un total de 8 grammes.

3° Lupus érythémateux. 7 cas traités, 7 cas blanchis.

4° Erythème induré de Bazin. 10 cas traités, 10 cas blanchis.

5° Psoriasis. 23 cas généralisés ont été traités. Il a fallu deux cures pour blanchir la plupart des cas. Presque tous cependant ont eu de légères récidives. Ne pas dépasser 30 centigrammes tous les cinq jours. Dose totale : 6 grammes.

6° Dermo-épidermites streptococciques. 6 cas, six échecs.

7° Syphilis. 23 cas traités. Les neuro-récidives, dues à un traitement insuffisant par d'autres sels d'or, ont disparu complètement par un traitement intensif aux sels d'or huileux ; les réactions méningées ont disparu, les atteintes des nerfs périphériques ont cédé et le liquide céphalo-rachidien s'est sensiblement rapproché de la normale.

8° Sclérose en plaques. 1 cas assez avancé a retiré un bénéfice certain.

9° Septicémies streptococciques. 2 cas, deux insuccès.

10° Affections inflammatoires des articulations. 71 cas. L'indication majeure est incontestablement le traitement des polyarthrites chroniques évolutives, probablement de nature inflammatoire.

(M. Ferond. L'oléo-chrysothérapie. *Scalpel*, 1er février 1936).

La pyrétothérapie seule n'est pas suffisante pour lutter contre l'infection gonococcique. La sulfo-pyrétothérapie est efficace, si on l'associe aux traitements locaux habituels des localisations du gonocoque.

L'efficacité est vraiment remarquable dans les cas de localisations articulaires.

Tandis que la malariathérapie est parfois dangereuse, la sulfopyrétothérapie n'exerce aucune influence défavorable sur le cœur, les reins, la formule leucocytaire.

(Virgilio Loy. Contributo allo studio della piretoterapia nella infezione blenorragica con speciale riguardo alla sulforpiretoterapia. *Minerva Medica*, 28 avril 1936.)

J. LAFONT.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire, elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE.

Quelques souvenirs sur Jean Charcot. — *Un collaborateur du* FIGARO LITTÉRAIRE (14 septembre 1936) *est allé recueillir de la bouche de Paul Pléneau que plus de trente années d'amitié liaient à Charcot, quelques souvenirs sur le grand explorateur :*

— Le vrai visage de Charcot ! Il faut avoir vécu en croisière avec lui pour bien l'avoir connu. Il était simple. Il était bon. Lorsqu'il donnait un ordre à ses hommes, il le faisait d'une voix douce qui avait presque un ton de prière. Aussi quelle adoration à bord pour lui ! Lorsque nous arrivâmes à Buenos-Aires et qu'il lui fallut faire connaître sa décision d'aller hiverner dans la banquise, il réunit son équipage et lui exposa les périls auxquels il s'exposait en restant sur le *Français*. De Gerlache, embarqué comme pilote des glaces et qu'une fiancée attendait, les professeurs Gaston Bonnier et Pérès avaient décidé de rentrer en Europe. Charcot offrit également le rapatriement à tous ceux qui le demanderaient : pas un homme n'accepta et tous jurèrent de le suivre jusqu'à la mort.

Et ce fut la grande aventure blanche.

— Bien des fois, je me suis demandé ce qui avait poussé vers la solitude cet homme d'intérieur, adorant les siens. Un appel impérieux, évidemment ; un appel impérieux venant du large et de l'inconnu : l'appel qui déjà plaçait le nom du *Pourquoi-Pas* ? et le célèbre pavillon noir et blanc écussonné d'un point d'interrogation sur les petits yachts de six mètres emmenant Charcot enfant le long des côtes bretonnes ; l'appel qui le conduisit plus tard, en « amateur », sur son yacht, vers l'îlot de Jan-Mayen, sentinelle antarctique de l'Europe. Mais, il ne faut pas oublier non plus que Charcot était un sentimental, un « tendre ». L'absence peut parfois rapprocher les cœurs, et, en toute logique, pourquoi un homme ne penserait-il pas qu'on l'aimerait davantage s'il devenait célèbre ? Il y a un hommage de la gloire... Très cher Jean ! Que de désillusions t'attendaient !

« Assaillis par une terrible tempête dans le voisinage du cap Horn, au cours de laquelle le *Français* déchira sa coque sur un fond de roche, nous arrivâmes, tant bien que mal, en Patagonie. Après deux ans d'absence, nous reprîmes contact avec la terre civilisée. Charcot me dit :

— Tu vas partir. Il y a une station de télégraphe à 80 kilomètres. Prends un cheval et annonce en France notre retour.

Il me donna une liste de télégrammes à envoyer et me recommanda de ne pas revenir sans les réponses. Trois jours plus tard, je rapportais trois dépêches, qui ne lui apprirent que deuils et ruines de secrètes espérances.

— Quel malheur qu'on ne puisse pas se passer de rentrer en France ! me dit-il avec stoïcisme.

Le projet du *Pourquoi-Pas* ? qui devait devenir le Hollandais Volant des mers polaires n'est-il pas né dans l'esprit de Charcot à cet instant ?

Le *Français* fut acheté par le Gouvernement argentin, qui projetait une expédition vers le Pôle Sud. Mais, comme s'il avait refusé de poursuivre son destin sans son premier maître, le *Français* s'échoua au départ dans le rio de la Plata et, tel le *Pourquoi-Pas* ?, avant hier, mâts dressés vers le ciel.

— Je partis en 1908 pour la Russie, reprend Paul Pléneau, et n'eus plus avec le « gentleman polaire » que des relations espacées. Puis vint la guerre. Les journaux ont raconté — et c'est exact — qu'il passa alors ses examens de capitaine au long cours pour avoir le droit d'être maître à bord d'une unité. On a dit aussi que Charcot, officier de marine français, avait commandé un bateau-piège — un Q-Boat — comme on disait alors outre-Manche — pour le compte de l'Amirauté britannique. C'est également exact, mais ce qu'on a omis de dire, c'est que l'idée du bateau-piège est sienne. Il appelait son invention un trompe-nigaud. A sa proposition d'essai, la marine française répondit avec scepticisme, car pour bon nombre de ses officiers, Charcot n'était qu'un marin amateur, puisqu'il n'était pas sorti de Navale. Maintes fois, je l'entendis se plaindre à moi de cette attitude peu cordiale. En Angleterre, au contraire, Charcot ne rencontrait que la sympathie de l'Amirauté. Aussi ne faut-il pas s'étonner d'avoir vu celle-ci essayer son système de bateaux-pièges. Les résultats devaient, par la suite, dépasser toutes les espérances.

— Un jour de 1917, nous nous rencontrâmes à Paris. Nous avions fait coïncider nos permissions. C'était l'époque où l'affiche d'Abel Faivre montrait le coq du louis d'or terrassant de ses ergots un soldat allemand feldgrau.

— Viens avec moi, me dit Charcot, j'ai une petite course à faire.

Et nous allâmes à la Banque de France. Il n'avait pas de louis d'or, car il n'était pas riche, et encore moins intéressé. Mais il était un grand Français, et devant l'employée du guichet il aligna les médailles d'or que les Sociétés de Géographie de Paris, de Londres, de New-York, de Bruxelles, d'Anvers et de Saint-Pétersbourg lui avaient accordées.

Une fois encore, je devais l'accompagner. Ce fut en 1928, lorsque, après l'aventure de Nobile, Amundsen et Guilbaud partirent sur le *Latham* et disparurent. Immédiatement, Charcot fit appareiller le *Pourquoi-Pas* ?

— Je pars à la recherche de ce que je suis sûr de ne pas trouver, me dit-il. Mais c'est mon devoir... Maintenant, rappelle-toi... il y a vingt-cinq ans... 1903... Viens célébrer nos noces d'argent avec la banquise...

Je prétextai de multiples occupations.

— Bien dit-il ; comme tu voudras. Mais si je ne suis pas là en septembre, c'est que je serai prisonnier des glaces. Alors, quelle sera ta vie, à toi, ici, de me sentir, moi, là-bas ? Je pars jeudi.

Destin des hommes aussi...

C'était sa dernière croisière. Avant de partir, Charcot m'avait dit : « Je suis trop vieux. Des jeunes attendent ».

Ces mêmes paroles, il devait les répéter à Copenhague où il ne comptait que des amis parmi les savants danois. Une nouvelle médaille d'or lui aurait été décernée par la Société royale de géographie ; elle aurait comblé le vide qu'il avait si patriotiquement fait vingt ans plus tôt dans une collection si précieuse à son cœur.

Quand on s'appelle Charcot, quand on s'appelle Guynemer, on ne meurt pas dans un lit. Les hommes qui, leur vie durant, ont eu tous les jours rendez-vous avec la Mort derrière un rideau de brume ou dans le dessin d'un nuage, ne peuvent disparaître que dans l'Action. Charcot, debout sur la passerelle du *Pourquoi-Pas* ? s'engouffrant dans les flots : c'est la fin qu'il voulait. Il est, ce soir, encore plus grand. Pourquoi n'étais-je pas près de lui ?

Silencieusement, un homme pleure de ne pas avoir pu mourir..

Le mercredi soir, j'étais à bord du *Pourquoi-Pas* ? Charcot ne manifesta aucun étonnement.

— Je t'attendais, dit-il. Ta cabine est prête, comme au bon vieux temps...

Et nous repartîmes. J'entendis derechef la coque de bois d'un navire polaire se plaindre des vagues, la sirène hurler dans la brume...

Nous ne trouvâmes rien, parce qu'il n'y avait rien à trouver des restes d'un énorme hydravion inapte à se poser sur un champ de glace. Avec constance nous explorâmes toute la région de la disparition et Charcot décida que l'on pousserait jusqu'à Jan-Mayen. Au large de l'île, le *Pourquoi-Pas* ? stoppa. On mit le youyou à la mer.

— L'équipe du canot est toujours formée de Pléneau... me dit en riant Charcot.

Je ne devais pas revenir les mains entièrement vides. Sur

l'îlot désertique, volcanique, lointain, glacial, Thulé de notre monde, je trouvai ceci...

M. Pléneau me tend un bouchon de champagne roulé par les flots ou l'on distingue encore la marque de la maison Pommery. Un fil le retient aujourd'hui à une plaquette signée par tout l'état-major du *Pourquoi-Pas* ? et reliée en peau de phoque. Destin des objets inanimés...

« Monseigneur le Vin, vu par quelques médecins du grand siècle ». *(Extr. d'une communication du Docteur Henry Chaumartin, Congrès des Médecins amis du Vin, Dijon, sept. 1936)*

L'un des propres doyens de la « Saluberrime Facultas Medicinæ Parisiensis », M. Guy Patin, d'acerbe mémoire, prohibait d'une plume constante la divine liqueur sur ses ordonnances magistrales. Sa célèbre correspondance ne ménage pas au jus du pressoir les désobligeantes épithètes et à plaisir noircit sa redoutable action sur les humeurs. Pour ce qui était de l'usage particulier de M. le doyen et de son attitude vis-à-vis du pernicieux ennemi du genre humain... jugez plutôt.

Il est des traditions qu'un honnête homme ne saurait enfreindre. Depuis qu'il y a des hommes et des charges pour les distinguer, il est immémorial de faire suivre toute entrée en dignité d'un excellent repas. Le décanat créait semblable obligation. Aussi ce premier décembre 1650 les flambeaux brillent joyeusement dans la propre chambre faite salle à manger de M. le nouveau doyen. Les allonges ont agrandi la table. Et 36 doctes compagnons tous disciples d'Esculape s'en donnent à cœur joie et usent à qui mieux mieux de leur fourchette... Et l'amphitryon écrira le lendemain à Falconet : « Je ne vis jamais tant rire et tant boire pour des gens sérieux et même de nos anciens ». Car M. le nouvel élu avait bien fait les choses et le vin qui ce soir-là coulait dans les hanaps, c'était du Bourgogne et du meilleur spécialement venu pour le festin. Et toute la compagnie y fait honneur, je vous prie, précisément sous l'œil narquois de maître Alcofribas Nazier dont le portrait encadré assiste à la scène jouxte celui de feu M. de Sales, évêque de Genève, de Mgr de Belley de Juste Lipse et « le bon ami » du maître de céans. « Que dites-vous de cet assemblage, note la plume de Patin, nos invités n'étaient-ils pas en bonne compagnie ? » Dans cette lettre, M. le doyen ne nous entretient que de la bonne conduite de ses invités. Il est permis de croire que lui aussi s'était mis de la partie et que malgré ses idées bien arrêtées sur la nocivité du vin quant à la santé de ses clients, il n'en vidait pas moins son verre. M. Patin — ainsi que chacun le sait — avait su se créer d'enviables relations. Souventes fois, rabat blanc au col, notre docteur s'asseyait à la table de M. le premier président Guillaume de Lamoignon. Une bonne maison ! La chère y est exquise et les grands verres rougeoient des bons crus. Par deux fois, ce 19 avril 1660, M. Patin porte santé à son hôte et assèche d'un trait, une coupe de vin de Condrieu, présent des consuls de Lyon et le meilleur que but jamais notre doyen, de son propre aveu (à Falconet, 20 avril 1660). La grand'chère du président (« on mange vite en ce pays-là et on y parle peu pendant le repas ») réclame parfois pour passer, au dessert, le secours des liquoreux vins d'Espagne. On en boit à rouge bord, le 20 mars 1659, et M. Patin qui a levé un hanap bien rempli à la prospérité du magistrat claque sa langue à son palais et juge ce breuvage « extraordinairement bon ».

S'il appréciait dignement le mérite de la cave des Lamoignon, M. le doyen cependant se surveille chez lui — aux jours ouvriers tout au moins — et d'une carafe facile noie largement son vin. Pour ses clients, il va jusqu'à la défense absolue et charge la purée septembrale de toutes sortes de crimes. C'est que Patin ne possède pas le vigoureux estomac de son collègue et ami M. Riolan « le bonhomme ». Le célèbre anatomiste s'avère, lui, un franc buveur, déclaré, militant, pratiquant. D'eau, jamais il n'importune son Bourgogne ; il le choisit bien, le laisse vieillir trois ans en paix, et lorsqu'il apparaît sur sa table, point n'est beosin d'y mettre de l'eau car il est alors « doux comme du lait ». C'est « du vin de Plaute, fugiens et edulentum » ! Et M. Riolan rit aux objurgations de M. Patin. Il annonce à celui-ci qu'il ne vivra point vieux à troubler ainsi les vertus du sang de la vigne. Le sort semble cependant donner raison à l'épistolier. Ce février 1657 la forte santé de Riolan chancelle fort et naturellement M. le doyen d'écrire « qu'il n'a pu se réduire à vivre sobrement et à mettre beaucoup d'eau dans son vin », et que c'est là le point de départ de ce fâcheux état.

Aussi M. Patin se frotte les mains sur la bonne justesse de ses vues. Le vin décidément ne vaut pas grand'chose... hormis aux vignerons. Car M. Patin est propriétaire-récoltant. Sa maison des champs de Commeilles-en-Parisis, qui, hélas souffrira fort aux mauvais jours de la Fronde, s'entoure d'un beau domaine, ceint de murs, où s'accomodent les pampres. En mauvaise année les vignes du clos fournissent cinq bons muids d'un vin clair et net, qui valent cent écus à notre doyen et que se disputent les marchands (à Falconet, 5 décembre 1651).

Tandis que M. le doyen empochait les revenus de son vignoble, un de ses plus intimes ennemis, le lyonnais Lazare Meyssonnier faisait du jus de la treille une véritable panacée. Pittoresque figure que celle de ce Lazare Meyssonnier, médecin et conseiller du Roy, professeur de médecine au collège de Lyon, et de surcroît, chanoine de Saint-Nizier, sur le tard.

Le vin était son spécifique tout comme l'eau chaude à tout propos l'était pour Sangrado. Né aux confins du Beaujolais et de la Bourgogne cet œnophile convaincu consacra à la gloire du généreux breuvage un ouvrage in-8°, de 117 pages, aujourd'hui rarissime. Et l'étude de cette brochure poussiéreuse, pleine d'une érudition qui s'étale, intéressera vivement les historiens de la Médecine qui voudront établir les successives étapes au cours des âges de la médication uvale. L'an de grâce 1636 sortait des presses de Louis Odin « l'Œnologie ou discours du vin et de ses excellentes propriétés pour l'entretien de la santé et guérison des plus grandes maladies suivant la doctrine des plus célèbres philosophes et médecins tant dogmatiques que chymiques, enrichy de plusieurs curiositez et utile à toutes personnes soigneuses de leur conservation avec la façon de faire les vins médicinaux. « Un bel éloge de Monseigneur le vin que ce petit livre ! Toute la première partie rend grâces à la béatifique liqueur qui provoque à la gaieté les esprits chagrins, guérit tous les maux qu'on croyait incurables, donne le repos aux agités, ôte la tristesse du corps et les soucis de l'âme. C'est un ambigu d'anecdotes vineuses et de citations des auteurs latins ou grecs qui discoururent du vin. Les guérisons dont l'humanité souffrante est redevable au précieux breuvage y sont excellemment rapportées ainsi que les prouesses de buveurs illustres qui surent dévotieusement « taster du piot ». L'auteur termine par un mouvement oratoire des plus dithyrambiques où le vin devenu panacée sublime apparaît « comme l'abrégé des remènes les plus excellents dans toutes les maladies froides ». La seconde partie laissant de côté les beaux états de service de l'œnothérapie se montre d'ordre pratique et indique l'art de composer les différents vins médicinaux et le temps nécessaire aux diverses macérations. Cette

œnologie — superlativement élogieuse — recevait trois ans après sa parution un complément mérité « Les merveilleux effects du vin ou la manière de guérir avec le vin seul ou mixtionné facilement et sans grande dépense les plus longues et enracinées maladies ». L'ouvrage est dédicacé à Hertener Clée, bourgeois de Lyon, et L. Meysonnier déclare « qu'avant autrefois donné la doctrine du vin et des qualitez » il s'était réservé « l'histoire des effects » qu'il lui avait vu produire. Et c'est pourquoi, complaisamment et hors de secret professionnel, selon une méthode qui lui fut chère, l'avisé Esculape y donne les noms de ses clients guéris par la vertu de la purée septembrale ainsi que le détail et l'historique de leurs navrances.

Le bon aloi du vin envisagé au point de vue médical remuait d'ailleurs fort les bons esprits de ce temps-là. La question des crus intervenait naturellement et venait apporter au problème quelque âpreté. Bourguignons et champenois luttaient ferme pour leur marchandise. L'école de Reims soutenait évidemment le vignoble local et l'an 1700, le bachelier Mimin argumentait : *An vinum Rhemense Burgundico suavius et salubris* ? Bien entendu, suprématie marquée de la découverte de Dom Pérignon, que ne trouvèrent pas de leur goût les tenants du Bourgogne. De Beaune arriva une prompte riposte et bientôt la Faculté de Paris, elle-même, entrait en lice, et l'on portait la querelle à l'arbitrage de M. Fagon, médecin du Roy que les bourguignons savaient tout acquis à leur cause. Depuis plusieurs années déjà Fagon avait réussi à chasser de la table royale le champagne cher à son prédécesseur Daquin. Et c'est une sorte de bulletin de victoire que trace sur « le journal de la santé du Roy » la plume d'oie, nouvellement taillée de Guy-Crescer Fagon aux « remarques pour l'année 1694 ». Et nous citerons cette page en entier, parce qu'elle nous exprime parfaitement à ce sujet les idées diététiques du premier médecin du Roi Soleil : « Sur la fin de ce mouvement de goutte dont la douleur et l'incommodité avaient mieux persuadé le roi que toutes les raisons que j'avais souvent eu l'honneur de lui représenter pour l'engager à quitter le vin de Champagne et à boire du vin vieux de Bourgogne, il se résolut de vaincre la peine qu'il lui faisait au goût et d'essayer s'il s'y pourrait accoutumer. J'entendis cette déclaration avec une grande joie et je ne doutais point qu'il s'y réduisît absolument, sachant avec quelle fermeté son courage héroïque le faisait persévérer dans les partis qu'il avait cru les meilleurs et auxquels il s'était déterminé sans se laisser ébranler par les difficultés par l'habitude contraire et par les discours des courtisans décidant avec autant de témérité que d'ignorance sur les choses les plus importantes de la Médecine.

Leurs faux raisonnements sur la préférence du vin de Champagne étant appuyés particulièrement sur ce qu'il portait plus d'eau que le vin de Bourgogne sans perdre sa pointe et qu'il passait beaucop plus vite ; circonstances qui prouvent au contraire l'abondance du tartre dont il est chargé, qui lui conserve le goût agréablement piquant dont la langue et le palais sont pénétrés même avec beaucoup d'eau mais dont les nerfs sont aussi dangereusement frappés que la langue est flattée Au lieu que le velouté des bons vins de Bourgogne, causé par le domaine des esprits leur donne un goût dont la langue est mollement touchée lequel devient plat par le grand mélange d'eau mais aussi doux pour les nerfs qu'il est fade à la bouche. D'où vient que le vin de Champagne dont la pointe se fait sentir à l'estomac est brusquement précipité et s'échappant tout seul, sans être adouci par son séjour dans le ventricule et par son mélange avec les autres aliments, va bientôt inquiéter les parties nerveuses par les pointes de son tartre et en aigrir le sang, ce qui n'arrive pas aux vins de Bourgogne que l'estomac presse et digère à loisir, sans être pressé de s'en défaire. L'erreur de ceux qui protègent le vin de Champagne est de s'imaginer qu'au contraire de ce que je soutiens le goût s'en maintient dans l'eau à cause de ses esprits, mais cette supposition se détruit évidemment par la distillation du vin de Bourgogne qui fournit beaucoup d'esprit et par celle du vin de Champagne par laquelle on en tire très peu, et l'expérience de beaucoup de gens auxquels le vin de Champagne excite la goutte jusqu'à l'instant qu'il est bu et que celui de Bourgogne nourrit et fortifie sans les incommoder, marque que le tartre du premier se fait sentir parce qu'il est dénué d'esprits dont la douceur et la quantité enveloppent assez celui du vin de Bourgogne pour le rendre innocent. L'ennui d'une longue et douloureuse attaque de goutte engagea le roi à se vouloir bien laisser persuader de ces raisons dont il a depuis heureusement éprouvé la vérité dans l'usage du vin de Bourgogne qu'il n'a point quitté, par l'éloignement du retour de goutte et l'entière liberté de ses pieds auxquels ce changement de vin a eu bonne part.

J'avais quelque temps auparavant encore obtenu qu'il consentît qu'on ne lui donnât plus de pain salé et fait avec du lait et de la levure de bière, qui s'aigrissait aisément dans l'estomac et contribuait avec le vin de Champagne à l'inquiétude de cette partie et aux nonchalances qui le suivaient ; lesquelles empêchaient S. M. de faire aucun exercice à pied qu'il soutient présentement avec une légèreté extraordinaire et souvent très longtemps sans se lasser. »

Si nous ajoutons à cela ces quelques lignes de Saint-Simon nous aurons l'opinion du souverain lui-même sur les vins que lui permettaient ses archiâtres : « Il (Louis XIV) ne buvait depuis de longues années au lieu du meilleur vin de Champagne dont il avait uniquement usé toute sa vie, que du vin de Bourgogne avec la moitié d'eau, si vieux qu'il en était usé. Il disait quelquefois en riant qu'il y avait souvent des seigneurs étrangers bien attrapés à vouloir goûter du vin de sa bouche. Jamais il n'en avait bu de pur en aucun temps ni usé de nulle sorte de liqueur, non pas même de thé, café, chocolat. »

Fagon était d'autant plus exigeant sur le chapitre des restrictions que lui-même n'avait jamais pu supporter la chaude caresse d'un verre de vin. L'irrévérencieux poème de la « fagonade » caricature assez bien ce trompe la mort, qui, naturellement mourut proche quatre-vingts ans. L' « aqua simplex », évidemment, suffisait à cette « petite nature », à ce « vieux médecin cacochyme », exténué », « bossu », « hideux », dont le « corps étique, diaphane »

Ne digérait ses aliments
Qu'à l'aide de médicaments

La proverbiale frugalité de Guy-Crescent Fagon s'érigeait en système. Bon pour lui sans doute, mais dont n'avaient que faire les robustes tempéraments qui, à l'instar de Maître Riolan humaient le pot bénévolement, sans penser à mal, pourvu qu'il fût plein d'un liquide loyal, clair et net.

La Diphtérie, par G. Carrière. Un volume de 214 pages, avec 16 figures et 3 planches hors texte en couleurs, 35 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cette monographie clinique et thérapeutique a été écrite pour le praticien. L'auteur y expose tout ce qui doit être retenu de cette affection, de ces localisations et de ces complications ainsi que les moyens actuels que nous avons de la combattre. On y trouvera les notions bactériologiques suffisantes, les méthodes d'examen très complètes, les applications de la sérothérapie et de la vaccination, du tubage et de la trachéotomie.

NOUVELLES

(Suite)

Mercredi 21 octobre, à 9 heures, au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, la Société de Météorologie médicale, filiale de la Société de médecine publique, tiendra séance sous la présidence de M. le Prof. Mouriquand.

9 heures à 10 heures : Réunion de la Société, séance privée.— 10 heures : séance publique. Rapport.

M. le Prof. Viés : Démonstration d'un appareil de mesure d'ionisation de l'atmosphère. Applications. — M. le Prof. Mouriquand et M. P. Sosserand : Diététique et météorologie climatique. — M. le Prof. Mouriquand et M. Peretti : Action de la chaleur sur l'évolution de la dystrophie scorbutique expérimentale. — M. le Prof. Mouriquand, Mlle Weill et M. Charpentier : Agitation extrême dans une crèche coïncidant avec un important phénomène météorologique. — M. le Prof. Mouriquand et M. G. Roller : Action de l'U. V. sur la nutrition oculaire des animaux carencés. (A. et C.). Discussion des rapports et communications. — 14 heures : Communications diverses.— M. Heim de Balsac : L'hygiène publique a-t-elle à se préoccuper de la diffusion dans les campagnes de l'arsenal de toxiques, utilisé dans la lutte contre les ennemis des cultures ? — M. Belin : Que penser de l'avant-projet de décret concernant les coquillages. — M. le Docteur Gréhant : Premiers cas de Brucellose humaine en Haute-Marne. — M. le Docteur Barbary : Antigènes et cholestérine associés dans la prophylaxie et le traitement des maladies infectieuses. Discussion des communications.

16 heures : Conférence par M. le Docteur Hazemann : Les centres de santé et de travail social. — Discussion et vote des vœux. — Clôture du Congrès. — 20 heures : Banquet par souscriptions (s'inscrire au Secrétariat du Congrès).

Jeudi 22 octobre, visites d'établissements susceptibles d'intéresser les congressistes.

Le programme de ces visites sera ultérieurement précisé.

Concours pour l'admission en 1936 à l'emploi de médecin sous-lieutenant du Service de santé militaire de l'armée active des troupes métropolitaine. — Un concours sera ouvert le lundi 23 novembre 1936, à 9 heures, à l'Ecole d'application du Service de santé militaire à Paris, pour l'admission à l'emploi de médecin sous-lieutenant de l'armée active.

Le nombre des admissions sera fixé suivant la valeur du concours et en fonction des possibilités budgétaires ; il pourra atteindre vingt-cinq.

Les docteurs en médecine admis à concourir devront remplir les conditions ci-après indiquées.

1° Etre Français ou naturalisés Français depuis dix ans au moins au 31 décembre 1936 ;

2° Etre possesseur du diplôme d'Etat français de docteur en médecine.

3° Avoir eu moins de 29 ans au 1er janvier 1936, c'est-à-dire être nés après le 1er janvier 1907 ; cette limite d'âge sera élevé d'une durée égale au temps passé sous les drapeaux.

4° Avoir satisfait au 31 décembre 1936 aux obligations imposées par la loi sur le recrutement de l'armée.

5° Souscrire l'engagement de servir au moins pendant six ans dans le Corps de santé de l'armée active à partir de leur nomination au grade de médecin sous-lieutenant.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées avec toutes pièces à l'appui au ministre de la Guerre, directeur du Service de santé, 1er bureau, personnel, avant le 1er novembre 1936, au plus tard.

Les candidats admis seront nommés médecins sous-lieutenants à dater du 31 décembre 1936 et bénéficieront d'une majoration d'ancienneté sans rappel de solde ; correspondant au temps minimum, diminué de deux ans, des études d'enseignement supérieur près des Facultés de médecine exigées par les règlements universitaires pour l'obtention de leur diplôme. Ainsi, par application de ces bonifications, les docteurs en médecine ayant terminé leur scolarité sous le nouveau régime d'études, seront nommés immédiatement médecin lieutenant pour prendre rang du 31 décembre 1935.

Ils rejoindront le 31 décembre 1936, l'Ecole d'application du Service de santé militaire pour y accomplir, en même temps que les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire reçus docteurs en médecine en 1936, un stage d'une durée maximum de neuf mois à l'issue duquel ils recevront une affectation suivant le classement obtenu à la suite du concours de sortie.

Les Livres de la semaine

Brumpt (F.,. — **Précis de Parasitologie.** 5e éd. 2 vol. Coll. de Précis médicaux. (15/20,5). 2.140 p., 1.085 fig., 4 pl. (2.800 gr.). Br. : 170 fr. ; Rel. : 200 fr. (2741). *Masson et Cie.*

Congrès international (IIIe) de Pathologie comparée. Athènes 1936. 3 vol. (17/24). 930 p. (2.150 gr.). Br. : 92 fr. (2744). *Masson et Cie.*

Cordier (D.). — **Les méthodes manuelles de respiration artificielle.** Coll. Médecine et Chirurgie : Recherches et applications. (13,5/20). 88 p., 9 fig. (250 gr.). Br. : 14 fr. (2744). *Masson et Cie.*

Couvelaire, Lemierre et Lenormant. — **Pratique médico-chirurgicale.** Supplément. Tome IX (17/25). 960 p., 276 fig. (2,200 gr.). Rel. : 165 francs (2742-2743). *Masson et Cie.*

Jessen (H.). — **Cytologie du liquide céphalo-rachidien normal chez l'homme.** (16,5/25). 168 p., 2 pl. (600 gr.). Br. : 40 fr. (2744). *Masson et Cie.*

Rudaux (P.). — **Précis élémentaire d'Anatomie, de Physiologie, de Pathologie et de Thérapeutique appliquée,** 8e éd. (13,5/20). 934 p., 618 fig. (1,150 gr.). Br. : 60 francs (2745). *Masson et Cie.*

Vignes (H.) et Robey (M.). — **Périodes de fécondité et de stérilité chez la femme.** Coll. Médecine et Chirurgie : Recherches et Applications. (13,5/20). 88 p. (250 gr.). Br. : 14 francs (2744). *Masson et Cie.*

Le Gérant : Dr Victor GENTY CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 41 LE NUMÉRO : 50 Centimes 10 OCTOBRE 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Travaux originaux

J. MINET et J. VANDECASTEELE : La cuti-réaction à la tuberculine chez l'adulte 1553

Clinique chirurgicale

R. LERICHE : Sur la thrombose post-opératoire et les moyens de la prévenir d'après Havlicek 1557

Hygiène alimentaire

A. HEMMERDINGER : L'alimentation de l'avenir 1567

Gynécologie

La radiothérapie gynécologique 1571

Revue de Presse parisienne 1572

Revue de Presse étrangère par J. Lafont 1576

Notes cliniques et thérapeutiques 1579

Nouvelles 1547

Echos et Glanures 1564 1580

Bibliographie 1550

Les Livres de la semaine 1582

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. *Concours de l'internat.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Péron, Thalheimer, Laubry, Richet, Desnoyers qui acceptent, et de MM. Veil (Prosper), Jousset, Guillemot, Courcoux, Lelong, Bloch (Jean-Charles), Sorrel, Chifoliau, Toupet et Braine.

Faculté de Marseille. — M. le Professeur Imbert est renouvelé dans les fonctions de doyen jusqu'à la cessation de ses fonctions de professeur.

M. Moitessier, professeur de chimie médicale, est admis à la retraite à compter du 13 septembre 1936 et nommé professeur honoraire.

M. Jean Roche, professeur sans chaire, est nommé professeur de chimie médicale, à compter du 1er janvier 1937.

Cours de radiologie clinique. — M. R. Ledoux-Lebard, chargé de cours, commencera le vendredi 16 octobre 1936, à 18 heures, à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine, et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure, une série de leçons consacrées à l'exposé des *Notions indispensables de radio-diagnostic clinique médico-chirurgical et d'interprétation radiologique.*

Ces leçons seront accompagnées de projections et à la suite de chacune d'elles, les élèves seront exercés à la lecture et à l'interprétation des clichés.

Cet enseignement est destiné aux étudiants, aux externes et aux internes des hôpitaux ainsi qu'aux docteurs en médecine désireux d'acquérir des notions pratiques d'interprétation des clichés.

Cet enseignement est destiné aux étudiants, aux externes et aux internes des hôpitaux ainsi qu'aux docteurs en médecine désireux d'acquérir des notions pratiques d'interprétation des images radiologiques et de posséder les éléments indispensables du radiodiagnostic clinique basé sur l'emploi des techniques les plus récentes.

Service de santé de la marine. — Les étudiants en médecine et en pharmacie dont les noms suivent sont nommés élèves du Service de santé de la marine à la suite du concours de 1936 :

A. — *Ligne médicale.* — 1. Le Calve, 2. Le Meur, 3. Otter, 4. Pontich, 5. Habay, 6. Courapied, 7. Le Ball, 8. Orthlieb, 9. Duluc, 10. Pellé, 11. Demarque, 12. Rispe, 13. Lucrèce, 14. Leclère, 15. Duval, 16. Cazenave, 17. Buscail, 18. Baché-Gabrielsen, 19. Chochon, 20. Emperaire, 21. Quentel, 22. Grosbois, 23. Verdier, 24. Dijonneau, 25. Aury, 26. Beisseige, 27. Vaillant, 28. Chrétien, 29. Runacher, 30. Nicol, 31. Buet, 32. Augier, 33. Chaussat, 34. Penau, 35. Bremond, 36. Raoul, 37. Humbert, 38. Renner, 39. Le Bras, 40. Quentel, 41. Durand, 42. Heuls, 43. Saugrain, 44. Sommer, 45. Guibert-Germain, 46. Lijour, 47. Gontier, 48. Lesnard, 49. Cabrol, 50. Ploye, 51. Liabot, 52. Lancien, 53. Pinson, 54. André.

B. — *Ligne pharmaceutique et chimique.* — 1. Tonnaud, 8. Marsas, 3. Gay, 4. Le Monze.

Ligue nationale française contre le péril vénérien. — *Cours de service social antivénérien* pour les infirmières et assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes (7e année), quatorzième session, novembre 1936 : treize leçons, du 16 au 21 novembre 1936, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe) et à la clinique Baudelocque.

Le nombre des admissions devant être limité, les personnes désireuses de suivre ce cours sont priées de se faire inscrire à la Ligue nationale contre le péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), le plus tôt possible.

Une carte d'admission strictement personnelle sera délivrée. Droit d'inscription : 10 francs.

La Ligue nationale française contre le péril vénérien a créé une école de stage de service social antivénérien pour l'instruction des infirmières assistantes d'hygiène sociale qui désirent se spécialiser dans la lutte contre les maladies vénériennes.

La direction technique de cette école de stage est confiée au Service social à l'hôpital.

Un certificat de stage est délivré aux élèves ayant accompli d'une manière satisfaisante un stage d'une durée minimum d'un mois.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), ou au Service social à l'hôpital, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIIIe).

Guerre. — Sont promus :

Au grade de médecin général. — M. le médecin colonel Capdevielle en remplacement de M. le médecin général Romieu placé dans la section de réserve.

M. le Médecin colonel Passa, des troupes coloniales, en remplacement de M. le médecin général Fulconis, placé dans la section de réserve.

Affectations : M. le médecin général Capdevielle, est nommé directeur du Service de santé de la 13e région.

M. le médecin colonel Cristau, adjoint au médecin général inspecteur, directeur du Service de santé au ministère de la Guerre, est nommé directeur du Service de santé de la 8e région.

M. le médecin général Passa, est nommé adjoint au médecin général inspecteur, inspecteur général du Service de santé des colonies.

Promotion et mutations. — M. le médecin général Vallat a été promu au grade de médecin général inspecteur, dans la 1re section du cadre du corps de santé militaire et placé hors cadres, au titre du ministère des Pensions (organisation).

M. le médecin général Beyne, directeur du Service de santé de la 8e région, a été placé hors cadres, à la disposition du ministre de l'Air, pour occuper l'emploi d'inspecteur des services médico-physiologiques de l'armée de l'air.

Médecins-colonels. — M. Fayet, sous directeur du Service de santé de la 5e région, Orléans, est nommé sous-directeur du Service de santé de la région de Paris.

M. Coudray, médecin des hôpitaux militaires, section technique du Service de santé, détaché au ministère de la Guerre, direction du Service de santé, Paris, est affecté au ministère de la guerre et désigné comme adjoint au directeur du Service de santé, Paris.

M. Laloy, de l'Ecole spéciale militaire de Saint-Cyr, médecin chef, est nommé sous-directeur du Service de santé de la 2e section, Amiens.

M. Bergeret, du ministère de la Guerre, direction du Service de santé, Paris, est affecté à l'hôpital militaire de Grenoble et désigné comme président de Commission de réforme.

M. Camus, des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Denis, médecin chef, est nommé sous-directeur du Service de santé de la 5e région, Orléans.

Conférencces de psychiatrie. — Le Docteur Henri Ey, médecin des Asiles, ancien chef de clinique, reprendra ses conférences et examens des malades à partir du 21 octobre, tous les mercredis à l'Asile Sainte-Anne. Les examens de malade ont lieu à 16 heures à l'amphithéâtre de la Clinique du Professeur Claude. Les exposés théoriques ont lieu le soir du même jour à 21 heures. Comme les années précédentes ces conférences ne constituent pas une préparation directe au concours du médicat des Asiles mais ont pour but l'examen critique et l'étude pratique des problèmes psychiatriques. Pour renseignements et inscriptions s'adresser à M. C.-H. Nodet, Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis (XIV[e]).

Association française pour l'étude du cancer. — Miss Maud Slye (de Chicago) fera le lundi 5 octobre prochain, à 17 heures, à la Faculté de médecine, amphithéâtre d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, une conférence sur *Le rôle de l'hérédité dans le cancer*, d'après ses travaux personnels les plus récents.

Le bureau de l'Association prie tous ceux qui s'intéressent à cette question, de bien vouloir assister à cette conférence.

Clinique gynécologique Broca. — *Un cours supérieur de gynécologie* sera fait par M. le Professeur Pierre Mocquot, assisté de M. R. Monod, chirurgien des hôpitaux ; M. R. Palmer, chef des travaux de gynécologie ; M. Guillot, chef de clinique gynécologique ; M. N..., chef du laboratoire ; M. R. Moricard, attaché médical ; MM. P. Lejeune, J. Longuet et Mlle Wolff, fera ce cours du mardi 3 novembre au samedi 28 novembre 1936, avec la collaboration de MM. Cl. Béclère et L. Bonnet, anciens chefs de clinique gynécologique ; Mallet, électro-radiologiste des hôpitaux ; Pulsford, assistant d'électro-radiologie des hôpitaux.

Ce cours s'adresse aux médecins et aux chirurgiens désirant être mis au courant de l'état actuel de la gynécologie médico-chirurgicale. Début le mardi 3 novembre 1936, à 10 heures.

a) Les matins, de 9 h. 30 à 12 h. 30. 1° A 9 h. 30 : un exposé technique, autant que possible en rapport avec une opération du jour et passant en revue le mode d'action, les indications, les accidents possibles et le moyen de les éviter : Laparotomie médiane. Incision de Pfannenstiel. Colpotomie postérieure. Ligamentopexies. Périnéorraphies. Opérations combinées pour prolapsus. Cloisonnement du vagin. Amputations du col utérin. Hystérectomie subtotale. Hystérectomie totale. Hystérectomie élargie pour cancer du col. Hystérectomies pour salpingite. Salpingectomie, résections de l'ovaire, castration unilatérale. Myomectomies. Hystérectomie fundique. Auto-greffes ovariennes. Résection du nerf présacré et énervation de l'ovaire. Hystérectomie vaginale. Drainage pelvien. Curettage. Electro-coagulations. Applications de diathermie ou d'ondes courtes, etc., ou une conférence clinique à propos d'une malade ou sur un sujet d'actualité (les hydrosalpinx), par Cl. Béclère, les acquisitions récentes sur le traitement du cancer du sein par M. R.-C. Monod, etc.

2° A 10 heures : Opérations. Lundi, mercredi, vendredi, par le Professeur Mocquot. Mardi, jeudi, par les assistants. — Consultations. Consultation spéciale par le Professeur Mocquot, le mardi. Consultation de gynécologie, le lundi, par M. Moricard ; le mercredi, par Mlle Wolff ; le vendredi, par M. Palmer. — Consultation d'endocrinologie gynécologique par M. Moricard, le jeudi. — Consultation de stérilité par MM. Palmer et Leleune, le vendredi. — Examen des malades hospitalisées le jeudi et le samedi, par le Professeur Mocquot ; le lundi et le mercredi, par M. Palmer.

3° A 11 heures : Leçon clinique par M. le Professeur Mocquot, le samedi (l'une d'elles sera consacrée aux cancers de l'ovaire, une autre aux complications veineuses des opérations gynécologiques). — Hystéroscopies, Biopsies intra-utérines, Hystérotonométries, par M. Palmer, le lundi (elles seront précédées d'un exposé le 9 novembre sur la technique de l'hystéroscopie, le 16 novembre sur les biopsies intra-utérines, le 23 novembre sur l'hystérotonométrie). — Projections commentées des coupes histologiques de la semaine, par M. N..., le mardi (ces projections seront précédées d'exposés, le 3 novembre sur la manière de fixer les biopsies, le 10 novembre sur l'interprétation des biopsies du col utérin, le 24 novembre sur l'examen histologique extemporané, en particulier pour les lésions des annexes). — Hystéro-salpingographies, par M. Lejeune, le mervredi (elles seront précédées le 4 novembre d'un exposé sur la technique et les contre-indications, le 11 novembre, de la présentation d'une série des clichés les plus caractéristiques). — Applications de radium, par M. Mallet, le jeudi (elles seront précédées d'exposés : le 5 novembre, sur les principes généraux de curiethérapie, le 12 novembre sur la curiethérapie des cancers vulvo-vaginaux, le 19 novembre sur la radiothérapie du cancer du col utérin, le 26 novembre sur la radiothérapie des récidives et des métastases des cancers du sein). — Insufflations tubaires, par MM. Palmer et Lejeune, le vendredi (elles seront précédées le 6 novembre d'un exposé sur les indications et la technique avec les appareils de Douay et de Riazi, le 13 novembre d'un exposé de M. Bonnet sur l'utilisation de l'appareil de Rubin). — Diathermo-coagulations et applications de diathermie, par M. Lejeune, les mardis, jeudis, samedis. — Applications d'ondes courtes, par M. Pulsford, les mardis, jeudis, samedis. — Titrages hormonaux sur la souris et la lapine, par M. Moricard.

b) Les après-midi, à 17 heures. Cours *sur l'état actuel du diagnostic et de la thérapeutique des affections gynécologiques* : 3 novembre, M. Palmer : Méthodes d'exploration. — 4 novembre, M. Moricard : Physiologie génitale ; cycle menstruel ; hormones de l'ovaire et de l'antéthypophyse. — 5 novembre, M. Palmer : Déviations utérines : anomalies utérines et vaginales. — 6 novembre, M. Longuet : Déchirures périnéales ; prolapsus génitaux. — 7 novembre, M. Lejeune : Avortement et accidents consécutifs. — 9 novembre, M. Palmer : Blennorragie ; métrite cervicale. — 10 novembre, M. Palmer : Salpingo-ovarites et paramétrites. — 11 novembre, M. Moricard : Eliminations hormonales ; applications diagnostiques. — 12 novembre, M. Palmer : Les grossesses extra-utérines et les hémopéritoines génitales. — 13 novembre, M. Longuet : Abcès pelviens et péritonites d'origine génitale. — 14 novembre, M. Guillot : Cancer du corps utérin ; tumeurs utérines d'origine placentaire. — 16 novembre, M. Palmer : Fibromyomes de l'utérus ; polypes fibreux. — 17 novembre, M. Palmer : Cancers du col utérin. — 18 novembre, M. Moricard : Troubles de la castration et de la ménopause. — 19 novembre, M. Longuet : Tuberculose utéro-annexielle. — 20 novembre, M. Moricard : Dystrophies utérines ovariennes et mammaires à déterminisme hormonal. — 21 novembre, M. Guillot : Kystes de l'ovaire et du ligament large. — 23 novembre, M. Palmer : Diagnostic et traitement des leucorrhées. — 24 novembre, M. Guillot : Complications urinaires des opérations gynécologiques. — 25 novembre, M. Lejeune : Diagnostic et traitement des stérilités. — 26 novembre, M. Palmer : Diagnostic et traitement des métrorragies. — 27 novembre, M. Moricard : Hormonothérapie. — 28 novembre, M. Palmer : Diagnostic et traitement des phénomènes douloureux.

Droit d'inscription : 250 francs. S'inscrire à la Faculté de médecine au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4 de 14 à 16 heures) ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.).

XIII[e] Journées dentaires de Paris (26 au 29 novembre 1936). — Ce Congrès international se déroulera du 26 au 29 novembre 1936, dans les locaux de l'Ecole Odontotechnique de Paris, 5, rue Garancière, Paris (VI[e]).

Le Comité fait appel à tous les praticiens afin qu'ils puissent venir nombreux et prendre part à cette manifestation.

Une réduction de 40 % (net de tout impôt) est accordée sur le réseau des chemins de fer français à tous les confrères et leurs familles qui désireraient se rendre aux XIII[es] Journées dentaires de Paris. A cet effet, ils sont priés d'en faire la demande à M. René Sudaka, secrétaire général des XIII[es] Journées dentaires de Paris, 143, avenue Emile-Zola, Paris (XV[e]). — Tél. : Ségur 40-99.

Prière joindre un timbre pour la réponse : France 0,50 ; Etranger, 1,50.

Dernière limite de réception des demandes : 20 novembre inclus.

Cours de pratique chirurgicale oto-rhino-laryngologique du Professeur Georges Portmann. (Hôpital de la Glacière, 35, rue de la Glacière, Paris), donné à Paris, du jeudi 22 octobre au mercredi 28 octobre 1936 avec la collaboration du Docteur J. Auzimour, du Professeur agrégé Despons et du Docteur Paul Leduc.

PROGRAMME. — Jeudi 22 octobre, 9 h. 30 : Les vertiges. Leur traitement chirurgical ; 15 heures : Les otites aiguës ; 16 heures : Sinusites fronto-maxillaires. Traitement chirurgical.

Vendredi 23 octobre, 9 h. 30 : Mastoïde. Anatomie, pathologie ; 15 heures : La mastoïdectomie.

Samedi 24 octobre, 9 h. 30 : Ethmoïde. Anatomie, pathologie, chirurgie ; 15 heures : Insuffisance respiratoire nasale et traitement chirurgical.

Lundi 26 octobre, 9 h. 30 : Tumeurs malignes du massif facial ; 15 heures : Amygdales. Anatomie, pathologie, chirurgie.

Mardi 27 octobre, 9 h. 30 : Les otites chroniques ; 15 heures : Traitement chirurgical des otites chroniques.

Mercredi 28 octobre, 9 h. 30 : Tumeurs malignes du larynx ; 15 heures : Chirurgie du larynx.

Ce cours essentiellement pratique comprend des séances opératoires de démonstration. Chaque assistant sera individuellement initié aux détails de la technique chirurgicale et de l'anesthésie.

Ces séances opératoires seront précédées d'un exposé théorique, après examen de malades, accompagné de projections et de films cinématographiques.

Droit d'inscription : 250 francs. Les inscriptions seront reçues chez le Professeur G. Portmann, 25 *bis*, Cours de Verdun, à Bordeaux.

II[e] Congrès annuel de la Société italienne d'anesthésie et d'analgésie. — Ce Congrès se tiendra le 22 octobre 1936 à la Clinique chirurgicale royale (Policlinique) de Rome.

Les rapports suivants seront présentés :

L'anesthésie basale : mécanisme d'action, avantages et inconvénients. Rapporteur : Professeur AIZZI-MANCINI et STOPPATO.

Accidents graves et mortels de l'anesthésie. Rapporteurs: MM. BARBERA (Anesthésie générale), GIORDANENGO (Anesthésie rachidienne), BOGETTI (Anesthésie régionale).

Secrétariat du Congrès : R. Clinica Chirurgica dell' Università di Torino, Corso XXVIII Ottobre, Torino.

Ecole centrale de puériculture (Paris, VIII[e]). — Les cours de l'Ecole centrale de puériculture commenceront le jeudi 19 novembre 1936, à 16 heures, 5, rue Las-Cases, Musée social.

Bureau municipal d'hygiène de Gennevilliers. — La vacance du poste de directeur du Bureau municipal d'hygiène de Gennevilliers est déclarée ouverte.

Les candidats à ce poste adresseront au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1[er] bureau), leur demande accompagnée de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures.

Le traitement alloué s'élève de 38.000 à 48.000 francs par an, en six classes. Il s'y ajoute diverses indemnités.

Le titulaire du poste ne sera pas autorisé à faire de la clientèle.

Inspecteur d'hygiène du Gers. — Un concours sur titre est ouvert à Paris pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène. Traitement : 47.000 à 59.000 francs. Indemnités.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Aide mémoire d'acuponcture chinoise. Classique et modernisée par les agents physiques. Bosc et Riou, éditeurs, Lyon.

L'auteur a voulu présenter en ordre et dans un langage clair conforme à l'anatomie topographique occidentale sans termes ou théories chinois rebutant le praticien français, les indications de cette méthode millénaire de laquelle il y a certainement quelque chose à retenir.

Les abcès du foie, par P. Huard et J. Meyer-May. Un volume de 590 pages avec 98 figures, 65 francs. Masson et Cie, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre est à la fois une revue générale de ce qui a paru sur la question, en France et à l'Etranger depuis quarante ans, et l'exposé de conceptions personnelles basées sur plus de 150 observations dans les pays où cette affection est fréquente.

Les kystes hydatiques de la rate, par L. Sabadini. Un volume de 200 pages, avec 82 figures, 32 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le but de ce livre écrit par un chirurgien exerçant dans une des régions où cette affection est plus souvent observée qu'ailleurs, est de faire le point sur un sujet moins simple qu'il ne paraît à une expérience sommaire.

L'auteur classe les opinions pathogéniques, il schématise les formes anatomo-pathologiques, montre les signes capitaux de l'affection, bases d'un diagnostic précis, il étudie enfin les différentes méthodes thérapeutiques, discutant la valeur de chacune d'elles, précisant les indications.

A la fin de ce travail, il a placé un chapitre de technique opératoire. Les différentes interventions que le chirurgien peut être appelé à effectuer sur la rate s'y trouvent classées, décrites et discutées.

Diabète et chirurgie, par H. Chabanier et C. Lobo-Onell, avec la collaboration de Mlle E. Lelu. Préface de M. Robineau. Un volume de 168 pages (Collection médecine et chirurgie pratiques), 22 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les auteurs font d'abord une place à l'étude du mécanisme des accidents post-opératoires des diabétiques. Cela non seulement à cause des suggestions d'ordre doctrinal qui s'en dégagent concernant la pathogénie de ces accidents, voire même du coma diabétique en général, mais aussi et surtout du fait des orientations importantes d'ordre pratique qui en découlent naturellement.

Ils envisagent ensuite la question des affections chirurgicales, sinon propres aux diabétiques, du moins plus spécialement fréquentes et graves chez eux, et ils s'attachent de manière particulière à deux d'entre elles : l'anthrax et la gangrène.

Confessions et observations psycho-sexuelles. Tirées de la littérature médicale, publiées intégralement avec avant-propos, commentaires, notes et tables par Maurice Heine. Un volume in-8° carré de 300 pages et 4 illustrations documentaires hors texte : 30 francs. Editions Jean Grès, 16, rue Soufflot, Paris (Ve).

Cet ouvrage, d'une conception neuve, pourrait se qualifier d'anthologie au sens d'un choix de *fleurs du mal*, spontanément écloses dans le champ illimité, non de l'imagination poétique, mais de l'inquiétude sexuelle. Faits et documents sexologiques sont ici intégralement recueillis, avec un constant souci d'impartialité et méthodiquement classés, en vue d'une nouvelle exploration de ce domaine qu'un philosophe du XVIIIe siècle put assigner aux « gigantesques égarements » du cœur humain. La densité de certaines confessions — celle, par exemple, du fameux nécrophile, le sergent Bertrand, dont le dossier se trouve enfin présenté dans son ensemble — et la richesse de leurs possibilités littéraires surprendront peut-être quelques lecteurs : elles les convaincront du moins, en même temps qu'aucun texte ne s'éloigne davantage d'une pornographie vouée talement à la convention et à la stérilité.

Thérapeutique chirurgicale de la Lithiase biliaire, par le Docteur Paul Banzet. Un volume grand in-8 de 32 pages : 9 francs. Collection « *Les Thérapeutiques Nouvelles* », publiées sous la direction du Professeur Rathery, Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Cette affection pose des problèmes thérapeutiques, dont la solution est loin d'être toujours simple ; elle englobe sous une étiologie commune, des manifestations très différentes quant à leur morphologie clinique, quant aux lésions anatomiques qui sont à leurs bases et qui sont justiciables de thérapeutiques chirurgicales très variées.

Par ailleurs, on peut dire que la question est d'actualité puisque les problèmes thérapeutiques posés par la lithiase biliaire sont loin d'être tous élucidés ; et l'accord n'est pas toujours réalisé quant aux méthodes à employer.

L'auteur étudie dans un premier chapitre les cholécystites chroniques puis les cholécystites aiguës. Il envisage ensuite les accidents d'obstruction soit du canal cholédoque. Il termine enfin par les complications plus rares de la lithiase biliaire : les pancréatites chroniques et aiguës, l'iléus biliaire et les fistules biliaires.

La Phytensis des organes. La Transplantation des Organes, par le Docteur Skévos-Zervos. Un volume grand in-8 (16 × 23) de 112 pages avec 23 figures : 30 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Ce livre est le produit de longues études et d'une observation attentive, faites par un médecin qui a cherché la solution de plusieurs questions scientifiques totalement inconnues ou inexplicables, avec persévérance et application, et aussi avec une capacité exceptionnelle.

Pychiatrie, Médecine et Sociologie, par Henri Damaye, médecin des Asiles. In-16, 213 pages. Prix : 12 francs. Librairie Félix Alcan Paris.

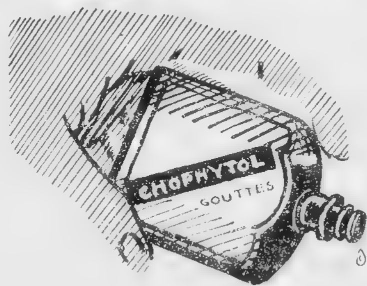
Petit ouvrage très médité répondant vraiment à une nécessité actuelle. Sa lecture fait connaître d'une façon claire ce qu'est la pathologie mentale... si éminente à première vue, si humble et si modeste en sa réalité. L'auteur nous en expose les raisons. La psychiatrie, — et c'est fort exact — ne peut progresser que par les acquisitions de la médecine générale et ne s'appartient qu'en son domaine psychique, lequel relève surtout de la sociologie. Or, ce domaine-là ne possède pas grands éléments de progrès médicaux. D'où la nécessité d'une instruction médicale générale très solide pour le spécialiste qui veut se livrer à des recherches scientifiques. En psychiatrie plus qu'en toute autre partie, le professionnel, psycho-sociologue, diffère de l'homme de recherches qui doit être, lui, un biologiste. Les médecins qui liront ce volume en approuveront certainement les vues. Surtout que Damaye insiste sur l'indispensable collaboration continuelle du psychiatre et de ses confrères. Sans cette incessante collaboration, l'auteur a raison de faire remarquer que la psychiatrie ne peut, médicalement tout au moins, rien donner. L'état actuel trop primitif de l'assistance psychiatrique est exposé d'une façon sincère. L'auteur ajoute des chapitres destinés à bien faire comprendre la pathologie mentale et le traitement de ses affections. Il apporte à ces questions des contributions personnelles d'un certain intérêt. L'art vient même imprégner de son charme ce petit livre, dont nos confrères ne regretteront certes pas la lecture. L'auteur répond, en les mettant au point, à des questions sur l'objet de la psychiatrie que se posent beaucoup de médecins.

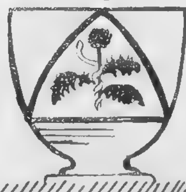
Recherches sur les eaux polluées. Consommation d'oxygène et capacité d'épuration, par André Leys. Un vol. gr. in-8, 112 pages, 20 francs. Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

L'auteur s'est proposé comme but de rassembler dans ce travail, tous les renseignements nécessaires pour effectuer, selon les méthodes anglo-américaines, une enquête sur l'intensité de la pollution provoquée par un affluent comparée à la capacité d'épuration spontanée du cours d'eau dans lequel il se jette.

Après avoir exposé, les principes de ces méthodes, il a décrit avec détails les techniques et il a ajouté un certain nombre de remarques personnelles et des exemples d'application à des cas particuliers dans la région du Nord.


CHOPHYTOL
GOUTTES



TRAVAUX ORIGINAUX

La cuti-réaction à la tuberculine chez l'adulte

Par le Professeur **Jean MINET** et **J. VANDECASTEELE**

Pour les pédiatres, la cuti-réaction à la tuberculine demeure un moyen de contrôle diagnostique de premier ordre ; elle garde d'autant mieux leurs suffrages, qu'elle a pour elle une grande facilité de technique et une innocuité à peu près absolue.

En médecine d'adultes, au contraire, la valeur diagnostique de la cuti-réaction est de plus en plus discutée ; en effet, dès qu'on s'adresse à des organismes de plus d'un an, le pourcentage de positivité va sans cesse croissant ; la grande fréquence des cas positifs ne laisse plus dès lors à la réaction qu'un intérêt minime pour le diagnostic de la maladie ; de sorte que, dans l'état actuel de la science, la cuti-réaction ne peut plus, et de beaucoup, prétendre au même rang que les méthodes de diagnostic bactériologique de la tuberculose.

Ainsi, la tuberculine, isolée par Koch, s'est vue bientôt dépossédée des propriétés thérapeutiques qu'on avait cru découvrir en elle. Elle semble aujourd'hui — sauf en pédiatrie — perdre peu à peu sa valeur diagnostique. Va-t-on également lui dénier bientôt toute importance pronostique ? c'est ce qui apparaît comme probable, à la lecture de maints travaux modernes, et en particulier de la thèse de Ch. Marchandise.

Notre but, dans cet article, est de réunir et de schématiser les raisons qui amènent à semblable conception, et qui semblent consacrer la déchéance à peu près complète de la cuti-réaction chez l'adulte.

A l'origine, rien ne semblait plus simple qu'un diagnostic de tuberculose pulmonaire à l'aide d'une cuti-réaction à la tuberculine. La technique est aisée. La lecture est facile ; une cuti-réaction est négative ou positive et, dans ce dernier cas, elle peut être fortement ou faiblement positive, question d'appréciation tant du doigt que de l'œil. L'interprétation des résultats ne parut pas moins facile à prime abord : une cuti-réaction négative était considérée comme la preuve d'un organisme neuf, n'ayant jamais été agressé par le bacille de Koch ; une cuti-réaction positive était, au contraire, tenue pour le témoin d'une tuberculisation de l'organisme.

Une telle interprétation était d'une simplicité trop grande ; on la complique bientôt par la mise en vedette des notions d'anergie et d'allergie. Etymologiquement, l'*anergie* (αν εργος : absence de réaction) exprime la conduite d'un organisme vierge de tuberculose vis-à-vis du réactif biologique qu'est la tuberculine : dire qu'un organisme est en état d'anergie, c'est exprimer, en des termes un peu moins clairs, que cet organisme est vierge de toute atteinte tuberculeuse. L'*allergie* (αλλος εργος : autre réaction) est un état tout différent ; c'est celui d'un organisme déjà infecté et qui, de ce fait, ne va pas répondre de la même façon qu'un organisme vierge : une autre réaction va se produire, soit favorable, soit défavorable. Cette autre réaction est aisément mise en évidence par le test biologique de la cuti-réaction. Le terme doit être employé sans aucune arrière-pensée quant au pronostic.

S'il n'y avait eu que cette intervention de mots nouveaux dans le problème qui nous occupe, tout serait demeuré encore simple. Mais l'anergie ne tarde pas à se compliquer, en ce sens qu'elle va servir à qualifier non seulement le terrain vierge, normalement sans réaction, mais aussi les terrains déjà infectés, c'est-à-dire allergiques, qui présentent, contrairement à la règle première, une cuti-réaction positive. Et l'on tourne la difficulté qui découle de ces faits, en apparence paradoxaux, en déclarant qu'il y a eu perte d'allergie.

Ces notions générales étant rappelées, le problème de la valeur diagnostique de la cuti-réaction à la tuberculine chez l'adulte se pose de la façon suivante :

1° Toute cuti-réaction positive indique-t-elle forcément chez l'adulte un terrain tuberculeux ? autrement dit, la cuti-réaction est-elle spécifique ?

2° Toute cuti-réaction négative indique-t-elle forcément chez l'adulte un terrain vierge de tuberculose ?

1° *Toute cuti-réaction positive indique-t-elle forcément chez l'adulte un terrain tuberculeux ?*

Ce qu'il faut interpréter dans une cuti-réaction positive, selon beaucoup d'auteurs, c'est la notion d'un terrain tuberculisé, qui a déjà eu une première prise de contact avec le bacille de Koch. Et l'on admet généralement qu'une réaction positive indique une infection tuberculeuse, soit ancienne et guérie, soit plus ou moins récente et évolutive.

Cependant, faut-il voir dans la positivité de la cuti-réaction la preuve indéniable d'une tuberculisation antérieure ? Autrement dit, la réaction est-elle rigoureusement spécifique ? C'est un point du problème qui a fait naître bien des discussions, et que nous allons essayer d'éclairer de notre mieux.

Tout d'abord, il est facile d'éliminer, par le procédé des scarifications témoins, la réaction traumatique qui découle forcément de la technique opératoire.

Ce qui est plus important, c'est de savoir si la cuti-réaction à la tuberculine ne peut pas être le témoin d'une réaction de l'organisme à des protéines non-spécifiques, en particulier aux protéines contenues dans le bouillon de culture à partir duquel est préparée la tuberculine. Les expériences montrent que, en effet, on peut obtenir, avec ces protéines isolées, une réaction positive, mais positive faiblement. D'autre part, la tuberculine préparée à partir du milieu de Sauton et qui est débarrassée de tous les complexes protéiniques, donne une réaction, elle aussi, faiblement positive.

Il faut donc compter avec les protéines du bouillon, et considérer une cuti-réaction positive comme due à un mécanisme complexe, à la fois spécifique et non-spécifique. C'est la combinaison des deux mécanismes qui donne la réaction forte, et, dans ces conditions, une réaction forte garderait toute sa valeur.

Mais, ceci acquis, comment interpréter une réaction faiblement positive, qui peut être due soit à la tuberculine, soit aux protéines du bouillon, soit aux deux en même temps ? A cette question, l'expérimentation répond que, dans tous les cas de cuti-réaction positive, il faut admettre l'existence d'une réaction positive à la tuberculine. En effet, l'emploi de la tuberculine synthétique, privée de toute protéine étrangère, donne des pourcentages analogues à ceux de la tuberculine ordinaire.

Pratiquement, il est donc permis de continuer à utiliser la tuberculine brute, et une cuti-réaction positive peut être considérée comme bien due à la tuberculine elle-même.

Mais cette tuberculine agit-elle seulement sur les terrains tuberculisés ? Certaines expériences sur des nourrissons sains à cuti-réaction négative, autorisent le doute. Les injections intradermiques simultanées de tuberculine et de vaccin antivariolique (Morro et Keller), de tuberculine et de sérum de porc (Groer, Propalski, Bedlick), ont amené des sensibilisations. Sur le cobaye sain, l'injection d'organes de cobaye sain et de tuberculine donne aussi une cuti-réaction positive (Keller). Arloing a obtenu des ophtalmo-réactions positives sur des animaux, vierges de tuberculose, immunisés contre la toxine diphtérique. Entz a noté dans 50 % des cas, chez des sujets tuberculeux ou non, des cuti-réactions positives, avec des toxines diphtériques, pyocyaniques, cholériques.

« Tous ces faits permettent de penser qu'il existe chez le sujet « allergique une capacité de réactivité cutanée particulière et « qui est bien connue chez les tuberculeux » (Ch. Marchandise).

En résumé, la cuti-réaction à la tuberculine ne peut être considérée que comme partiellement spécifique : cela semble admis de façon à peu près définitive.

Cependant, en 1929, Guido Finzi, de Milan, a mis au point la préparation d'une tuberculine diagnostique hautement spécifique (exotuberculine de Finzi). Obtenue par des procédés techniques spéciaux mais relativemnt simples, cette tuberculine aurait une activité diagnostique supérieure à celle de toutes les autres. Dans 80 % des cas, l'intradermo-réaction pratiquée avec elle aurait donné des réactions beaucoup plus évidentes que celles provoquées chez les mêmes individus avec la tuberculine de Koch. Une note publiée en 1934 dans la *Revue de la tuberculose*, par Finzi, confirme les premiers résultats obtenus.

Quoiqu'il en soit de ces travaux, il nous semble que, actuellement, on est amené à ne reconnaître qu'une spécificité incomplète à la cuti-réaction tuberculinique ; et, à la question posée au début de ce chapitre, on est obligé de répondre : non, toute cuti-réaction positive n'indique pas forcément, chez l'adulte, un terrain tuberculeux. Faible, elle n'a pas de signification. Forte, elle ne permet guère de différencier une tuberculose ancienne cicatrisée, d'une tuberculose évolutive.

2° *Toute cuti-réaction négative indique-t-elle forcément, chez l'adulte, un terrain vierge de tuberculose ?*

S'il en était ainsi, une cuti-réaction négative, chez l'adulte, dans nos pays d'endémie tuberculeuse, autoriserait « moins à « se réjouir d'une immunité naturelle, qu'à craindre une infec- « tion première à grand fracas, à la faveur d'une déficience organique » (Thèse de Ch. Marchandise).

Nous avons déjà vu plus haut, à propos de l'anergie, que le cadre des organismes à cuti-réaction négative ne peut être limité à celui des terrains vierges. En effet, chez l'adulte, l'absence d'infection tuberculeuse plus ou moins ancienne est très rare : les méthodes radiologiques en ont fait la preuve ; pourtant, les cuti-réactions négatives sont loin de constituer une exception. A l'origine, la plupart des statistiques étaient d'accord pour admettre une proportion de positivité variant entre 80 et 90 %. Aujourd'hui les chiffres sont moins éloquents, et l'on ne trouve guère plus de 65 % de cas positifs, contre 35 % de cas négatifs ; certains auteurs ont même noté 55 réactions positives pour 45 réactions négatives.

Pourquoi de telles différences, entre les statistiques anciennes et modernes, et même parmi ces dernières ? La raison en réside pour une part sans doute, dans la plus grande rigueur d'appréciation des statistiques modernes : on différencie mieux peut-être, aujourd'hui, les réactions fortes des réactions faibles ou douteuses. Elle réside surtout dans ce fait que les diverses statistiques portent, suivant les auteurs, sur des milieux sociaux extrêmement variés. Les positivités élevées se rencontrent dans les centres urbains, où la contagion tuberculeuse est infaillible, ou presque, dès le jeune âge. A ce propos, Debénédetti et Forêt ont communiqué à la *Revue de la tuberculose*, en mars 1935, des chiffres démonstratifs. Ils ont examiné, à la lumière de la cuti-réaction, 315 jeunes soldats et 500 réservistes ; et ils les ont classés en citadins et en ruraux, suivant qu'ils appartenaient ou non à une agglomération de plus de mille habitants. Ils ont obtenu ainsi les pourcentages suivants de réactions négatives :

a) 42,34 % dans l'ensemble.
b) 33,08 % chez les citadins ; 51,32 % chez les ruraux ;
c) 61,21 % chez les recrues originaires de la campagne ;
d) 49,11 % chez les réservistes originaires de la campagne ;
e) Un pourcentage sensiblement équivalent chez les citadins de l'active et de la réserve.

Nous-mêmes, nous avons colligé les résultats obtenus sur 60 étudiants examinés à la consultation universitaire de la Charité, à Lille. Nous avons ainsi recueilli 41 cuti-réactions positives, soit 68,3 % et 19 cuti-réactions négatives, soit 31,7 %, chiffres qui se rapprochent sensiblement des chiffres moyens admis actuellement.

30 % au moins des adultes jeunes ont donc une cuti-réaction à la tuberculine négative. Quelles sont les raisons de cette négativité ?

Au premier rang de ces raisons, il faut placer la non-contagion tuberculeuse : il est inutile d'y insister, le terme se définit de lui-même. Un adulte qui n'a pas été touché encore par la tuberculose est, vis-à-vis de la cuti-réaction à la tuberculine, dans la même situation qu'un nourrisson à sa naissance.

Mais il est bien évident que le chiffre de 30 % de cuti-réactions négatives ne correspond pas à autant d'organismes vierges de tuberculose. Ainsi, parmi les étudiants examinés à la consultation universitaire de Lille, nous relevons sept cas où, à une cuti-réaction négative, correspond un interrogatoire, un examen clinique et un examen radiologique entièrement négatifs au point de vue tuberculose Si, *a priori*, nous classons ces sept cas dans le cadre des organismes vierges de tuberculose, il reste douze cas où la cuti-réaction s'est montrée négative, et où cependant l'examen a décelé soit des antécédents personnels (pleurésie séro-fibrineuse), soit des antécédents héréditaires (tuberculose paternelle ou maternelle), soit des séquelles radiologiques (festons diaphragmatiques, brides pleurales, surcharges hilaires, inodules intra-parenchymateux calcifiés).

Nombreuses sont les causes qui peuvent expliquer, chez ces jeunes adultes antérieurement touchés par la tuberculose, la négativité de la cuti-réaction.

Il y a d'abord les maladies « anergisantes », dont le rôle est connu depuis longtemps déjà. Parmi ces maladies, les plus souvent invoquées sont la rougeole, la typhoïde, la grippe, la coqueluche, les pneumococcies, la vaccine, d'autres encore.

Certaines fonctions physiologiques : menstruation, grossesse, accouchement, peuvent aussi jouer un rôle anergisant.

Des études récentes ont élargi le cadre des « agents anergisants » ; on y a fait entrer les interventions chirurgicales, les anesthésies générales, les dysfonctionnements endocriniens surtout : les états d'hypothyroïdie déterminent une atténuation de la cuti-réaction à la tuberculine ; la parathormone, la pituitrine, l'adrénaline amènent, lorsqu'on les injecte à un individu dont la cuti-réaction était positive, une période d'anergie transitoire pendant laquelle la cuti-réaction devient négative.

La cuti-réaction peut aussi être négative dans les avitaminoses, des déshydratations, les cachexies, l'hyperthermie.

D'autres causes encore, non moins importantes, amènent des variations importantes de la cuti-réaction tuberculinique : ce sont notamment les agents susceptibles de diminuer la sensibilité réactionnelle de la peau : agents physiques (radiations solaires, rayons ultra-violets, rayons X), ou chimiques (injections locales d'adrénaline, de cocaïne, de quinine, pulvérisations de chlorure d'éthyle).

Certains facteurs locaux, d'ordre pathologique, sont capables d'amener dans un territoire cutané donné une cuti-réaction négative, alors que celle-ci reste positive dans le reste de l'étendue des téguments : ce sont en particulier les artérites, les troubles moteurs. Cela explique pourquoi l'on observe assez fréquemment, en des points du corps symétriques, des cuti-réactions d'intensité différente et parfois même diamétralement opposées.

On rencontre encore des cuti-réactions négatives dans deux autres cas : chez des tuberculeux avancés, et chez des tuberculeux récemment infectés. Dans le premier cas, il s'agit d'individus présentant des lésions pulmonaires évolutives depuis de longues années ; Gernez qualifie leur état d' « anergie de saturation », ou d' « anergie terminale » ; tout se passe chez eux comme si l'organisme saturé d'antigène ne répondait plus à la minime quantité déposée sur leur peau. Dans le second cas, il s'agit de tuberculeux cliniquement et radiologiquement contrôlés, chez lesquels les réactions cutanées marquent un retard par rapport à la date d'invasion tuberculeuse ; tout se passe chez eux comme si l'organisme traversait un stade plus ou moins long de sidération en présence de l'agression brusque d'une quantité importante de toxine ; d'où la notion de période anté-allergique.

Dans certains cas, enfin, les causes d'anergie demeurent inconnues. « Il y a des périodes où la disparition des réactions « peut s'expliquer par des causes connues. Il y en a d'autres où « les résultats sont déconcertants, les réactions variant pour « des causes impossibles à définir » (Serbat).

Connues ou inconnues, ces diverses et nombreuses causes d'anergie montrent que, si l'on s'en tenait à la seule néga-

tivité de la cuti-réaction pour éliminer le diagnostic de tuberculose, on risquerait les plus graves mécomptes.

La conclusion de cette étude sur la négativité de la cuti-réaction à la tuberculine, en réponse à la seconde partie du problème posé ci-dessus, c'est qu'une cuti-réaction négative n'indique pas du tout forcément, chez l'adulte, un terrain vierge de tuberculose.

Devant cette carence de la cuti-réaction, on s'est demandé si, en associant cuti-réaction et réactions humorales, il ne serait pas possible d'aboutir à des conclusions diagnostiques plus positives.

Ch. Marchandise, reprenant cette question, arrive à conclure que la cuti-réaction déclenche des modifications humorales complexes, évoluant comme une réaction de défense de l'organisme : la formule leucocytaire évolue de façon très variable; la vitesse de sédimentation s'élève ou diminue chez le tuberculeux, diminue chez l'allergique non tuberculeux ; la réaction de Vernes, étudiée de pair avec la cuti-réaction, donne des résultats divergents ou analogues.... Il semble donc que, dans cette voie, il n'y ait pas non plus grands résultats à attendre.

En résumé, il est prudent de s'en tenir actuellement aux notions suivantes :

Une cuti-réaction à la tuberculine, chez l'adulte, lorsqu'elle est positive, n'a de valeur que quand elle est forte. Et encore n'a-t-elle pas de valeur diagnostique réelle, puisqu'elle peut correspondre aussi bien à une tuberculose ancienne et cicatrisée, qu'à une tuberculose évolutive.

Une cuti-réaction à la tuberculine, chez l'adulte, lorsqu'elle est négative, n'a pas plus de signification, en phtisiologie, qu'un Bordet-Wassermann négatif en syphiligraphie.

Pour ces diverses raisons, on peut penser que, en médecine d'adultes, la pratique de la cuti-réaction à la tuberculine n'a plus guère sa raison d'être.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Sur la thrombose postopératoire et les moyens de la prévenir d'après Havlicek [1]

Par R. LERICHE

Je pense que nous devons, tous, être reconnaissants à M. Havlicek d'avoir rajeuni le vieux problème de la thrombose veineuse post-opératoire, et d'avoir réussi à le placer sur le plan des discussions chirurgicales.

Ce faisant, il nous a rendu un grand service. Ce problème était stagnant. Tous les chirurgiens se lamentaient sur les phlébites et sur les embolies. Personne n'abordait la question d'une façon dynamique. On en restait à du travail de bureau : des statistiques immenses, de la littérature sentimentale sur le drame de l'embolie, des constatations, discutables, sur le nombre croissant des accidents emboliques, quelques recherches objectives parcellaires : des numérations de plaquettes et de globules. Mais pas de recherches élevées, pas de recherche pure, en vue de la connaissance pour la connaissance, la seule chose qui puisse être efficiente surtout en pareille matière — car s'il y a un problème expérimental au premier chef, c'est, certes, celui-là.

Aussi, malgré le rapport très objectif de M. Govaerts au Congrès de Varsovie en 1929, la question n'a guère avancé jusqu'aux recherches de M. Havlicek.

De par ses efforts, la voici en passe de recevoir une solution.

Les idées de M. Havlicek

Que nous dit M. Havlicek :

Que la vitesse du sang circulant est fonction de milliards d'anastomoses permettant au sang de passer directement d'une artère dans une veine.

Que, dans le système porte, il y a d'innombrables anastomoses interstitielles porto-caves, en plus de celles signalées dans les classiques.

Que, sous l'effet des efforts, dans les suites post-opératoires, le sang porte peut refluer dans le système cave et jusque dans la veine fémorale.

Que le sang porte fait coaguler le sang cave ;

Que le ralentissement post-opératoire du cours du sang favorise la coagulation.

Que la thrombose post-opératoire résulte d'un refoulement du sang porte dans le système cave.

Notre Président m'a demandé de venir discuter devant vous ces idées, qui ont paru aventureuses à certains d'entre nous; il voudrait que je vous expose, tel que je le vois, le problème de la thrombose. Cet honneur m'apparaît comme une tâche rude et ingrate. Voici pourquoi :

Je suis de ceux qui s'insurgent franchement contre l'opposition systématique et absurde que rencontrent toujours les idées neuves en médecine. Les médecins sont gens de tradition. En face des aspects des choses qui leur sont inhabituels, ils font d'abord la conspiration de silence, puis contre-attaquent les faits avec des arguments *a priori*, jusqu'au jour où ils déclarent « qu'on sait cela depuis longtemps ».

Je me suis trop souvent heurté à ces diverses attitudes, pour vouloir aujourd'hui adopter l'une ou l'autre dans le problème de la thrombose, tel que Havlicek nous le fait entrevoir.

Il y a un charmant conte d'Anatole France dont vous n'avez sans doute pas oublié la substance.

Balthazar qui régnait en Ethiopie, ayant eu quelques mécomptes avec Balkis, la reine de Saba, s'en était consolé en étudiant l'astronomie. Rapidement, il y fit d'immenses progrès. Or, il advint qu'un jour, il découvrit dans le ciel une étoile nouvelle. « Elle est belle, disait-il. Elle semble vivante, et quand elle scintille, on dirait un œil céleste qui cligne avec douceur. Sembobitis, vois quel regard nous jette cet astre charmant et magnifique. »

Mais, nous dit France, Sembobitis ne vit pas l'étoile, *parce qu'il ne voulait pas la voir. Savant et vieux, il n'aimait pars les nouveautés.*

Et Balthazar répétait seul dans le silence de la nuit : Heureux ! heureux ! heureux qui naîtra sous cette étoile !

Tous les Sembobitis, et ils sont nombreux, sont haïssables. Ne laissons pas M. Havlicek répéter dans le silence de Schatzlar : Heureux, heureux, heureux celui qui a compris le mystère de la thrombose !

Et abordons loyalement, de front, la discussion de ses idées.

[1] Conférence faite à la Société de médecine de Gand le 20 octobre 1935.

Comment se pose le problème de la thrombose ?

Mais auparavant, je voudrais examiner devant vous comment se pose pour nous le problème de la thrombose post-opératoire.

Tout d'abord, nous devons marquer qu'il s'agit là d'un problème général.

Les idées à adopter doivent être valables pour toutes les thromboses veineuses, où qu'elles soient, hors opération et après opération. Peut-être même pour les thromboses artérielles — mais ceci est une autre histoire.

S'il y a des circonstance étiologiques multiples, dans lesquelles apparaît la thrombose veineuse, le mécanisme même de la thrombose est certainement un.

La médecine a trop souvent cru jusqu'ici que, dans tous les problèmes, il fallait faire des côtes mal taillées, amalgamer les théories, et finalement construite une opinion éclectique. Bernard Shaw a dit quelque part qu'avec de l'eau sale et de l'eau propre, on ne fait jamais de l'eau claire et potable. Il a certainement raison. La médecine a trop facilement confondu les circonstances étiologiques d'une maladie avec sa cause réelle, et avec son mécanisme.

Les circonstances d'apparition des maladies sont toujours multiples, souvent contradictoires, mais leur mécanisme de réalisation est généralement réductible à quelque chose de simple et de toujours identique à soi-même.

Et ce quelque chose se situe au début en marge de la vie normale. Ce n'est qu'une déviation minime du jeu habituel de la vie. De la vie normale à la vie pathologique, la frontière est à peine jalonnée, et ce n'est qu'au bout d'un certain temps, par des jeux de cascade, que la vie pathologique paraît un monstre n'ayant plus rien qui rappelle la vie tout court.

Le difficile est justement de trouver la toute petite chose qui initialement a fait tout dévier.

Deans le cas particulier de la thrombose, peut-on découvrir dans le mécanisme physiologique de la coagulation les éléments d'une hypothèse à vérifier ?

Ne vous étonnez pas de me voir procéder ainsi en sens inverse des opérations habituelles de l'esprit dans la recherche médicale. Généralement, en médecine, on s'en va du connu, le fait clinique, vers l'inconnu, le mécanisme. Je pense que, de plus en plus, dans l'avenir, pour toute une série de problèmes, nous devrons aller en sens inverse, descendre de l'analyse des mécanismes physiologiques vers le fait clinique, à travers une ou plusieurs hypothèses. Nous croyons trop — et cela se comprend — que le fait clinique se suffit à lui-même, qu'il est par lui-même une fin. C'est vrai dans un certain sens, celui de la pratique quotidienne. Ce n'est pas exact dans l'ordre de la connaissance. Le fait clinique n'est, à ce titre, qu'un élément à mettre à sa place.

Coagulation et thrombose

Cherchons dans le phénomène de la coagulation la fissure par où se glisse la coagulation pathologique.

Ce n'est pas au pays de Nolf et J. Bordet que j'aurai l'impudeur de rappeler ce que c'est que la coagulation du sang.

M. Nolf nous a dit : le sang contient dans les vaisseaux tous les facteurs de la coagulation, mais il y sont à l'état colloïdal stable. Hors des vaisseaux, cet état devient instable, et il y a précipitation de fibrine.

C'est très précis. Et cela veut dire que dans les vaisseaux normaux, il n'y a pas de coagulation.

La coagulation est physiologiquement un phénomène hors des conditions normales de la circulation, qui se passe hors des vaisseaux, sous l'effet des sucs tissulaires, des globules blancs, des plaquettes, en présence du calcium, et quand il y a ralentissement extrême ou arrêt du cours du sang.

Ce phénomène, quand on le provoque, n'est pour ainsi dire jamais primitif dans le temps. Aucun des facteurs que l'on peut analyser parmi ceux qui provoquent la coagulation, ne suffit à lui seul ou en combinaison à faire coaguler le sang circulant dans les vaisseaux, ni le ralentissement même à l'extrême, ni la leucocytose provoquée, ni l'augmentation de la teneur du sang en calcium, ni les modifications du foie, organe générateur de la fibrine.

Il n'y a, à faire coaguler le sang, que des mécanismes brutaux, hors série, qui ne doivent pas nous arrêter. L'analyse en vue de la recherche du mécanisme doit cotoyer de très près les faits physiologiques, et éviter de recourir à des déterminismes que la nature ne saurait réaliser. Faute de l'avoir compris, on a souvent encombré la médecine de recherches et d'hypothèses qui ne signifient rien.

Alors, devons-nous renoncer à comprendre, ou faut-il recourir à l'idée du mélange du sang portal et du sang cave que nous a exposée M. Havlicek ?

Avant d'en venir là, il faut faire une remarque préalable :

Tous les physiologistes sont d'accord, mais les médecins ne s'en sont pas assez avisés : *il ne faut pas confondre thrombose et coagulation.* Il n'est pas permis de chercher la cause de la thrombose dans une anomalie de la coagulation.

Ces deux processus ne sont pas les mêmes. Sans doute, quand un vaisseau est thrombosé, il s'y fait toujours une coagulation au-dessus de la zone de thrombose, mais ce processus est secondaire dans le temps. Il est consécutif et non primitif.

La coagulation est un phénomène de précipitation sous forme de fibrine d'un corps albumineux qui se trouve dans le sang normal à l'état de fibrinogène. Elle consiste essentiellement en une transformation du fibrinogène en fibrine.

La thrombose est essentiellement un phénomène d'agglutination des plaquettes, et la fibrine n'y participe pas ou n'y participe qu'à peine : la thrombose primitive est faite de plaquettes : la fibrine n'intervient pour ainsi dire pas dans son édification.

M. Govaerts a insisté sur cette distinction, et je crois avec lui que c'est le nœud du problème qui nous intéresse.

Si nous voulons savoir pourquoi se fait une phlébite, il ne faut pas étudier le phénomène coagulation — c'est-à-dire la précipitation de la fibrine — mais le phénomène thrombose, c'est-à-dire l'agglutination des paquettes, en fonction des recherches si précises de Roskam, que tout chirurgien devrait connaître.

Et dès lors, la recherche est orientée très différemment : si nous voulons admettre l'influence du sang porte sur le sang cave, il ne nous suffit pas qu'il soit démontré que l'un fait coaguler l'autre. Il faut que soit prouvé que l'un fait précipiter les plaquettes de l'autre.

Le problème revient donc à ceci :

Qu'est-ce qui fait que dans le sang circulant, il y a de temps en temps agglutination des plaquettes et thrombose ?

Et remarquez bien que cette position du problème est essentielle. Tout ce que nous savons montre, que sans thrombose préalable, il n'y a jamais coagulation du sang dans les vaisseaux. *Même si le cours du sang est ralenti, même s'il est arrêté.* Il suffit, pour s'en convaincre, de songer que, nous chirurgiens, depuis qu'il y a des gens qui pansent des plaies, depuis que Ambroise Paré nous a appris à faire des ligatures, nous faisons sans cesse des blocages du sang

circulant, et que dans un vaisseau convenablement ligaturé, la zone de ligature est un cul-de-sac endothélial où il n'y a pas de coagulation.

De l'agglutination des plaquettes

Qu'est-ce donc qui fait agglutiner les plaquettes ?

La question dépasse les possibilités de réponse d'un chirurgien.

Nous ne savons qu'une chose de façon sûre, c'est que quand on ralentit considérablement le cours du sang, il y a d'abord margination des leucocytes, puis margination des plaquettes. Mais il n'y a pas d'agglutination. Et cela nous permet de concevoir que le rôle du repos au lit, de la stase, du ralentissement du courant sanguin n'est que secondaire.

En dehors de cela, nous savons que d'habitude, après les opérations, et du fait même de la maladie post-opératoire, il y a une crise des paquettes, que leur nombre croît au bout de quelques jours dans des limites bien précisées, puis il y a retour insensible à la normale, vers la fin du deuxième septénaire.

Est-ce que cela suffit pour conduire certains opérés à l'agglutination des plaquettes et à la thrombose ? On l'a dit. C'est probable. Il semble que chez quelques opérés, l'augmentation du nombre des plaquettes dépasse le chiffre habituel, et ne revient pas à temps à la normale. Et ce seraient ceux-ci qui font des thromboses. Mais ce n'est pas encoe prouvé.

Je pense que c'est dans ce sens qu'il faut chercher, et que des numérations en série nous conduiront à une précision qui nous manque.

Mais supposons cette précision acquise, le problème de la thrombose ne serait pas résolu pour cela.

Il resterait à savoir pourquoi l'opération détermine la crise des plaquettes, et pourquoi parfois elle dépasse la mesure.

Et ceci revient à chercher ce qui règle la teneur du sang en éléments figurés, le mécanisme qui fait que nous avons en permanence, de la naissance à la mort, un taux à peu près stable de globules rouges, de globules blancs, et quelques 40 milliards de plaquettes.

Or, de ceci, nous ne savons rigoureusement rien ; la question nous dépasse tous pour l'instant.

Ayons donc des objectifs immédiats plus modestes, et cherchons simplement à voir si dans les circonstances cliniques, nous relevons quelques indications.

Conditions cliniques de la thrombose

Dans quelles conditions voyons-nous apparaître la thrombose post-opératoire ?

Tout d'abord, quoi qu'on en ait dit, ce n'est pas dans les *conditions d'infection*. Si c'était l'infection qui est à l'origine des phlébites et des embolies, on devrait en voir après toutes les opérations en milieu infecté. Or, on les voit surtout après la chirurgie aseptique, et presque exclusivement après les opérations abdominales.

L'immence expérience de la guerre nous a montré que les blessés infectés, surinfectés, même ceux atteints de fracture, ne faisaient pour ainsi dire jamais de phlébite.

Chacun de nous sait que les opérations pour appendicite suppurée en sont rarement suivies, et par contre qu'on en voit après les appendicectomies à froid, comme un coup de tonnerre dans un ciel serein.

On en voit rarement après les opérations pour salpingite suppurée, et par contre nous la craignons tous chez les fibromateuses.

Donc, ce n'est pas l'infection qui commande la thrombose.

D'autre part, il est manifeste que l'*anesthésie* n'a pas de rôle.

Par contre, il *est sûr que certains chirurgiens en ont plus que d'autres.* C'est difficile à démontrer par des statistiques, et ce serait mal séant. Mais interrogez le personnel soignant d'une maison de santé : on vous dira que M. X. en a rarement, et M. Z. assez souvent.

Poussez plus loin l'analyse, vous verrez que, parmi nous, ceux qui en ont beaucoup, sont ceux qui brutalisent les muscles, qui ont peu de respect de la vie tissulaire, et que ceux qui en ont peu, ont des mains chirurgicales douces, même s'ils ont un tempérament de feu.

Autre chose, connue de tous, mais que l'on ne remarque jmais trop : *ce ne sont pas toutes les interventions qui sont suivies de phlébites.*

C'est le privilège sinistre des opérations abdominales et de celles qui portent sur les organes pelviens. Et j'ai l'impression qu'on en voit plus souvent, peut-être, chez des femmes jeunes, à qui l'on a fait une simple fixation d'utérus rétroversé, que chez les femmes plus âgées, auxquelles on a refait un périnée. Mais est-ce bien sûr ? On en voit plus après l'hystérectomie abdominale qu'après l'hystérectomie vaginale. On a dit plus après la subtotale qu'après la totale. C'est possible, personnellement je ne sais pas.

On en voit quelquefois après l'ablation abdominale du côlon sigmoïde. Je n'en ai jamais vu après l'ablation périnéale du rectum.

Je ne vous donne pas de chiffres. Peut-être en voudriez-vous ? Il y en a assez dans la littérature mondiale, pour que je n'en ajoute pas, et puis je me méfie beaucoup des statistiques, même importantes, depuis qu'il m'est arrivé l'histoire que voici :

Quand j'étais jeune chirurgien, j'ai eu une grande joie. J'étais arrivé à faire en statistique intégrale 98 hystérectomies abdominales sans un incident, sans une mort. Je me disais, quand il y en aura 100, je dirai ce que j'ai fait. Or, la 99e est morte d'anesthésie au chlorure d'éthyle, à l'occasion de l'ablation d'une mèche vaginale et la 100e est morte de péritonite. Les dieux s'étaient vengés de ma juvénile suffisance. Mais pour un rien, j'aurais eu 100 % de guérisons.

Dans nos pourcentages, il faut trop peu de choses pour que les chiffres changent du tout au tout, et vous me pardonnerez une paresse qui fait que je ne vous donne que des impressions.

De celles-ci il résulte que *la thrombose post-opératoire ne se voit guère que dans la chirurgie abdominale*, et que, dans la chirurgie des organes abdominaux, elle s'observe plus volontiers quand on passe par le ventre que quand on passe par le périnée.

J'ajouterai encore mon impression : *on en voit moins quand on draine, que quand on ferme tout.*

J'ai récemment, dans la *Presse Médicale*, attiré l'attention sur le rôle du drainage en tant qu'absorption des substances libérées par la protéolyse post-opératoire. J'ai suggéré que si les opérés drainés étaient souvent plus confortables que les opérés cousus, cela tenait peut-être plus à l'absorption par la gaze des produits de la désintégration tissulaire, qu'à l'action anti-infectieuse du drainage. Est-ce que cela joue dans la protection contre la thrombose ? Je ne sais pas. Mais on pourrait y songer et examiner la question.

Cependant, il est certain que *le muscle ne doit pas être en*

◆◆

cause, car aucune opération ne fait plus de désordres musculaires que l'ablation du sein ou certaines interventions sur la cuisse, et cependant après lesquelles on ne voit pas de phlébite.

Autre chose encore. Il ne paraît pas douteux que les thromboses post-opératoires sont en quelque sorte *saisonnières*, et que quand on en voit une, il faut craindre d'en voir d'autres.

Il m'est arrivé, il y a quelques années, à Strasbourg, dans un service actif où il se fait environ 2.000 opérations par an, de rester sept mois sans voir de phlébite ou d'embolie, et soudain d'en compter trois dans une semaine.

Oan a dit : infection, grippe. On pourrait dire tout aussi bien *conditions météorologiques*. La chirurgie a jusqu'ici méconnu le rôle de ces conditions dans la pathologie. Il faudra bien que nous nous y mettions, car elles interviennent à coup sûr dans le déterminime de certains accidents des maladies.

Récemment un sommelier me disait : « En ce moment, le cidre travaille ». « Qu'est-ce que vous voulez dire par là ? lui répondis-je. » « Eh bien, me dit-il, en mars les bouchons partent seuls, puis, en avril, mai, juin, le cidre se calme jusqu'en septembre. A la chute des feuilles, les bouchons recommencent à sauter jusqu'à fin octobre, puis le cidre se calme. Et ce n'est pas la température qui fait cela.

Je pense qu'il en est des tissus comme du cidre. Nous fermentons, nous aussi, plus à certains moments qu'à d'autres. Constamment nous voyons, en même temps, plusieurs cas des mêmes maladies. Puis ces mêmes maladies ne s'observent plus pendant plusieurs mois. Il y a certainement dans les maladies chroniques des moments où les mal des souffrent plus qu'à d'autres.

Je vois beaucoup d'artéritiques, souvent plusieurs par semaine. Mais il y a des mois où je n'en vois pas un.

Coïncidence ? Hasard ? Je ne sais. Mais, il me semble qu'il faut retenir dans l'étiologie de la thrombose ce facteur inonnu qui est le déterminisme météréologique.
Il serait plus scientifique de l'étudier de façon précise, que de sourire ou de hausser les épaules.

En somme, *dans l'apparition de la thrombose post-opératoire, plusieurs facteurs semblent jouer. Le lieu de l'opération, la région anatomique, la voie d'abord, la manière de faire, peut être le drainage, peut-être l'époque de l'année.*

Tout cela est bien vague, bien nuageux, peu chirurgical. C'est empirique, comme une grande partie de la chirurgie. Et tout de même, il y a là des faits d'observation. Il nous est impossible de ne pas en tenir compte.

Et la vraie théorie de la thrombose post-opératoire sera celle qui nous expliquera toutes les apparences des choses que nos observations nous indiquent.

Vous me direz : Comment cela se raccorde-t-il à l'agglutination des plaquettes dont il était question tout à l'heure ? Je ne sais pas. Je ne fais nulle hypothèse. Je pense seulement que, dans les multiples facteurs qui interviennent dans la maladie post-opératoire, les faits d'observation clinique doivent avant tout, être retenus. Ils s'expliqueront un beau jour, quand nous saurons ce qui déclenche les phénomènes sanguins et humoraux de la maladie post-opératoire.

Et à ce sujet, j'ai relevé dans le beau livre de M. Roskam sur le globulin, un fait qui m'a paru très suggestif. M. Roskam nous dit que l'agglutination des globulins dépend vraisemblablement d'une modification de la surface des cellules blanches du sang. Et il ajoute : on peut se demander si l'introduction dans la circulation de substances données d'un certain pouvoir agglutinant sur les plaquettes et sur les leucocytes ne modifie pas également et de façon analogue, certaines cellules endothéliales de l'arbre vasculaire : c'est au niveau de ces cellules que seraient spécialement relevés les amas de globulins et de globules blancs.

N'y aurait-il pas là une bonne hypothèse de travail, une idée d'expérimentation pour la recherche de ce qui fait la thrombose ? Je le pense. Mais je ne suis qu'un chirurgien travaillant de ses mains plusieurs heures par jour et ce n'est pas moi qui puis entreprendre cette étude.

Au reste, si ceci était établi, tout ne serait pas expliqué.

Le facteur terrain

Il nous resterait à savoir comment il se fait que seul un petit nombre de malades font des phlébites et des embolies.

Une statistique de de Quervain nous apprend que sur 12.000 opérations pour hernie, il y a eu 37 embolies. Pourquoi ces 37 individus ont-ils réalisé les conditions nécessaires à la thrombose, et pas les 11.963 autres ?

Il est vraisemblable qu'il y a un facteur personnel qui joue : un terrain, là comme dans toute la pathologie.

Le facteur terrain qui demeure toujours en nous à l'état de mythe sacré, dont on parle toujours, mais que l'on ne définit jamais, est cependant ce qui domine les évolutions pathologiques, partout, même dans l'évolution des traumatismes. Sur 100 skieurs qui passent leurs journées d'hiver à tomber, il n'y en a que bien peu à se casser quelque chose. Et parmi ceux qui se cassent quelque chose, il y en a plusieurs qui ont déjà une ou deux fractures. Terrain ? Oui, je le pense.

Et partout il en est ainsi.

Il faudra bien que la médecine s'attelle à définir ce que cela veut dire, tissulairement et humoralement parlant.

C'est la grande inconnue, et c'est la moitié de la médecine !

Est-ce que le terrain chez les opérés qui font de la thrombose, ce ne serait pas ce que M. Havlicek nous apprend.

Il nous dit que nous avons tous quantités d'anastomoses porto-caves, et pour un rien, le sang porte reflue dans le sang cave.

Le phénomène lui parait presque banal. Mais, s'il est aussi redoutable que l'expérience de Paschoud nous l'indique, pourquoi les embolies sont-elles rares ? Pourquoi tous les vomisseurs, les gens à mal de mer, les femmes enceintes, ne font-ils pas des thromboses ?

Prédisposition individuelle ? Anastomoses plus larges, plus ouvertes, plus perméables ?

Je ne sais pas. Mais je suis troublé par le fait que les cirrhotiques améliorent leur état en faisant spontanément des anastomoses porto-caves, et que chez eux, les thromboses sont très rares. Je songe encore que l'on a gardé vivants des animaux auxquels ont avait fait une fistule porto-cave et qu'ils n'ont pas fait de thrombose.

Et je me dis que la très intéressante hypothèse de M. Havlicek, que nous ne pouvons ni accepter, ni rejeter, n'est pas encore démontrée, et qu'il faut, pour que nous l'admettions, qu'il nous montre sur le vivant, et non sur le cadavre, le risque du mélange des sangs et sa possibilité. Il faudrait que nous soit démontré sur le vivant, que l'effort fait refluer le sang porte dans la veine cave, en quantité suffisante pour que la dilution aille jusque dans celle-ci, et que de là, elle peut refluer dans la fémorale et dans les veines du bassin ?

Il resterait alors à chercher pourquoi la thrombose revêt

Echos et Glanures

A propos des concours d'externat et d'internat. — *Extrait d'un article du Professeur Noël Fiessinger* (JOURNAL DES PRATICIENS, 26 sept. 1936).

L'imperfection de nos concours actuels réside, à mon avis, dans leur caractère stéréotypé. Pour être juste, il faut la même indigestion pour tous, les mêmes épreuves. Il faut un concours « en série ». C'est bien encore pour l'externat, car des étudiants de un ou deux ans doivent savoir à peu près les mêmes choses puisqu'elles sont élémentaires. Mais encore faudrait-il laisser dans les questions posées, quelques-unes qui ne seraient pas absolument classiques pour juger des facultés de réflexion autant que des qualités de mémoire.

Mais notre internat, par contre, me paraît suranné. Le même internat pour tous ! Nous avons affaire à des étudiants qui ont déjà quatre années de vie hospitalière. Ils sont souvent orientés, l'internat pour eux est un but nettement spécifié. Ils seront les uns médecins, les autres chirurgiens. Interrogeons-les, ces candidats. Les futurs chirurgiens se plaignent de la surcharge de leur concours en pathologie médicale, les futurs médecins de la surcharge en anatomie.

Voyez ce futur médecin, qui après quatre à cinq ans de médecine, en est encore à apprendre par cœur des nuances sur le nerf cubital ou sur la maxillaire interne, quand il ignore tout du métabolisme de l'urée ou du glucose, quand il sait à peine distinguer les protides des nucléo-protéides. Et ce futur chirurgien, qui connaît sans aucune défaillance les signes physiques de la caverne tuberculeuse ou les nuances évolutives de la néphrite scarlatineuse !

L'internat coule ces deux esprits dans un même moule. L'interne est interchangeable, c'est un boulon de série dans une machine automobile. Le voilà nommé, il prend son service et alors que fait l'Assistance publique ? Du jour au lendemain, à la première garde, sans différenciation antérieure, sans raison d'instruction, sans aucune garantie, elle met de garde en même temps un interne en chirurgie et un interne en médecine. C'est donc qu'elle, Assistance publique, elle juge nécessaire les deux compétences. De mon temps, il n'y avait qu'un interne, j'ai été cette « bonne à tout faire », et je l'ai souvent bien regretté. Pendant la guerre, j'ai dû faire de la chirurgie, mes résultats chirurgicaux me découragèrent, j'ai refusé de continuer à opérer et cela a failli me faire passer au conseil de guerre. Je suis de ceux qui admirent assez la chirurgie, pour savoir qu'on ne s'improvise pas chirurgien et encore moins aide chirurgical. Voyez-vous la nécessité des deux internes ? Avec un aide chirurgien inhabitué et maladroit, le chirurgien de garde risque de compromettre le résultat d'une intervention opératoire.

Qu'on ne me fasse pas dire ce que je ne dis pas. Je ne discute ni la valeur, ni la compétence des internes, je proteste seulement contre leur interchangeabilité. L'entraînement de concours le travail soutenu, l'énergie, le courage établissent une sélection à la fois pratique et intellectuelle. La préparation des concours crée des qualités communes, la maîtrise, l'amour de la méthode et de l'ordre, la vision directe des choses. Ce sont ces qualités qui font de nos internes une matière intellectuelle si précise, si ordonnée, si supérieure et dont on apprécie la qualité d'autant plus qu'on a beaucoup voyagé et beaucoup vu au delà de nos frontières. La matière est là, mais il faudrait qu'elle fût un peu plus modelée en prévision de ses fins. L'interne, qui commence son internat, sait mal ce qu'il va faire, dès le premier jour, en chirurgie ou en médecine. Il apprendra me direz-vous ! Je voudrais simplement qu'il ait déjà un peu appris et c'est la raison qui me fait proposer la séparation des deux concours : l'internat en médecine et l'internat en chirurgie.

Laënnec, inventeur du vers libre? *En marge du cinquantenaire du symbolisme, le Docteur Pierre Lemay publie dans* LES NOUVELLES LITTÉRAIRES (5 octobre 1936) *un intéressant article où l'on verra que Laennec ne fut pas peut-être seulement l'inventeur de l'auscultation.*

Gustave Kahn, qui vient de mourir, prétendait, à juste titre, je crois, être l'inventeur du vers libre.

Cela, si on entend par inventeur celui qui met au point une idée vague, rend pratique une rêverie, définit et codifie un système, industrialise une théorie. Il ne saurait toutefois éclipser l'auteur de l'idée vague, de la rêverie, du système ou de la théorie, sous prétexte que ce dernier est resté dans le domaine de l'intuition et de l'abstrait. Nous touchons ici à l'infranchissable fossé qui sépare le talent du génie, et il n'en reste pas moins que tous deux se complètent et se valent aux yeux de l'humanité pratique, aux yeux de cette foule qui étouffe sur les cimes.

Après tout, Kahn fut peut-être l'un et l'autre, il reçut et synthétisa les aspirations sourdes, inexprimées, de son époque lasse du classicisme, de la stricte mesure, de la loi. Sa révolte fut

à la fois un début et un aspect de ce besoin d'émancipation et de libre arbitre qui devait s'épanouir bientôt dans tous les domaines. Il fut, dirait Léon Daudet, un point de rencontre d'universaux poétiques.

On a donné comme ses précurseurs, un certain Péruvien, Della Rocca de Vergalo, qui réclamait toutes sortes de libertés jugées alors intempestives, et une Polonaise, Marie Krysinska. Mais ces tentatives n'eurent aucune suite et la révolution date réellement de Gustave Kahn et de son émule Jules Laforgue. D'ailleurs, on trouve toujours un devancier et, sans vouloir remonter jusqu'à La Fontaine, je ferai sortir de l'ombre un poète libre inattendu : Théophile Laënnec, père de l'auscultation, qui suffisait pourtant à sa gloire.

Tout jeune, Laënnec rimait déjà ; à onze ans, il traduisait en vers français la première églogue de Virgile.

Adolescent, il sacrifie au goût du jour et écrit des poèmes éplorés :

Cyprès dont le lugubre ombrage,
Sur ce tombeau, sur ce désert sauvage,
Répand une secrète horreur,
Pour la dernière fois sous ton épais feuillage,
La triste Ina vient pleurer son malheur :

. . . .

Je t'ai vu dans mes bras, sans vengeance et sans gloire,
Sous de longues douleurs, je t'ai vu succomber,
J'ai vu la Mort à la voix foudroyante
Sur ta tête planer — et ma bouche mourante
Reçut ton âme et ton dernier baiser.

. . . .

Au sein des airs, l'oiseau de triste augure
Fit retentir un cri rempli d'horreur
Quand de Nathos l'amante infortunée
Sur le tombeau prosternée
Mourait d'amour et de douleur.

N'est-ce pas des vers libres, ces lignes de douze, huit, dix, et même sept pieds ? Ils sont d'ailleurs sans grand intérêt. Par contre, voici, un gentil poème d'amour dédié à l'insensible Nisa, sa cousine, qui pourtant le soigna pendant de longues années et l'épousa peu de temps avant sa mort :

Dieu de Gnide, Dieu de Cythère,
Vole à ma voix, j'invoque ton secours :
Viens, suivi des tendres amours,
Des ris, des Grâces, de leur Mère.
Les Dieux ont, à tes lois, soumis tout l'Univers :
Sur la terre que tu fécondes,
Sur la vaste scène des airs,
Sur les cieux, sur les mers profondes
Tu sais étendre tes fers.
Mais c'est en vain qu'à ton empire
Tu soumets tout ce qui respire,
En vain, tes feux embrasent tous les cœurs :
Qui pourra croire à ta puissance
Si, dans sa froide indifférence,
Nisa se rit de mes douleurs.

Vers libres encore, cette fable, *Les fils du laboureur* :

. . . .

Le vieillard étant mis en terre :
Chaque frère suivit son inclination :
Le cadet obéit aux conseils de son père,
L'aîné rempli d'ambition,
De ses Lares fuyant la présence importune,
Veut aller à la cour essayer la fortune.
Le nouveau courtisan, d'abord, est accueilli,
Il se voit de chacun fêté, chéri,
L'on m'entend bien, le tout en apparence,
Par des soumissions, il marche à la puissance,
Pour réussir, il n'a plus qu'à vouloir,
La fortune bientôt se fixe en son manoir.
Mais malgré ce destin prospère,
Le parvenu se souvient de son frère.
A son village il court le chercher :
De mon pouvoir, dit-il, tu n'as qu'à disposer.
Change cette vile chaumière
Contre un hôtel dont le luxe brillant
Te fasse oublier la misère.
Viens — Ami, dit le manant,
Content de son modeste asile,
Je laisse aux ambitieux
Les palais somptueux
Qui décorent la ville.
Ici, je goûte en paix de tranquilles plaisirs.
Ces bois, ces prés, cette verdure,
Ce clair ruisseau, son doux murmure
Suffisent à tous mes désirs.
Je suis heureux et je préfère
De vivre libre en travaillant
Que d'être Crésus en rampant.

On dira peut-être que cette liberté prise par Laënnec était tout simplement de la faiblesse et trahissait son manque de métier, et son impuissance à versifier selon les règles qui n'avaient pas gêné nos meilleurs classiques et qui ne devaient pas, plus tard, embarrasser beaucoup Musset et Hugo. C'est une question à laquelle chaque lecteur répondra selon ses goûts.

les apparences que je signalais tout à l'heure, l'importance du siège de l'opération et le facteur saisonnier.

Et puis, il nous resterait à nous dire pourquoi cela se voit plus chez les fibromateuses que chez les salpingiennes, plus après les appendicectomies à froid qu'après les opérations à chaud.

Rien dans ce que je dis n'est une objection dirimante. Mais, je crois que nous ne pouvons admettre l'idée du reflux portal que quand la démonstration en sera achevée.

De la prévention de la thrombose

Si je ne puis admettre encore les idées pathogéniques de M. Havlicek — et je m'excuse d'avoir été aussi net — je voudrais lui dire et proclamer ici quel immense service il nous a rendu en nous montrant les avantages de l'opération sous ultra-violets et sous infra-rouges.

Depuis avril — depuis une visite faite à Paschoud — je me suis astreint à opérer sous infra-rouge. J'ai joué la difficulté. Je n'ai fait cela au début que pour des choses graves : gastrectomie, laminectomie, ablation du rectum. J'ai été très impressionné : les malades étaient confortables, souffraient peu, certains n'avaient pas besoin de morphine, presque tous pouvaient vraiment sans effort se lever dès le deuxième ou le troisième jour.

C'est une belle chose que de voir un gastrectomisé, ayant subi une résection de 26 cm. de grande courbure, de 10 de petite, se lever dès le lendemain de l'opération et rentrer chez lui guéri au huitième jour, surtout quand on observe cela en série.

J'ai l'impression que l'opération sous infra-rouge est un immense progrès dans la chirurgie. Est-ce que cela atténue la virulence des infections ? Je ne sais pas.

Est-ce que cela prévient la thrombose ? Je ne le sais pas encore, mais il me semble que cela réduit très sensiblement la maladie post-opératoire.

De toutes façons, nous devons donc dire merci à M. Havlicek, et répéter le mot du sage Balthazar : Heureux, heureux, heureux celui qui, sous l'étoile de Schaltzar, a renouvelé l'aspect du problème de la thrombose veineuse !

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

L'alimentation de l'avenir [1]

Par M. A. HEMMERDINGER,
Agrégé ès-science physique

C'est une bien scabreuse entreprise que de prédire l'avenir. De quoi demain sera-t il fait ? même et surtout peut-être au point de vue scientifique... Je crois sage, avant de commencer mes prédictions, de vous rappeler, et de me rappeler à moi-même ce qu'écrivit autrefois un physicien fort connu dans un gros traité que j'ai eu entre les mains. Ecoutez plutôt :

« Quand on fait jaillir l'étincelle électrique entre deux « pointes de charbon, on obtient une lumière assez bril- « lante. Mais il est évident que ce phénomène n'est suscep- « tible d'aucune application pratique, et n'aura jamais « d'autre intérêt que celui d'une expérience de labora- « toire. »

Quand on relit cette prophétie, on se sent devenir très modeste. Aussi procéderai-je par étapes. Comment pouvons-nous prévoir que se nourriront les hommes dans un avenir très prochain ?

Nous nous moquons volontiers de nos prédécesseurs et sommes étonnés d'apprendre que Mme de Sévigné s'éclairait à la chandelle et mangeait le plus habituellement avec ses doigts. Et nous ne songeons pas assez que notre façon de nous nourrir fera de nous la risée du siècle prochain.

Ce sera la stupéfaction de nos successeurs, non pas d'apprendre ce que nous ignorons en fait de science alimentaire, mais de connaître l'extravagante différence entre ce que nous savons et ce que nous faisons.

Il y a donc un avenir possible et qu'il est très facile d'imaginer, c'est celui où tout ce que nous savons actuellement sera appliqué par tous. Et ce sera déjà une formidable révolution, aux inimaginables conséquences. Ce tableau d'avenir, il est aisé de le prévoir, puisque nous le connaissons, et je vais rapidement vous le brosser à grands traits. En voici les principales touches :

1° *Importance de la régularité des repas.*— Je dois à cette occasion vous citer de curieuses expériences récentes de Pavloff, savant dont je vous ai déjà précédemment parlé. Ses expériences prouvent, je vous le rappelle, qu'un aliment est d'autant mieux digéré qu'il plaît davantage, toutes choses égales d'ailleurs, bien entendu. Les nouvelles expériences dont je veux vous parler aujourd'hui concernent les réflexes conditionnels. Vous savez que lorsqu'on présente à un chien un aliment qui lui plaît, il s'établit immédiatement une abondante sécrétion d'un suc gastrique très actif, le suc d'appétit. On fait alors l'expérience suivante : en même temps qu'on présente la viande au chien, on joue au piano une certaine note, un la par exemple.

Au bout d'un certain temps, dès qu'on donne le la et sans plus présenter la viande, la sécrétion s'établit.

On a créé ce qu'on appelle un réflexe conditionnel. Il est même amusant de constater qu'une note différente ne provoque pas le réflexe.

Or, le *temps* est l'occasion d'un réflexe conditionnel assez vite établi. Autrement dit, quand le repas est présenté chaque jour à la même heure, la sécrétion psychique se produit régulièrement à cette heure-là même si le repas manque. On comprend immédiatement combien la digestion se trouve facilitée de ce fait que les repas ont lieu chaque jour à heure fixe.

2° *Fraîcheur des aliments.*— Ce point est très important dans une bonne alimentation. Nous nous intoxiquons chroniquement par l'ingestion d'aliments plus ou moins avariés, soit qu'ils aient attendu trop longtemps ou dans de mauvaises conditions avant d'être cuisinés, soit même qu'ils se soient avariés par mauvaise conservation après cuisson. Les œufs, le poisson, sont particulièrement fragiles et vite dangereux — en dehors bien entendu des intoxications aiguës toujours possibles. Les abats également. Puis viennent la viande, les légumes et les fruits. Tous ces aliments peuvent avoir des inconvénients assez sérieux même quand ils ne présentent pas encore au goût d'altération appréciable.

Cette question de la fraîcheur des aliments et de leur conservation est une des premières qui devraient être résolues tant par les Pouvoirs publics que par les particuliers. La diffusion des appareils à réfrigération y aidera grandement.

3° *Suppression des fraudes alimentaires.* — La lutte contre ces fraudes était pratiquement inexistante en France avant la loi de 1905.

C'est à cette époque qu'on mettait en vente des laits

(1) Conférence du cours d'hygiène alimentaire fait à l'Institut d'hygiène alimentaire.

écrémés, mouillés à 25, 30 et même 40 %, additionnés d'amidon ou de cervelle broyée.

Depuis 1905, ces fraudes grossières ont disparu, mais la fraude scientifique et plus atténuée sévit d'une façon féroce sur la santé publique.

Les laits sont mouillés et écrémés, le beurre falsifié, les bonbons et les gâteaux faits avec des ersatz d'œufs, de beurre, de sucre, ou des denrées avariées.

La fraude est insuffisamment pourchassée et les fraudeurs insuffisamment punis, même quand la loi est appliquée ; à plus forte raison quand des appuis politiques leur permettent d'échapper à la loi, ce qui est fréquent. Une action vigoureuse des Pouvoirs publics dans ce domaine pourrait apporter une sérieuse amélioration à la situation. Cette même action pourrait permettre d'avoir du lait *propre* et des denrées non-avariées.

Les deux paragraphes précédents supposent une action publique, c'est-à-dire bien problématique pour le moment. Les réformes qui suivent pourraient être réalisées individuellement :

4° *Plus grande consommation d'aliments crus* : fruits, salades, légumes même. Bien que les vitamines soient, au moins de nom, connues de tous ; bien qu'on entende sur les marchés les marchands d'oranges et de bananes crier leurs marchandises en ajoutant : « Mangez des vitamines », la consommation d'aliments crus est certainement insuffisante chez la plupart.

Sans aller jusqu'au crudivorisme intégral qui paraît être une erreur à en juger par les résultats que j'en ai vus, nous avons intérêt à consommer à chaque repas des aliments crus. Une pratique intéressante que je vous ai déjà signalée, consiste, pour chaque légume que l'on fait cuire, à en réserver une partie crue, que l'on râpe, et que l'on ajoute au plat cuisiné au moment de servir. Cette pratique augmente la saveur du plat, en même temps que la digestibilité.

Un aménagement mieux compris des transports permettrait de consommer à la ville plus de fruits alors qu'il s'en perd souvent des quantités à la campagne.

5° *Diminution de la consommation de la viande.* — Les hygiénistes ne sont pas d'accord sur le point de savoir si la viande est indispensable à l'alimentation humaine, ni même si elle est utile. Mais ils s'entendent tous pour affirmer que l'immense majorité des consommateurs en utilise trop, et qu'il y aurait un grand intérêt économique et hygiénique à réduire cette consommation, étant entendu qu'il est nécessaire de veiller à ce que l'alimentation azotée soit suffisante et non excessive, avec une proportion convenable d'azote animal, pouvant être fournie par le lait et le fromage aussi bien que par la viande, les œufs et le poisson.

6° *Suppression des poisons alimentaires* et notamment de l'alcool.

L'alcoolisme est un fléau qui cause en France de véritables ravages. Le jour où l'on aura vraiment compris l'hygiène alimentaire au point « de ne pouvoir plus ne pas y conformer sa vie », on se demandera comment les hommes ont pu si longtemps, de gaieté de cœur, se diminuer physiquement, moralement et intellectuellement.

Je n'ai pas besoin d'insister, je crois.

7° Enfin combiner ses menus, non d'après les hasards du marché, les goûts de la cuisinière, ou les principes immuables fondés sur une gastronomie d'ailleurs discutable, mais d'après les données acquises de l'hygiène alimentaire. Et cela ne veut pas dire qu'il faille jeter par terre toutes les vieilles habitudes, ni négliger la gastronomie, au contraire : Pavloff lui a tracé sa place scientifique.

Peut-être être vous déçus de la simplicité de ces règles, et ne voyez-vous par l'immense changement qu'apporterait leur application dans l'alimentation humaine. Je vous le répète pourtant, il s'agit là d'une véritable révolution, réalisable si l'on veut dans un avenir très proche, et d'une incalculable portée.

Si « tout bonheur que la main n'atteint pas n'est qu'un rêve », ce bonheur-là est une solide réalité. Il appartient en partie à mes auditeurs de la faire leur, mais j'ai tout de même le droit de rêver, et d'aller plus loin.

D'autres que moi l'ont fait. Wells a imaginé, dans sa machine à explorer le temps une humanité divisée en deux classes, l'une vivant à la surface de la terre, paresseuse et poétique, craintive, se nourrissant de fruits et de fleurs. L'autre, vivant sous terre, industrielle, féroce... et se nourrissant des timides herbivores de la surface.

Ce rêve là n'est pas réconfortant, et ne fait pas plus désirer d'être parmi les mangeurs que parmi les mangés.

Il me souvient d'autre part, d'un poème écrit il y a quelque quarante ans, à l'occasion de la Saint Charlemagne, par un de mes condisciples.

On y décrivait l'humanité future transformée par le fait que la nourriture y était devenue entièrement chimique, et n'avait plus besoin d'être digérée d'où la disparition du ventre, de l'estomac. L'être humain n'est plus qu'un énorme cerveau contenu dans une énorme tête, avec quelques tentacules destinées à faire mouvoir, les machines imaginées par le cerveau.

Encore une conception qui n'a rien de bien alléchant, et dont l'esthétique nous effrace un peu.

Alors quoi ?

Ce que je rêve pour après-demain ? L'humanité ayant découvert la nourriture idéale, fabriquée en série pour les jours ordinaires, et mise à la disposition de tous de façon à faire disparaître de nos cervelles le lancinant problème du pain quotidien, du nôtre et de celui de nos enfants. Bien d'autres problèmes pourraient utilement occuper le cerveau de l'homme, et bien d'autres raisons lui resteraient de penser et de souffrir ! Ce qui n'empêcherait pas à l'occasion les bons repas, la bonne chère, considérés comme des distractions, des plaisirs dont on pourrait se passer.

Serait-ce donc l'âge d'or, et ai-je ainsi répondu à la question que posait le titre de cette causerie : l'âge d'or est-il derrière ou devant nous ? Ne concluez pas trop vite.

Le passé n'existe que dans le souvenir qu'on en a, et c'est le présent. L'avenir n'existe que dans le rêve qu'on en fait, et c'est encore le présent. Mais le présent, disent les philosophes n'existe pas, puisque ce n'est que la ligne idéale de démarcation entre le passé et l'avenir.

« Le moment où je parle est déjà loin de moi ».

Qu'importe ? C'est vous qui n'existez pas, disait à Sylvestre Bonnard la gracieuse fée qui lui jetait à la figure des écorces de noisettes.

C'est vous qui n'existez pas, dirai-je au philosophe. L'âge d'or, c'est celui que nous vivons, riche des souvenirs du passé et des rêves de l'avenir. C'est ce présent que nous consacrons à rendre meilleur le sort de ceux qui viendront après nous.

Il est bon que *L'Homme, cet inconnu* ait été écrit parce que comme le dit Louis Gillet, on y voit l'âme humaine réintégrée dans ses droits au nom de la biologie. A nous, médecins, il fera aimer mieux ce mystère de la Vie, avec lequel nous sommes journellement aux prises, mystère dont nous ne savons quasi rien, et qui se résume encore aujourd'hui, pour notre esprit, dans l'éloquente tautologie de Bichat, plus célèbre que spécifiquement révélatrice : « *La vie est l'ensemble des forces qui résistent à la mort* ».

(L. DANEL. — A propos du livre d'A. Carrel, « L'Homme, cet inconnu », *Journ. des Sc. méd. de Lille*, 6 sept. 1936).

GYNÉCOLOGIE

La radiothérapie gynécologique

Tel est le titre d'un livre très récent (1) de M. R. Mathey-Cornat, radiologiste des hôpitaux de Bordeaux, médecin de la Fondation Bergonié (Centre anticancéreux), qui nous fait pénétrer dans ce domaine un peu spécial de la thérapeutique par les radiations en gynécologie, domaine qui jusqu'à ce jour avait été incomplètement exploré et dont certains d'entre nous, il faut l'avouer, ne possédaient que des connaissances assez fragmentaires. C'est le mérite incontestable de l'auteur dans un style clair, sous une forme très didactique, agréable à lire, que de nous faire connaître ces nouvelles possibilités qui ont reçu désormais la consécration de la clinique, ce dont son expérience témoigne à chaque page. La documentation de base en est très importante puisqu'elle repose sur les nombreux malades observés dans les services hospitaliers et au Centre anticancéreux depuis dix ans. Nous désirons marquer les tendances acquises et l'orientation qui s'ensuit pour la gynécologie si on la comprend dans un sens large, comme il se doit à l'heure actuelle.

***

La gynécologie n'est plus exclusivement chirurgicale. Des lésions non seulement fonctionnelles mais organiques de l'appareil génital féminin peuvent être soumises avec fruit à l'irradiation bien comprise ; l'irradiation peut doubler ou compléter dans certains cas l'intervention sanglante et dans nombre d'affections néoplasiques elle s'est même substituée dans des conditions que définit M. Mathey-Cornat, au cours de l'ouvrage, à la chirurgie. « Seuls des progrès techniques et biologiques de première importance, comme le spécifie l'auteur de l'Introduction, ont permis cette transformation radicale dans l'orientation thérapeutique. Il a fallu arriver à ces dernières années pour pouvoir juger sainement des résultats d'ensemble basés sur une expérience suffisante : l'organisation des Centres anticancéreux et des cliniques radiothérapiques, puissamment et rationnellement outillés, a permis cette ascension. » Certes, les progrès dans la voie de la radiophysiologie et de la radiophysique ne sont pas révolus, mais on peut affirmer, sans crainte de se tromper, que l'avènement des nouvelles méthodes a élargi le champ des applications cliniques et que l'avenir ne fera que développer les indications pourtant assez larges formulées dans ce livre.

Un autre trait de l'ouvrage, c'est qu'il n'envisage que la *radiothérapie*, c'est-à-dire la *curie* et la *roentgenthérapie*, à l'exclusion de la physiothérapie proprement dite dont l'étude eût entraîné trop loin. La radiothérapie, en effet, forme un tout, étant donné que très souvent radium et rayons X doivent être associés suivant des techniques qui varient et qui sont en constant perfectionnement. La mise au point de ces techniques, telles qu'on les applique aujourd'hui, a demandé beaucoup de temps et beaucoup d'efforts ; elle n'a pas sans avoir été génératrice d'incidents et d'accidents dont on connaît maintenant la prophylaxie et qui peuvent être presque toujours évités avec une dosimétrie correcte et totale du rayonnement. C'est dans cet esprit que sont écrites les pages relatives aux *fondements de la radiothérapie gynécologique*, pp. 11-60 et qui sont consacrées aux données radiophysiologiques, aux radio-sensiblités, à la technique générale de la curie et de la roentgenthérapie, aux techniques combinées (en association avec la chirurgie) et aux données cliniques.

Le domaine de la radiothérapie en gynécologie comprend non seulement les tumeurs et affections malignes, les plus difficiles à traiter parce qu'elles doivent mettre en jeu un appareillage puissant et complexe, mais encore les tumeurs et affections bénignes, en particulier celles qui sont sous la dépendance du fonctionnement des ovaires. En raison de la précision nécessaire du *diagnostic* avant tout traitement de cet ordre — la chirurgie ayant, si l'on peut dire, la supériorité de la laparotomie exploratrice possible —, l'auteur décrit avec soin les éléments cliniques, biologiques, histologiques, de chaque diagnostic, en tenant compte aussi de la radio-sensibilité. Les soins pré et post radiothérapiques, les contre-indications, l'évolution post-radiothérapique sont tout à tour envisagés dans leurs détails.

Au nombre des affections bénignes justiciables de la radiothérapie — radium ou rayons X ou les deux combinés —, l'auteur décrit successivement l'adénomyomatose utérine, l'endométriose et les endométriomes, les fibromyomes utérins, les ménorragies et métrorragies, pour finir par la stérilisation radiothérapique, radiothérapie et grossesse, radiothérapie et avortement. On comprend, à la lecture de ces chapitres, le mode d'action complexe des radiations de courte longueur d'onde, le mode d'action principal demeurant la castration définitive. La roentgenthérapie pénétrante par irradiations fractionnées a presque complètement supplanté la semi-pénétrante. Dans les fibromyomes, on peut dire que la technique est désormais bien réglée pour ceux qui s'y soumettent et que la chirurgie peut être parfaitement exécutée après les irradiations, dans le cas d'échec de celle-ci. Les résultats sont bons et se sont notablement ressenti du progrès des techniques, à tel point que pour beaucoup l'irradiation dans les fibromes constitue la méthode de choix. Mêmes progrès accomplis dans le traitement radiothérapique si délicat des ménorragies et métrorragies de causes bénignes auxquelles l'auteur s'est particulièrement attaché et dont il avait donné les résultats au Congrès de gynécologie de Salies-de-Béarn, en 1935. Ici, l'étiologie endocrinienne explique les succès fréquents de la physiothérapie ; il y a là une méthode à développer. Chacun des types de ménorragies exige une technique un peu particulière quant au dosage. Le chapitre de la stérilisation est une synthèse, il explique la stérilisation temporaire et la stérilisation définitive, la plus facile à obtenir.

La *radiothérapie glandulaire* s'adresse à certains troubles de la menstruation, à des troubles divers ; la radiothérapie s'adresse aussi à des affections vulvo-vaginales telles que la leucoplasie, les dyskératoses, l'eczéma, le prurit, la bartholinite chronique, certaines fistules, le prolapsus (curiethérapie, en pessaire), les métrites et cervicites. La radiothérapie des affections inflammatoires et de la tuberculose génitale sur laquelle M. Mathey-Cornat est un des premiers a avoir attiré l'attention en France et à avoir fourni des résultats probants et durables, constitue un chapitre nouveau riche en aperçus biologiques et cliniques.

Une des principales parties de l'ouvrage est évidemment celle qui traite de la *radiothérapie des tumeurs malignes de l'appareil génital de la femme*. Elle nécessite outre le puissant appareilllage, l'organisation des services et l'expérience du radiothérapeute. Les traitements durent plusieurs semaines, pendant lesquelles il faut observer de près les malades. L'irradiation peut être locale, loco-régionale, s'effectuer en pénétrante (à 200 kV), en ultra-pénétrante (à 300 kV et au delà) (1), en télécuriethérapie (foyers de 4 gr. et plus). L'irradiation directe, à l'aide de tubes protégés spéciaux, la malade étant en position gynécologique, le col bien centré avec un localisateur au plomb, est désormais possible : elle concurrencera peut-être la curiethérapie intra-cavitaire.

Si le cancer du col est la première des affections néoplasiques justiciable de la curie-roentgenthérapie qui est maintenant courante dans les cliniques bien outillées, d'autres cancers gynécologiques ont été traités avec fruit selon les techniques qui s'imposaient. A ce titre, les chapitres relatifs aux tumeurs

(1) R. Mathey-Cornat. — Radiothérapie gynécologique. Curie et roentgenthérapie. Un vol. de 370 p. avec 83 fig. 60 frs. Masson et Cie édit., 120, boulevard Saint-Germain, Paris, 1936.

(1) C. f. R. Mathey-Cornat. — Rapport au Congrès des médecins électroradiologistes de langue française sur « la radiothérapie à tension élevée », partie clinique. Paris, oct. 1936.

malignes de la vulve, du vagin, au cancer du corps, aux sarcomes de l'utérus, aux tumeurs d'origine placentaire, aux tumeurs malignes des annexes, séminomes, tumeurs de Krükenberg, ... sont à lire en entier. Pour chaque chapitre, un rappel historique, le diagnostic, la classification, la radiosensiblité, les indications et contre-indications du traitement radiothérapique, les techniques, les soins associés, les incidents et accidents, les résultats, statistiques, sont sucessivement décrits ; la conduite à tenir est exposée.

Les tumeurs et affections du sein, malignes et bénignes, inflammatoires même constituent la septième et dernière partie de cet ouvrage qui, en fait, représente un exposé à la fois tout à fait minutieux, original et clair de la thérapeutique gynécologique de nos jours, c'est-à-dire chirurgicale, radiothérapique ou radio-chirurgicale selon les cas. C'est le mérite de l'auteur d'avoir fait état de son expérience propre, de n'avoir décrit que les techniques qui ont fait leur preuve, en éliminant toute bibliographie inutile, de manière à permettre au lecteur d'aller droit au chapitre spécial ou général qui est susceptible de l'intéresser.

***

Médecins, chirurgiens, gynécologues qui, à d'autres titres que le radiologiste, s'intéressent aux nouvelles méthodes physiothérapiques, feront bien de scruter cet important ouvrage qui marque une étape nouvelle de la thérapeutique gynécologique. M. Mathey-Cornat était plus que tout autre, peut-être, indiqué pour l'écrire et pour nous faire mieux connaître et mieux apprécier cette radiothérapie qui doit être avant tout *clinique* pour être bien comprise.

Pr G. JEANNENEY.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine infantile

La sixième maladie, ou roséole infantile, ou exanthème subit ou mieux encore fièvre de trois jours avec exanthème critique, n'a pas attiré l'attention qu'elle mérite. Ce syndrome, se rencontrant chez des enfants en bas âge, la guérison, étant rapide, même sans traitement, on n'a que rarement l'occasion d'observer ces cas dans les hôpitaux.

La sixième maladie atteint de préférence les nourrissons et les petits enfants jusqu'à l'âge de 2 ans.

Après une *incubation* de trois à sept jours on constate une *fièvre* assez élevée, le plus souvent entre 39° et 40°, mais on a signalé des températures rectales jusqu'à 42°. La durée de la fièvre est régulièrement *de trois jours* et le plus souvent une *brusque défervescence* est signalée *le quatrième jour*. Néanmoins on a vu survenir la crise déjà le troisième jour ou même le huitième jour.

L'*état général* n'est généralement pas altéré. Mais on voit assez souvent aussi des enfants qui pleurent, qui dorment le jour et sont nerveux la nuit et qui se roulent dans leur lit. Ils sont très sensibles et il semble qu'ils ont de fortes douleurs. On a vu des enfants qui avaient des douleurs aux oreilles ou même très rarement qui montraient des signes de méningite séreuse. On a signalé des convulsions et même des évanouissements. Avec la crise, on a vu apparaître de la léthargie.

Le pharynx ne montre rien de particulier. On a signalé une hyperémie ; au voile du palais on a vu un enanthème à petites taches. Rarement les conjonctives sont un peu rouges et on a même vu une rhinite. L'otite moyenne est plutôt rare et très rarement on a observé une otite aiguë suppurée. On a décrit un peu de stridor, mais ni toux, ni complications pulmonaires. Tout au plus y a-t-il — très rarement — une légère bronchite. Rarement encore on a trouvé une rate augmentée, tandis que les ganglions sont normaux, excepté ceux de la nuque, qui sont parfois un peu sensibles, s'il y a une eu pharyngite. On a remarqué des troubles du côté du tube digestif, soit vomissements avec diarrhées, soit de mauvaises selles.

Le plus souvent, avec une brusque défervescence le quatrième jour, coïncide l'apparition d'un *exanthème*. Néanmoins celui-ci peut n'être visible que le cinquième jour. On a rarement signalé l'apparition prématurée le troisième jour aussi bien que retardée à un ou deux jours après la crise. L'exanthème commence par le tronc, surtout au dos, se composant de taches de 2 à 5 mm. de large, de couleur rose clair. Ensuite les mêmes éléments sont visibles à la nuque, au cuir chevelu, aux tempes, à la poitrine, à l'abdomen et aux membres. Au visage on ne trouve généralement que peu de ces taches. Si les membres sont pris, il y a des taches aussi bien aux faces d'extension qu'aux faces de flexion surtout aux jarrets. Parfois on constate une aréole blanche autour des taches. L'exanthème rappelle souvent celui de la rougeole et peut même avoir un aspect scarlatiniforme. On voit même parfois des éléments qui ressemblent à une urticaire. L'exanthème n'est visible que pendant douze à quarante-huit heures et ne présente jamais de desquamation.

En même temps la formule sanguine montre une leucopénie avec granulocytopénie.

Le *traitement* est facile, puisque le pronostic est toujours bon. Pendant la fièvre, des bains et trois fois par jour 0 gr. 2 d'acétylsalicylate de chaux suffiront. S'il y a des convulsions, donner des lavements d'hydrate de chloral (1 gramme pour 10 grammes de mucilage de salep) ou faire des ponctions lombaires.

(Jules-R. Dreyfus, de Berne. La fièvre de trois jours des jeunes enfants avec exanthème critique et granulocytopénie. [Sixième maladie]. *La Presse Médicale*, 18 juillet 1936.)

Chez les enfants de 6 à 10 ans, on constate une augmentation du pourcentage des cutiréactions positives à la tuberculine qui contraste avec une fixité relative du pourcentage des tuberculoses actives. Il y a cependant, au cours de cette période de quatre années, une augmentation passagère de ce dernier pendant la huitième année chez les filles, pendant la neuvième chez les garçons.

Pendant la septième année, les pourcentages des cutiréactions positives, des tuberculoses actives et à un degré moindre, des tuberculoses inactives, sont plus élevés chez les filles que chez les garçons.

Pendant la dixième année, les pourcentages des cutiréactions positives, des tuberculoses actives, des tuberculoses inactives sont sensiblement les mêmes dans les deux sexes.

(P. Nobécourt et S.-B. Briskas. Cutiréactions à la tuberculine chez les enfants de 6 à 10 ans. *La Presse Médicale*, 6 juin 1936.)

L'enfant entre souvent dans la voie morbide à la fois par l'infection dentaire et par la douleur de mastication, préludes des gastropathies. L'examen systématique, le pansement des dents malades et les soins donnés à la bouche peuvent arrêter l'enfant au seuil de la pathologie et sauver des milliers d'existences.

La carie dentaire doit être poursuivie avec le même soin que nous apportons à la surveillance des amygdales et des végétations.

(Docteur Georges Rosenthal. L'autre danger de la carie dentaire précoce. *Paris Médical*, 11 juillet 1936.)

Appendicite

La colique appendiculaire dont, selon Dieulafoy, le terme même devrait disparaître, paraît correspondre à une entité clinique que le médecin praticien a grande utilité à connaître.

Si, en effet, sous ce nom, on décrit ces cas qu'on trouve souvent quand on a l'attention attirée sur eux et qui se caractérisent presque exclusivement par une douleur brusque et brutale de la région appendiculaire, avec ou sans vomissement, sans fièvre et sans phénomènes toxiques ou infectieux ; — si l'on est persuadé, que ces crises de coliques peuvent être suivies d'accidents aussi graves que toutes les appendicites les mieux caractérisées, alors on n'hésitera pas à faire opérer les malades qui présentent ce syndrome, dès qu'on l'aura diagnostiqué. On obtiendra ainsi des résultats immédiats, toujours parfaits, car l'appendice n'a pas eu le temps d'être encore ni infecté ni infectant et l'on évitera toute une série d'accidents possibles immédiatement (complications multiples des appendicites) ou plus tard (appendicites chroniques sous toutes leurs formes).

Et ainsi, la connaissance exacte et complète de la colique


MEDICAMENTA VERA
P D & Co.


HALIVEROL
HALIBUT-LIVER OIL
WITH VIOSTEROL
PARKE DAVIS & CO
LONDON

appendiculaire, que Dieulafoy a réussi à rayer de la nosologie parce qu'il redoutait qu'elle empêche l'appendicite d'être opérée assez tôt, peut au contraire amener à une opération plus précoce.

(P. Castaigne. La colique appendiculaire de Talamon. Sa valeur clinique. *Journal Médical Français*, juin 1936.)

Il est fréquent de voir les reliquats d'une crise appendiculaire grave qui a eu le bonheur de guérir médicalement, se manifester seulement par des lésions discrètes du péritoine. — Celui-ci se défend et se répare merveilleusement, même après un abcès, même après une perforation dont un calcul stercoral intrapéritonéal reste le témoin. L'appendice lui-même se cicatrise, mais n'en reste pas moins malade, sujet à de nouvelles poussées inflammatoires aiguës : c'est un organe indésirable qu'il faut enlever et il y a lieu d'insister sur la nécessité (dans ces cas où l'opération n'a pu être faite à chaud) d'attendre trois mois après la fin de la crise, pour que les phénomènes inflammatoires aient complètement disparu.

(Professeur Paul Piollet, de Clermont-Ferrand. La *restitutio ad integrum* du péritoine après certaines appendicites aiguës. *Le Journal Médical Français*, juin 1936.)

Tuberculose

Quel rôle convient-il d'attribuer à l'hérédité et à la contagion dans la genèse de la tuberculose ? — On peut provisoirement proposer les conclusions suivantes :

1° L'hérédité existe, au double titre immunisant et prédisposant ;

2° L'immunisation acquise explique les tuberculoses bénignes et latentes ;

3° La contagion existe, et plus fréquente que les apparences ne l'indiquent ; mais, chez l'adulte de notre race et de notre pays, qui ne présente pas un terrain vierge et qui bénéficie d'une immunisation partielle, héréditaire ou personnelle elle est relativement rare. Et de ces conclusions découlent deux conséquences pratiques de la plus haute importance.

a) Les mesures prophylactiques, qui tendent soit à la suppression des foyers infectieux, soit à la protection des jeunes sujets, sont justifiées. Mais elles n'ont qu'une portée limitée : l'individu et surtout la race se défendent mieux par la lutte que par la fuite ;

b) Du fait de l'immunisation progressive, héréditaire et individuelle, la contamination directe *entre adultes* est rare. La phobie de la contagion tuberculeuse, qui exerce dans trop de milieux un désastreux effet, n'est donc pas justifiée, et les efforts des médecins doivent tendre à accréditer dans le public une notion juste de la contagiosité de la tuberculose, également éloignée d'une phobie panique et ridicule et d'une insouciance coupable.

(E. Dumarest. Sur le rôle respectif de l'hérédité et de la contagion dans la genèse de la tuberculose. *Le Bulletin Médical*, 30 mai 1926.)

Ce qu'il est permis de regretter, c'est que le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire, qui devrait rester l'exception, tend à devenir la règle. — En tous pays, les phtisiologues et surtout les médecins de sanatoriums, hypnotisés par l'idée de la mise au repos du poumon malade, ont généralisé la pratique du pneumothorax. L'opération de Forlanini est appliquée à tous les cas, même à ceux qui ne présentent que des lésions douteuses ou insignifiantes. Quand faire se peut, le collapsus est entretenu par des insufflations répétées pendant au moins trois ans. Maintenu durant tout ce temps sous une étroite surveillance médicale, le malade, même s'il va bien, ne risque pas d'oublier qu'il est tuberculeux ; à toute heure du jour, soit au sanatorium, soit ailleurs, il est tenu d'y penser, de se rappeler les risques possibles et les précautions nécessaires. A ce régime, s'il ne devient pas neurasthénique, il perd au moins toute initiative et toute volonté. Heureux encore s'il échappe à la phrénicectomie, à la thoracoplastie, à toute cette chirurgie du poumon dont l'étude occupe actuellement les trois quarts des revues consacrées à la tuberculose.

Alors que depuis plus de vingt ans les moyens médicaux ont repris la primauté dans le traitement des tuberculoses externes (autrefois dites chirurgicales) c'est l'inverse qui s'est produit pour la tuberculose pulmonaire : sous prétexte de mise au repos, on inflige au poumon, organe délicat entre tous, des traumatismes répétés, qui ouvrent la porte aux pires complications.

Quelques médecins, dont nous sommes, dit M. Barth, répudient ces exagérations, fruits d'une mode qu'ils espèrent passagère. Réservant le pneumothorax (et aussi le sanatorium) pour des cas spéciaux et somme toute exceptionnels, ils s'efforcent de reconnaître la tuberculose dès son début, et de la traiter avant qu'elle ait produit des lésions profondes. Ils usent pour cela des moyens que leur offrent l'hygiène et la pharmacodynamique et ils s'occupent avant tout du système nerveux, convaincus par expérience qu'un potentiel élevé et un moral solide sont les meilleures défenses contre l'invasion du bacille de Koch.

(Henri Barth. Réflexions sur les tendances actuelles de la phtisiothérapie. *La Presse Médicale*, 27 juin 1936.)

Pour les malades aisés, le sanatorium n'est peut-être pas indéfiniment indispensable, s'ils veulent bien s'astreindre, et surtout leur entourage, à une discipline aussi sévère que librement consentie ; mais pour les malades pauvres et indigents, le sanatorium est nécessaire. — Au passage « nous nous permettrons une remarque sans rapport direct avec notre sujet. La société a des devoirs envers ces derniers malades, mais ce ne devrait pas être sans contre-partie, à savoir : l'obligation pour eux de tout mettre en œuvre pour guérir. Cette obligation n'est pas respectée. Nous sommes écœurés, le mot ne dépasse pas notre pensée, devant l'inertie des Pouvoirs publics, seuls responsables, qui tolèrent, au nom d'une caricature de la liberté, l'anarchie, que de très nombreux malades, plus de la moitié de ceux qui relèvent des sanatoria des hôpitaux de Paris, pour ne citer qu'un exemple qu'il nous est donné de constater quotidiennement, sortent, sur leur demande expresse, après quelques jours ou quelques semaines, et ce, sans aucune raison, même d'ordre familial, la plupart d'entre eux étant étrangers, célibataires ou sans domicile fixe. Ils sortent parce qu'ils sont assurés d'un pécule de 10 à 20 francs au départ, et parce qu'ils savent que le lendemain, les portes d'un autre service s'ouvriront devant eux. Et ainsi en quelques années ils feront le circuit des hôpitaux et sanatoria de la région parisienne.

« Moralement, socialement, médicalement, de pareils abus traduisent une lâcheté inexcusable. »

(Roger Even. L'évolution actuelle du traitement de la tuberculose pulmonaire est-elle heureuse ? *Le Bulletin Médical*, 11 juillet 1936.)

Microbiologie

La notion de la pluralité des méningocoques est devenue classique ; elle s'est affirmée d'une façon éclatante pendant la guerre.

Il résulte des enquêtes bactériologiques poursuivies dans les régions où règne l'infection méningococcique, que les méningocoques les plus courants doivent être rapportés aux types A et B ; on peut y adjoindre le type C, bien que ses manifestations soient actuellement beaucoup moins fréquentes. Quant au type D, il est exceptionnel. Avec le recul des temps, et en raison de l'extrême rareté suivant laquelle il a été rencontré, on peut maintenant lui concéder un caractère d'aberrance.

A côté des types de méningocoques considérés comme classiques en raison de leur incidence la plus habituelle, on peut, sans même qu'on ait besoin de sortir de notre territoire, être appelé à observer des variétés aberrantes de méningocoques, spécifiquement différentes des types les plus connus. La pluralité de ces germes dépasse donc les limites observées à l'origine.

Suivant les régions, ces germes atypiques se montrent avec une fréquence variable ; généralement ils sont assez exceptionnels, mais ne peut-on admettre que sous des influences encore indéterminées, ils ne soient capables de créer pour leur propre compte des foyers épidémiques en rapport avec la spécificité qui leur est propre ?

Pareille éventualité s'est déjà produite en Roumanie : jusqu'en 1930, l'infection méningococcique était partagée à peu près également entre les types A et B, et était généralement facilement jugulée au point de vue thérapeutique par les antisérums correspondants. En 1930 la scène change, le sérum devient inefficace ; on en recherche la raison, on la trouve dans cette constatation imprévue, à savoir que l'étiologie spécifique s'était transformée, et que le méningocoque en cause appartenait au type D. Ce dernier, jusqu'alors exceptionnel, en Roumanie comme ailleurs, avait donc pris une virulence et une extension

inusitées. D'ailleurs la sérothérapie pratiquée avec un sérum anti-D fut couronnée de succès (Cantacuzène).

Il est d'un intérêt capital de connaître non seulement ces formes aberrantes, mais aussi la possibilité pour elles de se manifester d'une façon, soit sporadique, soit même épidémique. D'où la nécessité impérieuse d'en tenir compte en vue du diagnostic bactériologique, mais aussi et surtout de la sérothérapie, dont l'inefficacité ne saurait surprendre dans les cas où la spécificité microbienne se montre quelque peu différente de celle qu'on a l'habitude d'observer. D'où cette règle admise aujourd'hui par de nombreux auteurs, à savoir qu'il convient d'adapter la thérapeutique à l'étiologie spécifique de l'infection et de s'en inspirer pour la préparation du sérum et notamment le choix des antigènes qui doivent servir à son obtention ; mais pour atteindre ce but, il convient de suivre étroitement les modifications que peut subir dans une même région la flore méningococcique, par mutation microbienne ou par tout autre procédé.

(M. Dopter. Extension de la pluralité des méningocoques. *Paris Médical*, 27 juin 1936.)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Evolution de la médecine

Depuis 30 ans la médecine a bien changé.

On a assisté à la transformation des maladies. La chlorose, la malaria d'origine européenne, la colique saturnine, la rougeole de l'adulte, le muguet de l'adulte ont disparu.

La pneumonie franche est remplacée par des formes broncho-pneumoniques atypiques sous l'influence vraisemblable de la grippe, mais ceci ne nous semble pas une nouveauté, car Faisans le disait déjà il y a trente ans en affirmant que la grippe avait tué la pneumonie.

On a vu apparaître la dysenterie amibienne autochtone, la fièvre ondulante de Bang.

Les alcooliques sont aussi nombreux, mais il y a moins d'ivrognes.

Le suicide suit la mode ; le sublimé a été détrôné par les barbituriques. Nous n'avons qu'à nous rappeler la vogue que le gaz a eu en France à la suite du suicide (?) d'un homme politique très connu.

Le diagnostic nécessite maintenant l'intervention d'un nombre de spécialistes de plus en plus grand. Par contre, des examens, courants il y a trente ans, sont abandonnés : indol, scatol, cryoscopie urinaire, chimisme gastrique, tracés du pouls, périmétrie thoracique, cathétérisme œsophagien.

Les conceptions pathologiques ont également évolué. Le syndrome de Reichmann a disparu, l'ulcus duodénal est fréquent, l'aortite syphilitique n'est plus exceptionnelle ; l'abcès du poumon a remplacé la pleurésie interlobaire. Les perfectionnements de l'instrumentation ont permis de révéler l'hypertension et d'analyser les arythmies ; la précision des dosages chimiques autorise la séparation de la néphrite et de la néphrose ; l'hémoculture montre la banalité des septicémies : la culture des urines a donné l'essor à la colibacillose et la ponction lombaire a révélé la réaction méningée sans méningite.

On a fait des progrès en thérapeutique ; la transfusion est passée dans la pratique ; nous avons l'insuline, l'extrait de foie, les arsénobenzènes, les succédanés du camphre, l'acétylcholine. La saignée est de nouveau en faveur.

Par contre la sérothérapie a vu réduire son champ d'application et on a abandonné les lavages d'estomac en série, les vésicatoires, les pointes de feu.

On ne tient plus autant aux produits chimiquement purs, car l'on sait que les « impuretés » représentent une fraction de l'activité des alcaloïdes et glucosides.

Ces *rétrospectives* sont d'un grand intérêt et inciteront les médecins à la modestie : *Multa renascentur quae jam cecidere...*

(M. Roch. Trente ans de progrès et quelques regrets. Société médicale de Genève, 6 novembre 1935. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 25 mai 1936.)

Nous aussi nous regrettons d'avoir trente ans de plus ou de trop et de ne pouvoir parcourir le petit traité de pathologie des débutants de 1966 ; mais ce sont là regrets stériles et voyons comme les considérations précédentes sur la grippe et la pneumonie trouvent un écho dans l'étude de Duprez sur la broncho-pneumonie prolongée :

« Le tableau clinique des pneumopathies aiguës que nous observons actuellement ne ressemble guère aux descriptions classiques de la pneumonie franche et de la broncho-pneumonie. Il est certain que, depuis les grandes épidémies de grippe qui ont marqué la fin de la guerre, les cas de pneumonie franche sont devenus exceptionnels. Les affections respiratoires aiguës, observées au cours des épidémies saisonnières, ne peuvent, en effet, être classées dans le cadre de cette maladie, dont souvent elles n'empruntent que l'un ou l'autre symptôme. Elles sont réalisées par des complexes lésionnels où prédominent des réactions de splénisation, d'œdème aigu infectieux et souvent aussi d'infarctus hémorragique, et auxquels paraît mieux s'appliquer le terme de broncho-pneumonie. Mais ces broncho-pneumonies sont d'aspect tellement variable, l'étendue des lésions, uni ou bilatérales, l'intensité des phénomènes fonctionnels, la nature des signes physiques, l'évolution et la gravité de la maladie varient de telle sorte qu'il a été jusqu'à présent impossible d'en donner une classification satisfaisante. L'examen radiographique de ces états pulmonaires aigus, qui a été poursuivi systématiquement par certains cliniciens, a apporté assurément quelques notions nouvelles, mais encore trop inconsistantes pour nous permettre une vue synthétique de la question. »

(Ch. Duprez. La broncho pneumonie prolongée. *Scalpel*, 23 mai 1936.)

L'évolution de la médecine ne se se fait pas toujours dans le sens du progrès ; J.-W. Linnell et Clifford Hoyle se chargent de nous rappeler à l'ordre en signalant le *mésusage* (nous pensons que ce vieux mot du XVI[e] siècle est celui qui traduit le mieux le *misuse* anglais et sans doute n'est il pas déplacé dans une rétrospective) des agents qu'une thérapeutique généreuse met à notre disposition.

L'alcool n'est pas un stimulant, mais bien un sédatif, à la condition de ne pas exagérer les doses. Il est recommandable dans les états anxieux ou fébriles et il possède une action réelle dans la pneumonie.

Les purgatifs sont donnés à tort ou à travers, aussi bien par les médecins que par les profanes. Ils ne faut pas oublier qu'ils sont irritants et qu'ils peuvent faire plus de mal que de bien, quand ils ne sont pas dangereux ; c'est ainsi qu'une appendicite légère peut devenir explosive (*fulminant*) sous l'influence d'une purgation intempestive.

La quinine a une valeur thérapeutique précise dans la malaria. Malheureusement on l'utilise encore pour abaisser les températures élevées ; elle agit alors par ses effets toxiques sur le métabolisme et l'activité leucocytaire.

Les vaccins représentent une des plus sérieuses désillusions de notre génération ; ils passent actuellement pour n'avoir aucune influence sur une maladie déclarée ; ils n'auraient qu'une valeur préventive. Cette affirmation semble bien répondre à l'opinion générale actuelle, ce qui ne veut pas dire, à notre avis, qu'elle soit entièrement justifiée ; il nous semble que les quelques succès éclatants constatés sont dus au fait que les vaccins n'ont pas le temps d'agir sur les bacilles d'entrée, mais qu'ils ont par contre le temps de prévenir les dégâts graves et persistants, dus aux bacilles de sortie. Comme toujours il faut partir à temps.

Le calcium, que l'on prescrit à tout bout de champ, pour un oui ou pour un non, n'agit qu'à des doses énormes, 5 gr. de lactate par exemple ; il faut prescrire 2 gr. en injection, intramusculaire ou intraveineuse ; le calcium n'a aucune efficacité dans la tuberculose évolutive.

Ces opinions nous montrent bien que les deux éminents thérapeutes anglais ne s'en laissent point conter et il faut les en féliciter.

(J.-W. Linnell et Clifford Hoyle. Further examples of the misuse of common remedies. *Practitioner*, août 1936.)

J. Lafont.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Traitement de l'hydrocèle vaginale par les injections de chlorhydrolactate double de quinine et d'urée

La ponction évacuatrice suivie d'injection modificatrice doit être appliquée aux hydrocèles essentielles et à celles qui surviennent à la suite d'un noyau épididymaire fibreux. Elle est à rejeter dans les hydrocèles vaginales évoluant parallèlement à une tuberculose génitale ou au cours d'une épididémite aiguë de quelque nature qu'elle soit.

L'iode, l'acide phénique, le formol, le sublimé, le chlorure de sodium et même les vaccins ont été utilisés comme agents actifs. Ces procédés ont l'inconvénient de provoquer des réactions inflammatoires qui immobilisent le malade pendant plusieurs jours.

Le chlorhydro-lactate double de quinine et d'urée en solution à 30 % a l'avantage d'être d'un maniement facile. Il ne s'accompagne pas de douleurs ou tout au moins de très faible intensité. Telles sont les conclusions de M. Monrose. (Thèse de Paris, 1936.)

L'épreuve pancréatique à l'huile iodée

M. Cheramy a imaginé de faire ingérer au malade une quantité connue d'huile iodée (lipiodol) et de doser ensuite l'iode éliminé par les urines.

Le sujet, qui n'est soumis à aucune régime spécial, ingère le matin, à jeun, une quantité d'huile iodée correspondant à une dose connue d'iode. Le volume des urines de vingt-quatre heures est soigneusement mesuré et le dosage de l'iode est effectué sur un échantillon. En pratique, dit M. Ch. Molisen Mazaker (Thèse de Paris, 1936) il faut considérer que pour les sujets normaux, chez lesquels l'analyse coprologique indique clairement une bonne utilisation des graisses, l'index iodé pancréatique varie de 55 à 61.3.

Chez les sujets dont l'indice iodé pancréatique est supérieur à 55 l'analyse coprologique révèle constamment la déficience du pancréas.

Enfin les malades qui ont un indice iodé pancréatique inférieur à 40, ont toujours, à l'analyse coprologique l'ensemble du symptôme que l'on attribue communément à la déficience de la fonction exocrine du pancréas.

Traitement de certaines anuries par l'adrénaline

M. N.-B. Bejslechem (Thèse de Paris, 1936) rapporte cinq cas d'anuries sécrétoires accompagnées d'une chute de la pression artérielle ou les injections d'adrénaline ont rétabli la diurèse.

L'adrénaline doit être administrée à hautes doses ; en injections intra-musculaires, quotidiennes de deux ou trois ampoules dosées à un milligramme, et par prises buccales de LX à C gouttes par jour.

L'âge avancé, la sclérose vasculaire modérée, la présence d'extra-systoles, ne constituent pas de contre indications dans l'emploi de l'adrénaline dans le traitement des anuries avec fléchissement de la tension artérielle.

Coma urémique chez un adolescent première manifestation clinique d'une néphrite chronique grave associée à des troubles endocriniens

Il faut remarquer dans ce cas :

1° Le début brutal par un coma, chez un jeune homme en bonne santé apparente.

2° La gravité de la néphrite, que décelait ultérieurement l'étude du fonctionnement rénal, et qui contrastait avec l'amélioration clinique.

3° L'existence d'un infantilisme.

L'association de ces troubles endocriniens avec une néphrite chronique grave survenue chez un adolescent, sans étiologie précise, permet du point de vue clinique de ranger ce cas dans les syndromes de « brightisme précoce ». (Vires, Baumel et Serre. — *S. des S. M. et B. de Montpellier et du L. Med.*, s. du 29 mai 1936.)

Syndrome de Landry cliniquement primitif

Il s'agit d'une observation de syndrome de Landry myélitique, qui s'est manifesté par une quadraplégie flasque avec paralysie facio-linguo-vélo-palatine unilatérale, à évolution ascendante et rapidement mortelle.

A remarquer : l'absence d'étiologie précise ; le début d'emblée paralytique et l'évolution apyrétique ; la prédominance des lésions sur les cornes antérieures de la moelle.

Comme dans tous les cas de syndrome de Landry primitif, la question se pose du rôle de la maladie de Heine-Medin. (Vires et Serres. — *S. des S. M. et B. de Montpellier et du L. M.*, s du 29 mai 1936.)

Justification des traitements médicaux du glaucome chronique

Du moment qu'on admet la légitimité du traitement à la pilocarpine, tant que l'opération ne s'impose pas, il n'y a pas de raison de condamner, à condition qu'ils restent prudents, les essais de traitements médicaux du glaucome chronique. L'examen général, montrant le grand nombre d'altérations organiques ou fonctionnelles qui existent chez ces malades, justifie des recherches qui ne se traduisent encore que par des résultats imparfaits, mais dont l'avenir montrera la valeur. (Gallois. XLIXe Congr. de la S. fr. d'Ophtalmologie).

Suffocation accidentelle au cours de l'absorption d'un gâteaux

A la Société de médecine légale de France (20 avril 1936) MM. Piédelièvre et Derobert ont rapporté l'observation d'un sujet d'une cinquantaine d'années ayant absorbé coup sur soup des gâteaux légers ; le premier le fut sans difficulté, le second, selon l'expression d'un témoin, n'a pas « voulu passer ». La perte de connaissance fut rapide ; le sujet mourut à l'arrivée à l'hôpital. L'autopsie montra que le second gâteau, non mâché, s'était coincé dans la partie supérieure de l'œsophage et avait bouché, par un prolongement supérieur, l'orifice du larynx. Un point intéressant de l'autopsie était l'existence d'un petit rétrécissement œsophagien qui avait arrêté la masse alimentaire dans sa progression.

Gangrène gazeuse après injection médicamenteuse

Décès par gangrène gazeuse à la suite d'une injection souscutanée de sérum de Heckel, chez un sujet en état de mal asthmatique.

A ce propos MM. L. Rimbaud, G. Anselme-Martin, L. Gondard et Diacono (*S. des S. B. et M. de Montpellier et du Lang. M.*, 19 juin 1936) rappellent la mise au point sur la question du Docteur Touraine et insistent sur l'intérêt de ces cas malheureux du point de vue médical pur et médico-légal.

Guérison d'un abcès du poumon par le benzoate de soude intraveineux

Dans un cas d'abcès du poumon, MM. Carles et Massière (*S. de. Méd. de Bordeaux*, février 1936) ont obtenu un bon résultat au moyen d'injections intra-veineuses de benzoate de soude.

Il s'agissait d'une femme de 40 ans, présentant un abcès du poumon droit, au niveau de la fosse sous-épineuse. Des injections intraveineuses d'alcool à 10 p. 100 (15 c. c.), puis des injections intramusculaires de soufre colloïdal furent administrées sans succès.

On fit alors des injections intraveineuses quotidiennes de 20 c. c. d'une solution de benzoate de soude à 20 p. 100, suivant la méthode de Goldkorn. La température, qui était élevée, disparut après la treizième injection. Retour de l'appétit, disparition de la toux et des crachats.

Une radiographie, pratiquée un mois après, montre l'image cavitaire débarrassée de son niveau liquidien : la plage d'opacification périphérique est moins dense. Depuis lors, l'amélioration se maintient.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire, elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE.

La femme et le vin. Le vin dans l'esthétique féminine. (*Extrait de la communication de Mlle le Docteur Poudensan, Congrès des médecins amis du vin*, Dijon, 20 septembre 1936.)

Le vin paraît être un sujet de monopole exclusivement masculin.

Il a un père, Noé ; un dieu, Bacchus qui eût lui-même un père nourricier, Silène ; il n'est rien de féminin dans sa généalogie.

Bien pis, le vin précieuse liqueur destinée aux dieux, aux héros, aux hommes et même aux morts, en libations ou en offrandes resta longtemps interdit aux femmes comme aux enfants. Les femmes remplissaient les coupes qui passaient loin de leurs lèvres. Elles ne pouvaient pas plus prétendre à un verre de vin qu'à une âme.

Les temps ont changé. Le persévérant féminisme réclame sa juste part de boisson. Je dis sa juste part afin de vous rassurer sur la sage mesure de nos prétentions.

Je voudrais préciser la nécessité d'une ration physiologique du vin d'une part, d'autre part détruire les préjugés sur les prétendus méfaits du vin dans le cadre pathologique.

Prenons la femme en son printemps, je veux dire jeune fille.

L'écolière, sous des prétextes divers, irritabilité du caractère, fragilité du système nerveux est souvent condamnée à l'eau par sa famille soucieuse de sa santé, ou par la directrice du pensionnat que guide une raison d'économie. Cette privation de vin est une faute d'hygiène alimentaire et générale. La jeune fille, plus particulièrement celle qui est soumise au régime sédentaire de l'internat a besoin d'une ration quotidienne de vin.

Elle est à l'âge des anémies faciles et redoutables, du lymphatisme avec ses disgrâces, ganglions, pâleur, bouffisure, engelures, à l'âge des déformations osseuses, des déviations, des fatigues dues à la croissance, des caprices de l'appétit, de l'inquiétude et du trouble de l'adolescence, aux troubles et aux exigences pubertaires.

Le vin par ses divers éléments : vitamines, tanin, matières minérales, etc., est un médicament préventif de ces divers états.

En outre « le vin pris chaque jour à dose raisonnable excite doucement les qualités intellectuelles » a dit le Professeur Arnozan. A cette période scolaire il est donc tout indiqué de fournir ce facteur adjuvant au travail. D'une enquête faite par le Docteur Dougnac sur 20.000 jeunes filles environ, dans la région bordelaise, il résulte que les meilleures élèves sont celles qui boivent du vin. L'auteur conclut : « Nous affirmons que le vin ne diminue en rien la valeur intellectuelle de l'individu, et par conséquent de la race, et même qu'il l'augmente ».

Les Professeurs Dieulafé, Cruchet, le Docteur Cadenaule abordant les indications du vin pour l'enfant ont fixé les quantités à leur attribuer.

Aux années de classe succèdent les années de travail. L'usine, l'atelier, frappent un grand nombre de jeunes filles, organismes frêles encore soumis à une existence pénible, rude par le surmenage qu'aggravent les privations.

Dans ce cas la femme pêche plutôt par excès que par insuffisance. Entraînée par ses camarades, déprimée par l'effort intense qui lui est demandé, obligée d'absorber hâtivement un nombre insuffisant de calories dans une cuisine mal préparée et réduite, elle est encline à dépasser la dose raisonnable de vin. Ce fait est un résultat indirect de la guerre. La femme, autrefois chez elle était plus sobre. Accomplissant le travail des hommes, mêlée à eux, disposant de plus d'argent les femmes ont cédé à la contagion de leurs habitudes. Au dire de confrères exerçant à la campagne, les paysannes se sont adonnées au vin tandis que dans les villes, selon les milieux, l'alcool et le cocktail ont fait leurs ravages.

Il est bon de leur indiquer des doses maxima et de les prévenir du danger du vin absorbé dans les conditions défectueuses (entre les repas, dans des lieux malsains).

La question est un peu différente pour les femmes qui fournissent un travail physique au grand air, travail des champs, sport. Leur régime alimentaire peut et doit comporter des quantités plus élevées de vin. Son usage augmente le rendement de la machine humaine, par sa valeur nutritive et son action excitante des tissus neuro-musculaire. Cette augmentation de puissance musculaire, doublée de l'euphorie provoquée par les composants du vin dictent l'opportunité de son emploi chez les sportives.

D'autant plus qu'actuellement les femmes pratiquent presque tous les sports masculins, et parfois participent à des compétitions mixtes (tennis). De plus l'usage régulier du vin dans l'alimentation évitera le dopping de la dernière heure fait le plus souvent avec de l'alcool : cognac, apéritif.

Après la jeune fille bondissant pour saisir la balle rapide, nous voyons s'avancer, lourde de ses espérances, la future mère de famille. Devons-nous lui recommander ou lui supprimer la boisson reconnue saine et hygiénique par Pasteur et tant d'autres de nos maîtres respectés ?

Les raisons abondent de lui prescrire du vin, toujours à doses modérées s'entend et rationnelles ; c'est-à-dire environ 0 l. 50 à 0 l. 60 de vin à 10 degrés par jour et aux repas, rouge de préférence. Il aidera à lutter contre la déminéralisation, la décalcification propre à la grossesse que traduisent très tôt les

caries dentaires, et plus tard les dystrophies osseuses d'autant plus graves qu'elles portent avec prédilection sur la colonne vertébrale et le bassin.

Il interviendra comme tonique, apéritif, eupeptique dans cet état où le dégoût alimentaire se complique souvent d'asthénie, de dépression générale et morale dans les cas de vomissements de la grossesse les vins mousseux, de Champagne ou gazéifiés sont le plus souvent tolérés et deviennent un tonique, un aliment de remplacement et d'attente. Il sera utilement ordonné, à l'encontre de ce qui a pu être admis autrefois, dans des cas d'albuminurie, de diabète auxquels prédispose la maternité.

Je m'en réfère à l'étude du Docteur Weissenbach qui n'hésite pas à écrire : « Le vin est le pain du diabétique, et qui propose dans le traitement du précoma diabétique susceptible de survenir dans des conditions favorisantes telles que la grossesse.

« Après la primordiale insulinothérapie donner largement au malade des liquides, eau, jus de fruits, bicarbonatés de vin sucré. »

Enfin l'heureuse influence du vin sur les infections colibacillaires trouve sa place incontestable chez la femme enceinte.

Son rôle hygiénique, protecteur, ne s'arrête pas là. Les travaux du Professeur Cruchet ont insisté sur le rôle phylactique du vin. Nous ne savons pas si la bonne vieille bouteille apportée par le parrain n'aide pas à préserver la récente accouchée des infections sournoises qui la guettent, autant que le flot d'antiseptiques dont on l'inonde (streptococcie, phlébite, abcès du sein). N'est-ce pas cette liqueur réconfortante qui l'aide à résister et lui vaut ses brèves et joyeuses relevailles, qui la rend sans convalescence prolongée aux soins de sa maison, de son mari, et à sa nouvelle tâche : son enfant qu'elle va nourrir. Voyez toute la portée en économie ménagère et sociale d'un peu de vin pris à propos.

Pendant la période de lactation, la mère bénéficiera encore d'une quantité raisonnable de vin, sans inconvénient pour l'enfant, au contraire le plus souvent.

Ainsi tout au long de sa vie physiologique la femme peut recourir utilement au vin. De par sa composition maintenant bien étudiée, il est susceptible de lui offrir des avantages déterminés scientifiquement selon les diverses circonstances.

Mais surviennent les maux qui vont détruire la belle harmonie de l'individu adapté à sa tâche et à son régime.

Un long cortège de maladies défile plus menaçant pour les femmes que pour les hommes. Car l'atteinte de la santé s'accompagne presque toujours de manifestations extérieures. Or les conditions actuelles de la vie exigent d'elle non seulement de la robustesse, des aptitudes reconnues, mais encore un coefficient presque majeur d'agrément physique.

Dans la vie domestique, professionnelle ou sociale, l'importance de l'esthétique féminine va croissant. Il ne s'agit plus pour la femme d'une simple question de coquetterie, de satisfaction vaniteuse, c'est une question vitale.

C'est de ce point de vue un peu particulier, le vin dans l'esthétique féminine, que je me placerai pour examiner le rôle du vin dans quelques états de maladie.

La femme malencontreusement atteinte cherche un coupable. Comme sur le baudet de la fable c'est sur le vin qu'elle crie haro, et le voilà banni de la maison. Le médecin en un temps n'a-t-il pas dressé cet épouvantail ? Est-ce à tort, est-ce à raison ? Est-ce que le consommateur du vin à dose normale est responsable des méfaits qu'on lui impute, est-il réellement préjudiciable dans certaines affections, ou sommes-nous en présence de calomnies que nous devons balayer ?

J'envisagerai tout d'abord les maladies de la peau, les plus fertiles en disgrâces physiques.

Il y eut une période où dans ces cas le vin a été frappé d'un ostracisme total. N'était-ce pas le fait d'une connaissance insuffisante de ces affections, de leur origine, de leur nature ?

Interdire absolument le vin à tout eczémateux par exemple paraît pour le moins abusif. Nombreux sont les eczémateux abstinents, beaucoup de personnes boivent du vin qui ont l'épiderme intact. J'ai vu des adolescents acnéiques qui ignoraient le goût du vin, et des visages de sobres demoiselles hydrophiles striés de couperose, des nez qui ne s'étaient jamais penchés sur un verre de vin turgescents et variqueux.

J'en appelle aux dermatologistes plus qualifiés que moi pour faire le point en ce chapitre.

Les affections osseuses et articulaires constituent une source importante de tares physiques. La cause la plus fréquente des déformations osseuses et de ses conséquences est le rachitisme. L'excellent effet du vin, riche en vitamines est déjà établi, de même que dans la tuberculose osseuse, coxalgie, maux de Pott, comme préventif et adjuvant thérapeutique.

Dans la goutte, le rhumatisme, le Docteur Weissenbach a démontré le rôle de l'emploi judicieux du vin. Il l'a véritablement réhabilité dans des cas où il était aveuglément proscrit.

D'autres états organiques ou fonctionnels nuisent à l'esthétique féminine. Je citerai les dyspepsies, les troubles hépatiques qui flétrissent le teint, tirent les traits, ternissent le regard et altèrent l'humeur, le diabète qui fait fleurir à profusion les furoncles. Une malade se lamente d'être maigre et l'autre d'être obèse, l'une d'être pâle et l'autre d'avoir des bouffées de chaleur.

Enfin, c'est le mari qui se plaint de sa femme nerveuse et acariâtre, car le charme féminin ne réside pas seulement dans la forme du visage, mais dans la grâce et l'équilibre intérieur.

Qu'il s'agisse des troubles de la nutrition, des troubles mentaux, des troubles dus à l'âge, il est très peu de cas qui commandent l'abstinence. Je n'insiste pas sur le détail des prescriptions, pour éviter des redites.

Les nombreuses communications et travaux antérieurs permettent aux médecins de conseiller utilement le vin ; au lieu de formuler une défense inconsidérée, de l'ordonner à bon escient en tenant compte de la gamme variée dont nous disposons. Nous devons déjà au Docteur Eylaud un codex œnothérapique des vins de Gironde. Nul doute que toutes les grandes régions vinicoles nous précisent de même les qualités thérapeutiques de leurs produits.

En reconnaissance des services qu'il rend la femme a des devoirs à accomplir à l'égard du vin. C'est à la maîtresse de maison qu'incombe l'approvisionnement de la table. Elle doit s'intéresser à la boisson, régler l'usage du vin pour ses enfants avec discernement selon leur âge, pour son mari suivant son travail et sa santé. Elle doit apprendre à en connaître la qualité, à en fixer le choix selon les mets, à composer un menu où l'alliance opportune des vins et les plats fera apprécier au mieux les uns et les autres pour la satisfaction du palais, de l'esprit, et de l'estomac, car sur ce point il est trop passé dans les mœurs que l'homme gère la cave et la femme la cuisine. Elle doit reprendre tous ses droits et devoirs.

Elle ne doit pas écarter une conversation sur le vin, comme

vulgaire et indigne d'elle, et à l'occasion ne pas dédaigner d'être sa propagandiste éclairée. Elle doit savoir en boire sans aller jusqu'à l'ivresse chantée pourtant si magnifiquement par M. de Loureiro, mais en restant dans l'euphorie qui rend le cœur indulgent, l'esprit pétillant, l'imagination vive, la serviabilité plus exquise, l'âme plus poétique. Elle doit savoir le faire boire et pour mieux le faire goûter s'appliquer à sa présentation. L'art féminin qui rend la table accueillante et élégante prépare et augmente le plaisir de la dégustation. Il ne restera plus à l'homme qu'à se défendre contre cette forme de séduction, instruit par la triste histoire de Judith et d'Holopherne.

Antommarchi, dernier médecin de l'Empereur. — *Le Docteur Paul David qui vient de consacrer une importante étude à Antommarchi* (JOURN. DES SC. MÉD. DE LILLE, 6 septembre 1936) *est loin d'avoir sur l'anatomiste italien une opinion aussi favorable que le Docteur de Mets dont on a pu lire ici-même l'article publié par lui il y a quelques mois.*

Le rôle du médecin est fini, dit le Docteur David, après avoir rappelé le rôle joué par Antommarchi auprès de Napoléon, mais celui de l'anatomiste commence : c'est le seul qu'Antommarchi ait su tenir correctement à Sainte-Hélène.

Quoiqu'on en ait dit, il ne fut pas question d'embaumement. Les aromates nécessaires manquaient d'ailleurs vraisemblablement à Sainte-Hélène. L'autopsie fut fixée au 6 mai, à 2 heures de l'après-midi. Elle eut lieu en présence du comte Bertrand, du comte de Montholon, de l'abbé Vignali, de Marchand, Pierron et Ali, des Docteurs Shortt, Mitchell, Arnott, Burton, Henry, Rutledge et Livingstone. Antommarchi procéda, avant d'ouvrir le cadavre, à un examen complet du corps et à de minutieuses mensurations. Ces précieuses indications sont très fidèlement et clairement notées dans son compte rendu ; il y a même ajouté un examen craniologique, suivant la méthode de Spurzheim et Gall, qu'il avait étudiée. Puis il ouvrit le corps et le disséqua fort adroitement. Il observa, au sommet du poumon gauche, les traces d'une tuberculose ancienne. L'estomac était perforé au niveau de la petite courbure, à trois travers de doigts du pylore, et adhérait fortement au foie qui obturait la perforation. Le pourtour de l'orifice était induré et squirreux, d'aspect indubitablement cancéreux, dit Antommarchi. L'examen du foie souleva parmi les médecins une vive discussion : au moment où l'opérateur le prit, Shortt observa qu'il était grossi, mais les autres assistants, et en particulier Burton, protestèrent. Arnott affirma qu'il paraissait normalement gros, comme celui d'un homme de l'âge du « général Bonaparte ». Le Docteur Mitchell n'y trouva rien d'extraordinaire non plus ; M. Rutledge dit que, certainement, il n'était pas enflé, ce qui n'empêcha pas Shortt d'affirmer à nouveau : « Il est enflé. » Antommarchi mit fin à la discussion en fendant l'organe : « Il est bon, parfaitement sain et n'a rien de particulier », dit-il, et il mit ses confrères d'accord en précisant qu'il était *gros*, mais non *grossi*.

Ayant examiné un à un tous les organes, Antommarchi, fort en train et qu'aucun respect ne bridait, aurait voulu examiner le cerveau. Bertrand et Montholon s'y opposèrent : ils étaient écœurés et ne voyaient là qu'une inutile profanation. On préleva donc le cœur et l'estomac, qui furent scellés dans des vases d'argent, et le Gouverneur ordonna qu'on les plaçât dans le cercueil.

Tous les amis de Napoléon souhaitaient conserver un souvenir de ses traits. Lowe proposa donc à Antommarchi l'aide du Docteur Burton pour mouler le visage de l'Empereur. Mais Antommarchi déclina l'offre, pensant faire l'opération lui-même ; il dut y renoncer, n'ayant pu se procurer qu'un peu de plâtre inutilisable. Burton, cependant, n'avait pas abandonné son projet. Comme des marins lui avaient signalé un gisement de gypse dans un îlot, au nord de Saint-Hélène, il s'y rendit dans la nuit du 6 au 7, par une mer périlleuse, recueillit, à la lueur de torches, ce qu'il put trouver de gypse, le calcina, le broya et obtint ainsi du plâtre gris, mais utilisable. Quand Burton fut de retour à Longwood, Napoléon était mort depuis 40 heures ; déjà les chairs s'affaissaient, le masque du Premier Consul, qui avait tant impressionné les fidèles amis de l'Empereur, après sa mort, s'altérait. Antommarchi voulut d'abord s'opposer au moulage, mais Burton le tenta néanmoins et le réussit si bien que le Corse peu scrupuleux se ravisa et s'appropria le moulage en relief avant de quitter Sainte-Hélène.

Il nous est impossible d'entrer ici dans le détail des controverses que soulève encore le diagnostic de la maladie dont mourut Napoléon. Signalons seulement que la thèse du cancer semble bien affaiblie aujourd'hui. Les travaux des Docteurs de Mets et Abbatucci, s'appuyant sur l'examen histologique du Docteur Keith, permettent, semble-t-il, d'affirmer le diagnostic d'*abcès amibien du foie*. Le livre récent du médecin général Brice confirme fort habilement cette opinion par l'étude quotidienne de la maladie de Napoléon. La discussion véhémente qui accompagna l'examen du foie, au cours de l'autopsie, laisse un doute invincible sur l'intégrité de cet organe. Les Anglais avaient trop intérêt à soutenir la thèse du cancer pour ne pas l'avoir fait par tous les moyens ; Napoléon lui-même leur avait inconsciemment fourni l'argument de l'hérédité : il craignait d'être atteint du squirre de son père, tout en accusant le climat « mortifère » de Sainte-Hélène d'avoir miné sa santé. Antommarchi, en rédigeant, son procès-verbal d'autopsie, n'a donc vraisemblablement fait qu'obéir à la consigne du Gouverneur : l'estomac seul était malade et le foie s'avérait intact. Jusqu'au bout, le médecin corse devait trahir Napoléon...

Le reste de la vie d'Antommarchi demeure assez mystérieux... On y relève cependant encore nombre d'indélicatesses. Il quitta Sainte-Hélène avec une somme de dix-huit mille francs et le masque de l'Empereur ; il débarqua en Angleterre « presque entièrement dénué de moyens pécuniaires »... On se demande à quoi il avait bien pu dépenser son argent ; comme le dit Lenôtre, « tout est louche dans son aventure ! »

A la fin de 1821, nous le retrouvons en Italie : il compte se mettre au service de l'Impératrice et exploiter auprès d'elle le titre qu'il se donne de confident de Napoléon. Mais Marie-Louise refuse de le voir et le fait évincer par Neipperg, « le mari en exercice ». En 1822, Antommarchi regagne Paris et s'installe rue de Rivoli. Il donne des consultations gratuites, faute de mieux, et s'occupe d'avoir sa part de l'héritage de Napoléon. L'Empereur, qui avait récompensé largement O'Meara et avait fait à Arnott de délicats présents, n'a rien laissé à son médecin en titre... Le nom d'Antommarchi n'est pas prononcé dans le volumineux testament où Napoléon, fouillant son immense mémoire, a pourtant voulu récompenser tant de fidèles et souvent obscurs serviteurs. Cela n'empêche pas notre aventurier de se prévaloir d'un codicille où il serait inscrit pour une rente de 6.000 francs. Bientôt, il change d'avis et, préférant un capital à cette rente improbable, Antommarchi se rappelle qu'un autre codicille l'a fait légataire de 100.000 francs ; fait vraiment inattendu, Bertrand et Montholon, incapables pourtant de dater le fameux codicille, en attestent cependant l'authenticité.

Un jugement arbitral refusa et la rente et les cent mille francs, mais accorda au médecin corse une pension annuelle de 3.000 francs. Entre temps, Antommarchi avait fait paraître, avec l'aide de M. de Lasteyrie, ses *planches d'anatomie* ; il ne put en tirer profit, car les héritiers de Mascagni l'attaquèrent ; leurs revendications étaient d'ailleurs parfaitement fondées, et l'ancien prosecteur de l'éminent anatomiste italien dut cesser son indélicate publication. C'est alors qu'après la révolution de 1830, notre chirurgien essaya de trafiquer du moulage qu'il avait soustrait au Docteur Burton. Il lança l'affaire à grand renfort de publicité tapageuse : « Aucun défigurement, aucune altération ! Tout le monde aura le masque de Napoléon ; et dans quelques années, on le verra dans toutes les chaumières, à côté de la croix sur laquelle est mort notre Sauveur ! » Malgré tous ses efforts, ce commerce rendit peu, et Antommarchi ne tarda pas à vendre le droit de reproduction à deux fondeurs réputés.

Décidément, le titre de *médecin de l'Empereur Napoléon* n'était plus monnayable. Antommarchi partit alors pour la Nouvelle-Orléans, où l'exercice de la médecine homéopathique ne lui procura que de nouveaux déboires. Il passa enfin à Santiago et s'intitula oculiste : nouvelle et dernière extravagance du sort, cette profession lui valut un grand renom. Mais cette gloire ne fut pas de longue durée : Antommarchi mourut de la fièvre jaune, le 3 avril 1838.

Les Livres de la semaine

Histoire générale de la médecine, de la pharmacie, de l'art dentaire et de l'art vétérinaire. 3 vol. T. I. 600 p. ch Br. En souscr. les 3 vol. : 900 francs. ; Rel. : 1.185. (*A. Michel*).

TOUMANOFF (C.). — **L'Anophélisme en Extrême Orient.** Coll. de la Soc. de pathologie exotique. (25,5 /16,5). 434 p., 75 fig. (950 gr.). Br. 60 francs (2741). *Masson et Cie.*

VILLARET (Bernard). — **Climatologie médicale de la région parisienne.** (16,5 /25), 213 p., 44 fig. et pl. (650 gr.). Br. : 30 francs (2745). *Masson et Cie.*

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 42 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 17 OCTOBRE 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V°
CH. P. PARIS 357-81 — R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS

AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

Travaux originaux

L. de GENNES : Accidents de l'arsénothérapie 1593

Variétés

Quelques opinions sur le P. C. B. 1605

Faits cliniques

MONTEL et MARTY : Intoxication aiguë par la teinture d'aniline 1616

Médecine expérimentale

Etat de la vésicule biliaire après castration 1620

Dermatologie

Acné rosacée interprétée comme une réaction cutanée consécutive à une infection focale 1623

Revue de Presse départementale et coloniale, par J. LAFONT.... 1623

Notes cliniques et thérapeutiques . 1624

Nouvelles 1587

Echos et Glanures 1590 1627

Les Livres de la semaine 1630

Supplément illustré

Robert CORNILLEAU : Un médecin sociologue de 1848 : Philippe Buchez (1796-1865).

Archives et Vieux Papiers : Un carabin chez Louis-Philippe. Dépouillement des catalogues d'autographes.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René
Vincent

NOUVELLES

Hôpital Beaujon-Clichy. *Conférences pratiques*. — Le lundi 12 octobre et lundis suivants, à 11 heures, au service central d'électro-radiologie de M. Aubourg, une conférence pratique avec présentation de malades, sera faite sur les sujets suivants Lundi 12 octobre, M. Aubourg : Collibacillose chronique : amélioration clinique et bactériologique par un traitement d'ozone — Lundi 19 octobre, M. Le Go : Paralysie faciale droite : Diagnostic clinique, traitement électrique. — Lundi 26 octobre, M. Surmont : Arthrite infectieuse : traitement par les ondes courtes. — Lundi 8 novembre, Mme Delaplace : Rhumatisme chronique : traitement par le bain de soleil oscillant de M. Surmont. — Lundi 15 novembre, M. Zarachovitch, interne du service : Occlusion intestinale aiguë : traitement par lavement électrique. — Lundi 22 novembre : M. Aubourg : Suppuration : action bactéricide de l'ozone. — Lundi 29 novembre : M. Surmont : Troubles artéritiques : traitement électrothérapique. — Lundi 6 décembre : Mme Delaplace, Lupus du nez : traitement localisé d'ultra-violets. — Lundi 13 décembre, M. Le Go : Névralgie faciale : diagnostic électrologique ; discussion des traitements électriques actuels. — Lundi 20 décembre, Mme Legoux : Métro-salpingite : traitement par les bains de Luxeuil,

L'assistance à ces conférences et démonstrations pratiques, réservées aux étudiants et aux médecins praticiens, ne comporte aucun droit d'inscription.

Ministère de la Santé publique. — La limite d'âge des fonctions de médecin des asiles publics d'aliénés est fixée à soixante-deux ans.

Visite médicale pour les étudiants. — La Faculté de médecine a organisé, l'an dernier, une visite médicale pour les étudiants qui commencent leurs études. Elle se propose de reprendre, cette année, la même organisation.

Bien que cette visite ne soit pas obligatoire, MM. les étudiants sont instamment priés de se rendre à la convocation qui leur sera adressée. Cette visite médicale est faite dans leur intérêt : trop de jeunes étudiants tombent sérieusement malades au début de leurs études médicales pour qu'il ne soit pas de leur devoir d'aider leurs maîtres dans la protection de leur santé. Cette visite surtout orientée vers l'examen de l'appareil respiratoire et vise particulièrement la prophylaxie de la tuberculose. Elle est faite par des médecins des hôpitaux et des chefs de consultation, sous la haute direction des professeurs de la Faculté et du Corps médical des hôpitaux.

Toutes les précautions seront prises pour que le secret médical soit strictement respecté. Si les étudiants le désirent, les résultats de leur examen médical pourront être communiqués à leurs parents ou au médecin de leur famille. Le doyen, convaincu que cette visite médicale donnera d'excellents résultats, ne doute pas que les étudiants ne répondent à l'appel qu'il leur adresse au nom de leurs maîtres.

Les visites médicales commenceront le lundi 19 octobre, à l'hôpital Laënnec (consultation), à 20 heures et demie. Les étudiants seront convoqués individuellement au moment de leur inscription. *Le Doyen* : Roussy.

Clinique médicale propédeutique. Hôpital Broussais La Charité (96, rue Didot). — M. Emile Sergent commencera ses conférences cliniques le mercredi 18 novembre 1936, à 11 heures, à l'hôpital Broussais.

I. Programme général de l'enseignement : Tous les matins, à 9 h. 30 : Visite dans les salles. — Lundi, mardi et jeudi, à 11 heures : Démonstrations radiologiques sur les malades du service et sur ceux de la policlinique. — Le mardi et le jeudi, à 9 h. 30 : Séance de pneumothorax artificiel sous la direction de MM. René Mignot et P. Lonjumeau, anciens chefs de clinique. — Mercredi, à 9 h. 30 : Consultation sur les maladies du nez, du larynx et des oreilles, par M. Aubin. — Samedi, à 10 heures: Policlinique avec examens radioscopiques pour les malades atteints d'affections des voies respiratoires. — Lundi, mardi et jeudi, à 9 heures : Leçons de technique et de séméiologie élémentaire par le professeur, les chefs et anciens chefs de clinique : MM. Pignot, Bordet, Mignot, de Massary, Lonjumeau, Vibert, Imbert, Launay, Poumeau-Delille, Thiébaut, Mamou, Racine, Moricard, Patte, Gallot, Regaud et Fourestier, et les chefs de laboratoire : MM. H. Durand, Couvreux et Kourilsky. — Mercredi, à 11 heures : Conférence clinique à l'amphithéâtre, par le professeur. — Vendredi, à 11 heures : Conférence clinique à l'amphithéâtre, par les chefs et anciens chefs de clinique ou par une personnalité étrangère au service.

II. Enseignement élémentaire des stagiaires (à partir du 1er novembre). — L'enseignement propédeutique sera tout particulièrement réglé sur un programme détaillé, affiché dans les salles de la clinique. Des démonstrations théoriques et pratiques seront faites chaque jour au lit du malade et au laboratoire. Elles porteront sur *la Technique des principaux procédés d'exploration utilisés en clinique* et sur *la Séméiologie*.

III. Enseignement complémentaire de perfectionnement. — Cet enseignement réservé aux médecins et aux étudiants en fin d'études, comportera quatre sortes de cours, dont les dates et le programme détaillé seront précisés sur des affiches spéciales quelques semaines avant le début de chaque cours.

1° *Un cours de revision et de mise au point des principales questions d'actualité* dont la connaissance est indispensable aux médecins praticiens (du 9 au 14 novembre) avec la co-direction de M. Lian, agrégé.

2° *Un cours sur les suppurations de l'appareil respiratoire* du 7 au 19 décembre inclus.

3° *Un cours pratique de radiologie de l'appareil respiratoire*, sous la direction du professeur et de M. Couvreux, chef de laboratoire de radiologie de la clinique en avril.

4° *Un cours de perfectionnement sur la tuberculose* de mi-juin à mi-juillet.

Un droit de laboratoire pour chacun de ces cours devra être versé au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4), de 14 à 16 heures.

Muséum d'histoire naturelle. — Le Muséum national d'histoire naturelle organise du samedi 24 au lundi 26 octobre, une exposition de champignons qui aura lieu dans la nouvelle galerie de botanique, 10-18, rue de Buffon, de 10 heures à 16 heures.

Prix Taesch. — Le prix Etienne Taesch, d'une valeur de 7.500 francs et attribué chaque année à un interne des hôpitaux, a été décerné à M. Daniel Kuhlmann, interne des hôpitaux de Strasbourg.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'internat en médecine s'est terminé par les nominations suivantes :

1° Internes des hôpitaux : Despierres, Guillemin, Kolher, Devant, Bégule, Janrot, Guinet, Pugeat, Jacquis, Coudert, Papillon, Lanier, Guillet, Jarricot, Peissel, Chavanne, Dury, Briand, Bailly-Salins, Eyraud, Marion, Duverne, Bourdillon.

2° Candidats admis à accomplir des suppléances d'internes : Gallet, Bruni, Béraud, Métral, Roux, Philippe, Pellandra, Garmier, Berthoye, Tignel, Tabusse, Bressot, Carriar, Geay, Brochier, Mazaré, de Chauvigny, Gay, Perreau, Francillon, Jeanjean, Rabatel, Grenot, Servelle, Barrié, Redon, Chattot, Lévy.

Hôpitaux d'Algérie. — Des concours sur épreuves auront lieu à Alger : le 7 décembre 1936, pour le recrutement d'un chirurgien adjoint à l'hôpital de Bône (inscription avant le 16 octobre) ; le 14 décembre 1936, pour le recrutement d'un chirurgien adjoint à l'hôpital de Philippeville (inscription avant le 23 octobre) ; le 4 janvier 1937, pour le recrutement de deux médecins adjoints à l'hôpital de Philippeville (inscription avant le 13 novembre 1936) ; le 18 janvier 1937, pour le recrutement d'un médecin-chef du service de radiologie à l'hôpital de Philippeville (inscription avant le 28 novembre 1936).

Ecole du Service de santé militaire de Lyon. — Voici la liste des candidats admis à l'École du Service de santé militaire à la suite du concours de 1936 (section de médecine).

(A) *Candidats à quatre inscriptions* : Flachaire, Pédelahore, Zicave, Porta, Roy, Van Huffel, Pelleno, Léculée, Berger, Tétart, Legeais, Labansat, Kaydel, Favier, Luciani, Gobin, Benoist, Heuls, Arnoult, Valette.

21 Mases, Wahl, Couture, Auger, Seux, Chiozza, Cruaud, Camon, Lazerges, Alaize, Savattier, Dubois, Armand, Bourdinaud, Mahé, Bruère-Dawson, Grobois, Berdy, Duchesne, Cochinard.

41 Martin, Capdeville, Uchan, Vigo-Voegtlin, Barrié, Dameron, André, Anda, Adda, Michal, Saugrain, Touboule, Achiary, Maillefert, Combet, Besle, Rey-Musy, Schmitter, Maurin, Le Saux.

61 Le Bras, Ricaud, Bétrom, Moras, Gaspéri, Terneau, Grandjean, Rossi, Saillour, Colonna, Fouanon, Pézerat, du Mesnil, Le Borgne, Luciani, Boileau, Roberjot, Figarède, Quémener, Franceschi.

81 Merouze, Heintz, Lapeyssonnie, Cavalin, Arragain.

(B) *Candidats P. C. B.* : 1. Jonquères, Delaruelle, Baixas, Michard, Bourdon, Fribourg-Blanc, Humbert, De Rudder, Robert, Villoutroix, Issert, Rigal, Barthès, Bernard, Sureau, Bellemin, Coirault, Bocé, Picq, Renevey.

21 Laflaquère, Sauzède, Maître, Desjardin, Limouzin, Sournia, Teil, Pelage, Schmuck, Pré, Pottier, Lanta, Robert, Debucquet, Aéberhardt, Flandin, Valet, Munier, Gautheret, Bertein.

IXe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires. — Le IXe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires aura lieu du 8 au 14 mai 1937, à Bucarest, sous la présidence du médecin général, Raianu, inspecteur du Service de santé de l'armée roumaine.

Le programme scientifique est le suivant : 1° Organisation et fonctionnement du Service de santé dans les opérations combinées des armées de terre et de mer (Rapporteurs : Etats-Unis, Grande-Bretagne). — 2° Transport, hospitalisation et traitement des blessés gazés (Rapporteurs : Allemagne, U. R. S. S., Yougoslavie). — 3° Organisation et fonctionnement du service chirurgical dans les troupes motorisées (Rapporteurs : Espagne, Roumanie). — 4° Utilisation des méthodes colorimétriques en analyse dans les laboratoires (Rapporteurs : Japon, Suisse). — 5° Les édentés aux armées. Définition. Traitement. Appareillage. Utilisation militaire en temps de paix et en temps de guerre (Rapporteurs : Grèce, Pays-Bas). — 6° Etude comparative du ravitaillement en vivres et de l'alimentation des malades et des blessés en temps de paix et en temps de guerre (Rapporteurs : France, Turquie).

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au médecin capitaine Popescu Buzeu, secrétaire général du Congrès Institut sanitar militar, Bucarest II°.

Groupe de défense de la médecine libre. — Le Groupe de défense de la Médecine libre (section de la Seine) informe les médecins de la région parisienne qu'il a organisé un « Office de secours contre les Caisses d'assurances sociales » destiné aux assurés sociaux ayant des difficultés à se faire rembourser les prestations qui leur sont dues.

Les assurés sont priés de s'adresser à M. Lemardeley, 8, rue du Vieux-Colombier, Paris (6e), Tél. : Littré 74-03, qui en accord avec la section parisienne du Groupe de défense de la médecine libre, se charge de toute la procédure pour le recours devant les Commissions d'arrondissement et pour le recouvrement des créances des assurés sociaux sur les Caisses.

Fédération nationale des médecins du Front (siège social 122, boulevard Saint-Germain, salle de la Bourboule) informe les camarades des différentes Associations fédérées qu'elle est chargée de célébrer la cérémonie de la Flamme le jeudi 22 octobre.

Elle convie tous les médecins et étudiants à venir participer en grand nombre à cette manifestation.

Le rendez-vous est fixé à 18 h. 15 sur le trottoir de gauche de l'avenue des Champs-Elysées à la hauteur de l'Hôtel Astoria.

La Flamme sera ranimée par le président d'honneur de la Fédération, le Docteur Landrin.

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 29 septembre 1936 : M. le médecin colonel Dircks-Dilly, sous-directeur du Service de santé de la 18e région, a été nommé directeur par intérim du Service de santé de la 5e région, à Orléans, à compter du 12 octobre 1936, en remplacement de M. le médecin général Couturier, placé, sur sa demande, à la même date, dans la position de disponibilité.

Corps de santé des troupes coloniales. — Par décision ministérielle du 28 septembre 1936 : M. le médecin général Cazanove, nommé directeur du Service de santé et inspecteur des services sanitaires de l'Afrique équatoriale française, a été affecté (pour ordre), à la direction du Service de santé des troupes coloniales dans la métropole.

Corps de santé de la Marine. — Par décret en date du 23 septembre 1936, ont été promus dans le corps de santé de la marine pour compter du 1er octobre 1936 :

Au grade de médecin principal : M. Godal, médecin de 1re classe, en remplacement de M. Kerjean, retraité.

Au grade de médecin de 1re classe : M. Escolle, médecin de 2e classe, en remplacement de M. Godal, promu.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire, elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE.

La tabacomanie - *Extrait d'une étude du Docteur Ponce sur le* TABAC ET L'HYGIÈNE (*Marseille médical*, 5 septembre 1936), *étude qui a déjà été signalée ici-même.*

Le fumeur tourne dns un circuit fermé : désir obsédant, satisfaction euphorique momentanée, reviviscence impérieuse du besoin.

Pour comprendre comment il arrive à s'emprisonner ainsi lui-même dans cette piste d'où il ne peut s'évader, il faut remonter à l'origine de son habitude. Nous allons donc en rechercher la genèse, puis nous verrons les répercussions sur la morale.

A — *Pourquoi fume-t-on ?*

On pourrait presque définir l'homme : un animal qui fume. A notre contact, les animaux domestiques ou apprivoisés contractent une partie de nos habitudes ou de nos vices, le goût de l'alcool en particulier. Plus d'un singe, compagnon de navigateur y a laissé ses esprits (j'allais dire sa raison). Mais, malgré toutes ses singeries ce même singe pourra apprendre à fumer ; il n'en contractera pas l'habitude.

Cependant le Docteur Raymond Ditmars, un des naturalistes attachés au nouveau Parc Zoologique de New-York, a signalé que les singes fumaient volontiers cigares et cigarettes offertes clandestinement par les visiteurs. L'un des plus assidus était un grand chimpanzé qui avait fait du music-hall où il fumait et buvait de la bière.

Exceptionnellement, la toxicomanie peut d'ailleurs se rencontrer chez l'animal libre. Exemple : certains hôtes des fourmilières, tel l'*Attameles*, possèdent des poils dits trichomes répandant une odeur aromatique volatile « dont beaucoup de fourmis sont friandes jusqu'à en prendre passion. C'est comme la passion du fumeur pour le tabac ». Le résultat de cette éthéromanie est la dégénérescence de la race et l'oubli, par les ouvrières, des soins habituels à donner aux larves (Voir : A. Forel, *Le Monde social des fourmis*, t. 2, pp. 79-86).

Chez l'homme, la passion de la fumée est universelle. Que ce soit sous forme d'opium, de haschish, de tabac ou d'autres produits, sa suprême ambition est de marquer sa royauté, sa supériorité sur les autres créatures méprisables en se remplissant la bouche, le nez et les bronches de fumée.

Devant cette universalité de fumer, dans le temps et dans l'espace, on pourrait croire qu'il s'agit d'un instinct répondant à un besoin. L'observation et la réflexion nous répondront. Il faut pour cela envisager deux stades : comment l'on commence et comment l'on continue à fumer.

Comment l'on commence à fumer.

Diverses enquêtes ont montré que chez les jeunes gens des deux sexes, il entre dans l'apprentissage sexuel plus de curiosité que de réel besoin. Mais, si obscur soit-il, si noyé qu'on le trouve dans les eaux ténébreuses du subconscient, ce besoin existe. Il correspond au nouveau statut humoral que créent à la puberté les livraisons d'hormones par les glandes à sécrétion interne.

Rien de tel pour les essais tabagiques, nul besoin au fond de l'organisme (1). Celui-ci au contraire se défend par une répulsion manifeste. Seules interviennent l'*imitation*, la *curiosité*, l'*attrait du fruit défendu*. Relisons le vieux conte de Theuriet (2) : Vers treize ans, fumer avait pour nous la douceur alléchante du fruit défendu ; .... passer dans les rues de notre petite ville en mâchant un cigare nous semblait un avant-goût des jouissances et des pérogatives de l'âge viril ». On fume donc de la clématite, du sureau, du jonc, de la menthe poivrée, sans autre plaisir que celui de l'orgueil de « faire l'homme ». Pure singerie.

(*Lire la suite page* 1627.)

(1) Si boire de l'alcool, représente un acte naturel (boire pour se désaltérer) dévié, fumer ne correspond à rien. C'est essentiellement un acte antinaturel (Docteur P. DAUPHIN).

(2) La Pipe : Contes pour les vieux et les jeunes. A Lemerre, éditeur.


THÉOSALVOSE

TRAVAUX ORIGINAUX

Accidents de l'arsénothérapie [1]

Par le Dr Lucien de GENNES
Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital Tenon

Messieurs,

Cette leçon ne doit pas se borner à vous rappeler et à vous décrire les accidents fréquents et parfois graves qu'ont apportées avec elles les nouvelles médications de la syphilis. Son véritable intérêt est un intérêt de pathologie générale, puisque l'étude des accidents de l'arsénothérapie va me permettre d'évoquer devant vous et d'opposer entre elles les grandes modalités réactionnelles de l'organisme humain devant l'agression d'un corps organo-toxique et de soulever ainsi une des questions les plus intéressantes de la médecine.

L'introduction dans la thérapeutique des composés arsenicaux organiques, et les accidents qu'ils ont déchaînés ont en effet non seulement créé un chapitre de pathologie nouvelle, mais encore édifié une vivante expérience de physiologie humaine qui permet d'étudier et de mieux comprendre les grands processus généraux de l'*intoxication* de la *sensibilisation* et de l'*intolérance*. A ces notions déjà presque classiques, elle a permis d'ajouter un troisième terme, celui du *biotropisme*, entièrement né de l'étude des accidents arsénobenzoliques et absolument nouveau dans l'histoire de la biologie.

Ce sont ces grandes notions qui vont dominer l'esprit de notre leçon et se partager l'intérêt de notre étude.

***

Dès les premières injections de Salvarsan, Ehrlich avait lui-même constaté l'apparition brutale d'accidents souvent dramatiques, parfois graves, dont l'étude fut aussitôt reprise par Wechselman, Krem, Goldbach.

En France, les tribunes de l'Académie de médecine et de la Société médicale des hôpitaux retentissent encore des discussions passionnées auxquelles s'attachent les noms de Gaucher, Milian, Hudelo, Ravaut, Sicard, rappelant celles qui saluèrent l'avènement dans la thérapeutique des injections mercurielles et qui allèrent jusqu'à mettre en jeu la vie et l'avenir de la médication nouvelle.

Aujourd'hui, l'opinion est faite : pour graves que soient les accidents de l'arsénothérapie, leur fréquence ne doit pas faire redouter l'emploi de l'arsénobenzol, mais doit nous pousser seulement à mieux connaître les conditions de leur apparition, les voies de leur genèse et les moyens d'en préserver les malades.

***

Au point de vue étiologique on peut distinguer trois types d'arsenicaux, différents dans leur constitution chimique dans leurs effets, et dans leurs accidents :

1° *Les arsenicaux métalliques* (arséniate de soude, acide arsénieux, employé dans les classiques préparations de la liqueur de Boudin, de la liqueur de Fowler).

2° *Les arsenicaux organiques trivalents*. Salvarsan ou 606 d'Erlich, et surtout néo-salvarsan ou 914, qui constitue la grande médication d'assaut de la syphilis.

3° *Les arsenicaux organiques pentavalents* (acétylarsan, stovarsol, tryparsamide, atoxyl) qui donnent des accidents bien spéciaux et particulièrement redoutables, atteignant surtout les nerfs optiques.

Ces arsenicaux organiques dont nous ne pouvons décrire ici les caractères chimiques, se distinguent dans l'ensemble par leur grande instabilité, par la variabilité et le caractère imprévisible des accidents qu'ils peuvent déchaîner, soit du fait de leur toxicité, soit du fait de leur nature organique et de leur transformation au contact des humeurs.

Sans doute la mauvaise conservation de certains produits, les expositions à l'air, les détails chimiques de leur fabrication, peuvent-ils jouer un rôle adjuvant et expliquer la nocivité particulière à certaines séries, mais dans l'ensemble, les accidents ressortissent au médicament lui-même et surtout *à sa nature organique*.

Dans leur étude étiologique, en effet, un premier fait est très frappant : un même produit injecté aux mêmes doses, peut réagir d'une façon absolument différente chez deux malades distincts, et aussi chez le même malade suivant le moment de l'injection ou les dispositions du sujet, ce qui montre bien qu'à l'élément toxique se surajoute ici un élément nouveau, capricieux, imprévisible, qui comporte des inconnues. De même, si dans l'ensemble, les hautes doses paraissent plus nocives, une dose minime peut parfois dès l'injection initiale déterminer des accidents brutaux.

Ceux-ci sont plus fréquents quand on emploie la *voie intraveineuse*, mais ils peuvent se produire aussi par la voie sous-cutanée ou même par la voie digestive. Ils sont plus fréquents dans certaines séries de produits sans qu'on puisse toujours expliquer le pourquoi de cette fréquence.

Le grand facteur prédisposant semble avant tout être le *terrain*, la sensibilité individuelle, dans la constitution de laquelle les défaillances organiques, les prédispositions nerveuses, les troubles endocriniens jouent un rôle capital.

Les hépatiques, les hyperthyroïdiens, les insuffisants surrénaux, et surtout les asthmatiques, les urticariens, les migraineux chez qui apparaissent déjà les stigmates de l'hypersensibilisation, paient un lourd tribut aux accidents de l'arsénothérapie.

Qui plus est, ce terrain n'est pas un terrain stable, c'est une terre mouvante que la fatigue, le surmenage, les sensibilisations sériques ou alimentaires, le moment de la digestion, l'émotivité, peuvent sans cesse modifier, créant d'un instant à l'autre l'hypersensibilité et rendant imprévisible l'apparition des accidents.

***

Pour simplifier leur étude, nous ne ferons que citer très rapidement les accidents des arsenicaux métalliques, pâleur ou troubles digestifs, paralysies à type polynévritique, érythèmes, mélanodermies survenant après de longues séries d'injections, pour concentrer toute notre étude sur *les accidents des arsénobenzènes*.

Nous en exposerons d'abord leurs principaux aspects cliniques, pour nous efforcer ensuite dans un essai de synthèse pathogénique de montrer les voies complexes de leur genèse, et d'expliquer les lois qui la régissent.

(1) Leçon d'agrégation recueillie par M. Bonnet, interne des hôpitaux.

A n'envisager que les faits cliniques, on peut distinguer trois sortes d'accidents, différents dans leur date d'apparition, dans leur forme et dans leur pronostic.

Accidents immédiats des premières minutes ou des premières heures.

Accidents retardés, des premiers jours.

Accidents tardifs qui surviennent au bout de semaines ou de mois.

LES ACCIDENTS IMMÉDIATS, accidents de choc brutal, n'ont qu'une seule expression, la *crise nitritoïde*, crise vaso-motrice d'une redoutable intensité, dont Milian a su d'emblée donner une description parfaite.

Elle est presque toujours le fait d'une injection intraveineuse et survient souvent dès la première injection.

Au cours même de celle-ci, ou quelques secondes après que l'aiguille a quitté la veine, le malade accuse un vague malaise avec un peu d'angoisse. Son visage se congestionne, le pouls résonne dans ses oreilles. En quelques instants s'établit une énorme vaso-dilatation, à localisation surtout céphalique. Le visage est rouge vif, le nez, la langue se tuméfient, les oreilles sont boursoufflées, les lèvres énormes et luisantes. La luette, distendue par l'œdème, est le siège de fourmillements qui entrainent une toux sèche. En même temps survient une salivation intense parfois accompagnée de nausées.

Puis, très rapidement, la scène change. Dans un deuxième temps le visage pâlit, les œdèmes s'affaissent, le nez se pince, les yeux s'excavent, réalisant le facies péritonéal. La voix est cassée, l'angoisse extrême.

Le pouls se ralentit, diminue d'ampleur, s'éteint presque complètement.... 20 secondes, 30 secondes se passent, longues pour le médecin, puis la pulsation reparaît, s'amplifie, les fourmillements s'atténuent. Après quelques minutes le malade se lève pâle, exténué : il est hors de danger.

Telle se présente, dans sa forme la plus complète, la crise nitritoïde, qui doit son nom à l'analogie de ces accidents avec ceux provoqués par l'inhalation d'une ampoule de nitrite d'amyle. Elle guérit le plus souvent, surtout si l'on a pu injecter à temps l'adrénaline salvatrice, mais elle peut aussi, bien qu'assez rarement, se terminer par la mort subite ou rapide, malgré tous les soins mis en œuvre. Qui a pu assister à pareil accident en garde pour toute sa vie le tragique souvenir, et ne peut se défendre d'un peu d'angoisse lorsqu'il fait une primo-injection d'arsénobenzol.

La crise vaso-motrice ne se produit pas toujours sous le même mode. Elle peut être *blanche* d'emblée, ou d'emblée *syncopale*. Elle peut se traduire par une *crise gastrique* avec vomissements et hématémèses ou par une diarrhée profuse traduisant l'énorme vaso-dilatation et l'exsudation muqueuse.

Tantôt c'est une grande *crise d'asthme* qui évoque le tableau de l'anaphylaxie expérimentale, tantôt c'est une crise d'*œdème pulmonaire*. Tantôt, comme dans les observations de Gougerot, il s'agit de *crises utéro-placentaires* avec hémorragies et avortement.

Parfois il s'agit de crises *radiculalgiques* ou même de *crises paralytiques* quand le phénomène s'attaque aux racines antérieures.

La vaso-dilatation peut enfin aller jusqu'à la rupture des capillaires et l'on assiste alors à des *hémorragies* méningées, urinaires, intestinales, oculaires, d'intensité et de gravité variables suivant les cas.

Ces crises nitritoïdes viscérales sont importantes à connaître, car elles peuvent prendre les masques les plus divers suivant la localisation du phénomène vaso-moteur.

Elles sont souvent beaucoup *plus frustes*, annoncées seulement par une légère angoisse ou un chatouillement de la luette, signal-symptôme qui doit faire arrêter immédiatement l'infection en cours. Par contre elles peuvent parfois se traduire par *la mort subite* qui comporte un intérêt médico-légal d'autant plus grand qu'on va retrouver dans les viscères des traces d'arsenic.

Tels sont les accidents immédiats des arsénobenzènes. Il y faut ajouter les petits incidents du soir et du lendemain de l'injection tels que céphalée, fièvre, urticaire fixe localisée, érythèmes fugaces, qui, loin d'avoir la même gravité, témoignent cependant d'un certain état de sensibilisation et doivent inciter à la prudence lors des injections ultérieures.

Nous ne pouvons terminer l'étude des accidents précoces sans avoir au moins cité la *réaction d'Herxheimer* : phénomène plein d'intérêt qui réclamerait à lui seul une longue étude :

Quelquefois, au cours d'une syphilis secondaire par exemple, vous verrez au soir ou au lendemain des premières piqûres, tous les accidents cutanés augmenter de volume, se surélever, s'aggraver subitement, comme si le médicament avait provoqué une exaltation passagère du tréponème et comme si les lésions voulaient jeter un dernier éclat avant de disparaître.

C'est le phénomène de reviviscence qu'on a décrit sous le nom de réaction d'Hersxheimer, phénomène sans gravité quand il s'agit de réactions cutanées, infiniment plus sérieux quand ces lésions siègent dans les organes profonds et délicats comme les vaisseaux des centres nerveux où la réaction peut compléter d'un instant à l'autre l'oblitération d'une artère et l'ischémie d'un territoire cérébral. Nous verrons que ces accidents doivent rendre extrêmement prudents lorsqu'il s'agit d'entreprendre l'arsénothérapie chez un syphilitique ancien, jusque-là sans traitement

***

Huit jours se sont passés. Il semble que le malade doive être désormais à l'abri des complications graves. Mais on ne peut parler de sécurité avant d'avoir franchi le cap de la deuxième semaine au cours de laquelle peuvent éclater les ACCIDENTS RETARDÉS dont les principaux sont l'*apoplexie* séreuse, et *les érythèmes du neuvième jour.*

Tout se passe ici comme si ces accidents avaient au même titre que la maladie du sérum, besoin d'une phase préparante pour se produire, d'une sorte *d'incubation* dont nous verrons plus loin tout l'intérêt pathogénique.

L'APOPLEXIE SÉREUSE, heureusement assez rare, constitue le plus grave des accidents de l'arsénothérapie. Les premières injections ont été suivies de céphalées ou de malaises. La troisième injection s'est passée sans incident. Deux jours de silence. Au soir du deuxième jour, un peu de céphalée et de congestion de la face, une poussée fébrile, un vomissement ou un peu de diarrhée. Le troisième jour : crise épileptiforme. Le quatrième jour coma et mort.

Ainsi s'est déroulé en trois actes le drame arsenical dans lequel le ralentissement du pouls, les signes méningés, l'hypertension céphalo-rachidienne, l'élévation de la tension artérielle, l'ascension de la température viennent témoigner de l'atteinte des centres nerveux.

L'autopsie ne trouve que congestion et suffusions sanguines de tous les viscères, un cerveau turgescent, des ventricules distendus témoins de l'énorme poussée vasomotrice dont la brutalité a défié toute thérapeutique.

Parfois cependant le malade guérit, et il faut bien signa-

ler que le traitement par l'adrénaline a un peu atténué la gravité du pronostic.

Mais échapper au coma n'implique pas la guérison certaine. Une malade de Nicolas et Moutot, sortie du coma le quatrième jour, conserva pendant vingt-quatre jours une paraplégie flasque avec troubles sphinctériens et escharre sacrée, puis entra à nouveau dans une phase de coma avec crises épileptiformes et mort.

Tous ces accidents ressortissent à des *réactions de choc* précoce ou retardé dont l'expression anatomique est une vaso-dilatation brutale frappant surtout les centres nerveux et incompatible avec la vie.

Tout différents sont les *érythèmes du neuvième jour*, véritables petites maladies infectieuses dont le processus pathogénique est des plus intéressants.

Neuf jours se sont passés, témoins d'une incubation silencieuse. Vers le soir du huitième sont apparus parfois déjà quelques prodromes, agitation, céphalée, nausées, fièvre.

Puis brusquement éclate un érythème, qui peut suivant les cas prendre l'aspect typique de la scarlatine, envahir la gorge, desquamer la langue. Dans d'autres cas c'est l'allure d'une rougeole, dans d'autres enfin celle d'un érythème maculeux, bulleux ou vésiculeux, d'un érythème polymorphe, d'un érythème noueux ou d'un purpura généralisé.

Une malade était entrée récemment dans le service de Lemierre avec une éruption tellement typique que le personnel, pourtant bien spécialisé de l'hôpital Claude-Bernard n'avait pas hésité à la diriger sur le pavillon des varioleux. Cependant la moindre gravité des accidents généraux, l'absence de fièvre avaient mis en éveil. L'antécédence d'un traitement arsénobenzolique révélait la véritable étiologie et la nature de l'éruption qui cédait spontanément en quelques jours.

Ces érythèmes sont le plus souvent bénins, touchent peu l'état général et disparaissent en trois à six jours sans laisser de traces.

Ils doivent toutefois rendre très prudents dans la continuation du traitement arsénobenzolique, car ils sont susceptibles de récidives ou d'aggravations subites après une deuxième ou troisième injection et peuvent, bien que rarement, être les prodromes à distance d'une érythrodermie exfoliante. Nous insisterons sur la pathogénie de ces accidents qui paraissent ressortir au réveil par l'arsénobenzol de virus endormis et latents.

Mais dès maintenant signalons le fait que le traitement peut non seulement créer des éruptions varioliformes ou scarlatiniformes mais encore extérioriser parfois un véritable zona un véritable érysipèle, de l'herpès, une éruption furonculeuse, une poussée de lichen, un accès palustre annonçant ainsi ce curieux phénomène que Milian a décrit sous le nom de *biotropisme* et dont nous verrons plus loin tout l'intérêt.

***

Il nous reste à décrire les *accidents tardifs* de l'arsénothérapie qui sont certainement plus rares et dont la genèse est toute différente. Il semble bien là s'agir d'une sommation d'agressions, d'une saturation toxique. Ils peuvent survenir avec toutes les variétés d'arsénobenzènes et peuvent frapper tous les organes mais ils apparaissent presque toujours après de longues séries de piqûres, souvent à la fin de la deuxième série, ou après le repos qui suit cette deuxième étape du traitement.

Nous décrirons successivement les *accidents cutanés*, les *accidents viscéraux*, les *accidents sanguins*.

L'ÉRYTHRODERMIE EXFOLIANTE est le plus typique de ces accidents.

Elle débute presque toujours insidieusement soit par un prurit cutané, signal symptôme qui doit immédiatement faire interrompre le traitement, soit par des œdèmes légers des malléoles ou de la face. Milian signale que parfois le seul prodrome est une augmentation de poids qui traduit l'apparition des œdèmes profonds.

Puis apparaît l'érythème, rosé, puis rouge vif, parfois semé d'un pointillé plus foncé qui envahit les membres, le ventre, les flancs, puis s'étend rapidement à tout le corps.

Il s'accompagne d'une infiltration dermique et sous-dermique bien spéciale, œdème dur, ne prenant pas le godet, ne laissant pas plisser la peau et donnant à tout le corps un aspect monstrueux. La face est méconnaissable, les lèvres et les oreilles gonflées, les paupières épaisses, cachant les yeux. Les membres sont cylindriques, raides, immobilisés par la cuirasse d'infiltration dermique.

Bientôt apparaît sur la peau un aspect grenu annonçant de petites vésicules, de bulles pemphigoïdes qui s'ouvrent et laissent place à des puits eczémateux d'où s'échappe une sérosité très abondante d'odeur fade, écoulement intarissable qui mouille le lit du malade en quelques minutes et ouvre la porte à toutes les infections secondaires. La peau se couvre de croûtes impétigineuses d'aspet mellicérique.

Du huitième au quinzième jour apparaît une desquamation d'abord fine, furfuracée puis bientôt lamelleuse détachant des squames énormes ou des lambeaux de peau, qu'on ramasse chaque matin à pleines poignées dans le lit. Les lésions cutanées s'étendent aux phanères, poils et ongles, qui deviennent secs et cassants, et aux muqueuses du pharynx, du larynx, des conjonctives.

L'aspect du malade est effroyable. Les yeux fermés, les lèvres fendues, la peau gonflée et semée d'ulcérations que recouvrent des placards noirâtres il présente parfois l'allure des grands brûlés.

Le prurit ne lui laisse pas de trêve, entraînant une insomnie permanente, les ongles sont usés à force de grattage et la sensation de cuisson de la peau contraste avec la frilosité qu'explique la paralysie des systèmes vaso-moteurs cutanés.

L'étude des signes généraux comporte trois éléments essentiels de pronostic importants :

La *fièvre* qui, d'intensité variable souvent oscillante, s'élève surtout dans les formes graves.

L'*albuminurie* qui acccompagne aussi les formes sévères et témoigne de l'atteinte rénale.

L'*augmentation du poids* qui traduit la variation des œdèmes profonds.

Il faut signaler enfin qu'on trouve presque constamment dans le sang une importante *éosinophilie*, allant de 15 à 40 %, fait bien intéressant qui apparente l'érythrodermie exfoliante à d'autres dermatoses prurigineuses de nature inconnue telles que la maladie de Dühring.

L'évolution dure de quelques semaines à plusieurs mois. La guérison survient presque toujours, annoncée par une crise urinaire avec chute du poids, et suivie d'une desquamation intense qui met à nu le derme saignant et est souvent suivie d'hyperkératose ou de pigmentations indélébiles.

Si la guérison est habituelle, il faut se souvenir cependant qu'on peut mourir d'érythrodermie, soit du fait d'infections cutanées et de septicémie secondaire, soit du fait d'une intoxication suraiguë accompagnée de purpura et parfois d'ictère grave.

Il va sans dire que la maladie n'est pas toujours aussi

complète et qu'on peut observer des formes frustes, des formes segmentaires, des formes sans vésicules, des formes avec séquelles variées telles que mélanordermies ou kératodermies qui prolongent pendant des années les traces de la maladie. Parfois celle-ci se réduit à du prurit accompagné de légers œdèmes et de quelques vésicules eczémateuses.

Certaines formes enfin peuvent se montrer récidivantes, même en dehors de toute reprise de traitement.

L'étude de l'érythrodermie exfoliante comporte plusieurs fait du plus haut intérêt :

C'est une maladie essentiellement *sensibilisante*, et tout sujet qui en a été atteint garde non seulement une hypersensibilité extrême aux arsenicaux, qui doit pour toujours lui faire abandonner l'arsénobenzol, mais encore une sensibilité générale, féconde en érythèmes et en eczémas de toutes sortes.

Enfin il faut signaler un fait extrêmement curieux et que nous n'apportons ici que *sous toutes réserves* : après les observations de Buschke et Freymann on a pu remarquer que certains sujets présentant une réaction de Wassermann persistante ou irréductible, ont pu, à la suite d'une érythrodermie, voir cette réaction se modifier brusquement et revenir à la normale. Les auteurs allemands ont même été jusqu'à soutenir que l'érythrodermie exfoliante pouvait modifier dans un sens heureux l'évolution de certaines syphilis jusqu'à dispenser par la suite le malade de toute thérapeutique. Le professeur Gougerot a fait justice de ces errements et montré que cet accident, s'il doit proscrire à jamais l'emploi des arsenicaux ne doit par contre nullement entraver la continuation du traitement. Il n'en reste pas moins que ces faits sont bien intéressants et qu'ils constituent sans doute une des modalités réactionnelles devant le choc des accidents syphilitiques et de leurs témoins sérologiques.

Les accidents viscéraux tardifs sont surtout représentés par les *ictères arsénobenzoliques*. Ils surviennent tard et les ictères précoces, dits interthérapeutiques, survenant au soir d'une injection restent absolument exceptionnels.

Presque toujours c'est vers la troisième ou dixième semaine du traitement, souvent au cours du repos qui suit la deuxième série qu'en apparaissent les prodromes.

Cliniquement, l'accident se présente en pratique comme un ictère catarrhal banal.

Sans doute peut-on dire que la phase prémonitoire est moins marquée ou plus brève, la fièvre pré-ictérique moins fréquente. Ce sont là des nuances sur lesquelles on ne saurait fonder et c'est seule l'histoire du malade et l'antécédence du traitement qui fait faire le diagnostic d'origine.

Une jaunisse variable des téguments des muqueuses et des urines, la décoloration des matières permettent d'affirmer l'ictère par rétention. Le fait que cette rétention est parfois dissociée, portant électivement sur les pigments ou sur les sels biliaires montre que c'est bien la cellule hépatique qui est touchée et choisit ce qu'elle retient.

Après quelques jours, l'ictère diminue spontanément, les matières se recolorent, la crise urinaire vient marquer la fin de la maladie.

C'est tout à fait exceptionnellement qu'on a pu décrire parmi les accidents arsénothérapiques des ictères graves à évolution rapidement mortelle, ou comme dans les cas de Sicard des ictères aggravés par la persévérance ou la reprise du traitement.

Ces ictères sont-ils dans l'ensemble des ictères arsenicaux ? Sont-ils comme le veut Milian des ictères syphilitiques, dus à l'insuffisance du traitement ou à une réaction d'Herxheimer hépatique ? Sont-ils plus simplement des ictères infectieux banaux réveillés par le phénomène biotropique ? Nous étudierons plus loin ces probèmes qui ont soulevé et soulèvent encore des discussions passionnées, pleines d'intérêt pour le malade, puisque leur conclusion guide le traitement.

L'étude des accidents viscéraux tardifs de l'arsénothérapie ne se borne pas à celle des ictères. Parfois on voit apparaître vers le deuxième mois du traitement des malaises d'ordre général, de l'*amaigrissement*, une *albuminurie* légère qui peut aller parfois comme dans une observation de Lemierre, jusqu'à la néphrite œdémateuse.

Les accidents nerveux surviennent souvent de six à douze semaines après le traitement et peuvent suivant les cas, témoigner d'une imprégnation toxique ou d'une neuro-rechute.

Les plus simples à expliquer sont assurément les *polynévrites arsenicales* qui ne diffèrent pas beaucoup de celles que l'on a étudiées depuis longtemps dans les intoxications par l'arsenic métallique.

C'est à Sicard surtout qu'on doit leur connaissance et leur description. Dans ses premières observations, il avait surtout noté l'aréflexie achilléenne survenant au cours du traitement par les petites doses répétées. En pratique on peut en observer deux grandes formes :

Forme sensitive à type de pseudo-tabes ;
Névrite sensitivo-motrice.

La *forme sensitive* se manifeste surtout par des fourmillements avec hypoesthésie de la plante des pieds et parfois de la paume des mains. Les réflexes achilléens sont abolis. Mais le fait intéressant, sur lequel insiste Milian est que, tandis que les troubles sensitifs disparaissent rapidement, les réflexes abolis restent abolis comme dans un tabes véritable.

C'est beaucoup plus rarement qu'on peut observer la grande *polynévrite arsenicale sensitivo-motrice* qui porte surtout sur les extenseurs et dure plusieurs mois, s'accompagne d'atrophie musculaire et de paralysies d'étendues variables et finit par évoluer vers la guérison et la *restitutio ad integrum*.

La *névrite optique*, accident grave, infiniment redoutable est à peu près exclusivement l'apanage des *arsenicaux pentavalents* (stovarsol, atoxyl, acétylarsan, tryparsamide).

Elle s'annonce presque toujours par des troubles photopsiques : le malade voit des éclairs, des points brillants ou sombres, ou perçoit une lueur vive analogue à celle qu'un sujet normal continue à percevoir, les yeux fermés, quand il a fixé le soleil. Puis l'acuité visuelle diminue, les champs supérieur, inférieur et nasal se rétrécissent. Fait particulier pour une névrite optique, il n'y a jamais de scotome central. En une à deux semaines le malade devient complètement aveugle ou ne conserve qu'un très léger degré de perception lumineuse. On observe alors une atrophie optique totale ou partielle, se révélant plus tard à l'ophtalmoscope par une décoloration papillaire.

Il est à remarquer que l'apparition de ces troubles est beaucoup plus précoce dans le traitement de la neurosyphilis que dans celui de la trypanosomiase, et que les lésions antérieures de la rétine et du nerf optique jouent un rôle prédisposant très important.

Ce sont cependant là des accidents *exclusivement toxiques* que ne sauraient expliquer ni la neuro-réaction ni l'intolérance. La notion du danger des doses massives et répétées, la bilatéralité des lésions, leur évolution symétrique, leur reproduction expérimentale chez l'animal, leur caractère anatomique dégénératif, sont des arguments qui ne

permettent même pas la discussion à ce point de vue et doivent rendre extrêmement prudents dans l'emploi des arsenicaux pentavalents.

Nous ne pouvons abandonner l'étude des accidents nerveux sans avoir dit quelques mots des *neuro-récidives*.

Il n'est pas exceptionnel de voir chez un sujet atteint d'une syphilis nerveuse avérée ou latente les premières injections d'arséno-benzol entraîner des accidents subits, bénins ou graves suivant les cas, soit simple poussée méningée accompagnée ou non de paralysie de la VIe paire, soit brusque hémiplégie, aphasie, paraplégie, ou provoquer le réveil des lésions latentes d'un tabes ancien, douleurs fulgurantes ou crises gastriques.

S'agit-il là, comme on le dit volontiers, d'une réaction d'Hersxheimer du tissu nerveux, ou d'une neuro-rechute par insuffisance thérapeutique. L'explication à notre sens paraît beaucoup plus simple au moins pour la plupart des cas. Nous avons vu plus haut l'extrême intensité des phénomènes vaso-moteurs de dilatation ou de constriction que peut créer l'injection des arsenicaux organiques. On conçoit que ce trouble, survenant sur un tissu par définition peu vasculaire, irrigué à la limite des circulations utiles par des artères terminales plus ou moins gravement touchées par la syphilis (qui reste une maladie avant tout artérielle) puisse déterminer brusquement des ischémies qui seraient sans gravité sur d'autres parenchymes, mais peuvent créer ici des destructions mortelles de la substance.

Il nous reste à décrire les accidents les plus récemment connus de l'arsénothérapie : les ACCIDENTS SANGUINS.

On sait depuis longtemps l'action que peuvent avoir les arsénobenzènes sur la coagulation du sang.

Tous les syphiligraphes ont observé au cours de leur pratique des *syndromes purpuriques* cutanés ou muqueux, des épistaxis, des hématuries s'accompagnant de troubles de la coagulation à type hémogénique et d'une anémie plus ou moins intense survenant à la suite d'injections arsénobenzoliques.

Parfois il s'agit d'une véritable *anémie pernicieuse*, avec leucopénie, à type Biermer. C'est qu'en effet, l'arsénobenzène frappe globalement tous les éléments du sang, sériques ou globulaires. Sans doute faut-il observer, comme le dit P.-E. Veil que ces syndromes surviennent le plus souvent chez des prédisposés en instance d'hémogénie, chez des tuberculeux, des hépatiques, auxquels des examens de sang préalables auraient dû épargner l'arsénothérapie, mais il n'en est pas moins que ces accidents peuvent être graves et commandent une grande prudence.

Plus curieuses encore sont les observations d'*angine agranulocytaire* dont MM. Bocage et Filliol, Mme Pouzin-Malègue, Jacquelin, Célice et Langlois viennent de rapporter des exemples. Ces observations, toutes trois terminées par la mort, sont apparues chez des sujets en pleine santé sans tares sanguines antérieures. Elles restent des faits d'exception, mais n'en doivent pas moins être retenues, sans qu'on puisse affirmer si c'est à l'arsenic ou au noyau benzénique qu'est due l'aggression qui frappe les divers éléments du sang.

* * *

Je m'excuse, messieurs, de cette longue description qui a pu vous paraître fastidieuse, tant sont nombreux et variés les accidents de l'arsénothérapie et je voudrais maintenant dans un essai de synthèse pathogénique, ramasser les quelques grandes idées qui doivent dominer cette leçon.

L'étude des accidents de l'arsénothérapie est née sous le signe de l'intoxication et pendant tout un temps, il ne fit de doute pour personne que l'arsenic seul était responsable de tout le mal.

Cependant, il s'agissait à la vérité d'une intoxication bien spéciale. Comment expliquer en effet que le médicament pût être nocif à des doses très inférieures aux doses toxiques, atteindre tel sujet et non tel autre, tuer tel autre enfin dès la première injection et enfin que de tels accidents fussent restés inconnus avant l'ère des arsenicaux organiques ? Et il apparut bientôt qu'il fallait, à ne s'en tenir qu'aux grandes lignes, distinguer dans la genèse de ces accidents trois sortes de mécanismes :

L'intoxication proprement dite.
Les processus de choc ou de sensibilisation.
Le biotropisme.

Ces trois grands modes réactionnels de l'organisme en face de l'aggression d'un corps hétérogène s'opposent l'un à l'autre point pour point.

L'*intoxication* peut être définie par l'ensemble des troubles et des lésions provoqués par un corps capable de modifier et d'altérer la constitution chimique du milieu intracellulaire. Elle appartient à un certain nombre de poisons bien déterminés, constants dans leur action et dans leurs doses, avec des variantes très faibles suivant les sujets. On connaît de chacun de ces corps la dose toxique et la dose mortelle. On connaît les lésions qu'ils provoquent, les parenchymes qu'ils touchent électivement. Il faudrait pour entraîner la mort d'un sujet traité par l'arsénobenzol des doses d'arsenic dix fois supérieures aux doses maxima injectées dans la pratique.

Le processus de *sensibilisation* est infiniment plus complexe. Depuis que Richet et Portier en injectant à l'animal le poison des actinies ont mis en lumière le rôle de la sensibilisation préparante et du choc déchaînant, et montré la notion nouvelle de l'anaphylaxie, il semblait que tout dût s'éclairer, et un grand nombre des accidents de l'arsénothérapie paraissent dans leur genèse aussi simples que ceux de la maladie du sérum. Mais, à la vérité ils ne reproduisent pas le phénomène de Richet. Il n'y a pas toujours ici de sensibilisation préparante et souvent le choc survient dès la première injection. C'est qu'en effet, la nature agit d'autre manière que le physiologiste. Nos sensibilisations ne sont pas l'effet d'une seule injection préparante. Elles se font lentement, progressivement, par des ingestions, des inhalations répétées de corps antigènes qui n'ont le plus souvent aucun rapport spécifique avec le corps déchaînant.

Bien plus, elles sont souvent le fait de transmissions héréditaires, qui apportent avec elles à notre organisme, l'habitude fonctionnelle de réagir en choc à certains corps. On le voit bien chez les migraineux, les urticariens, les asthmatiques qui sont plus que tous autres, candidats aux accidents de l'arsénothérapie.

Nous ne discuterons pas sur les différences qu'on a voulu créer entre l'anaphylaxie proprement dite, l'idio-syncrasie la sensibilisation, l'intolérance. Ce sont là des querelles de mots. L'état de sensibilisation résume tous ces faits qui par des voies diverses préparent le sujet aux accidents de choc.

Quel est le mécanisme de ceux-ci ? S'agit-il comme le voulait Widal d'un bouleversement colloïdal ? S'agit-il d'un phénomène de floculation ? S'agit-il d'une action directe sur le système nerveux neuro-végétatif. Il est bien vrai que l'état de celui-ci et des glandes endocrines qui en règlent les réactions joue dans l'état de choc un rôle capital,

◆◆

et que c'est à lui que s'en prennent la plupart des syphiligraphes.

Il est certain, dans tous les cas, que nous sommes ici bien loin de l'anaphylaxie de Richet, et que ni les cuti-réactions, ni la transmission de l'anaphylaxie passive, ni la réaction de Prausnitz Kützner n'apportent à notre étude un bien grand secours. *Il n'en est pas moins vrai que ces phénomènes de sensibilisation nous expliquent la plupart des faits observés au cours des accidents des arsénobenzols.*

Il nous reste à exposer le phénomène du *biotropisme* dont nous devons la connaissance à Milian, et dont la notion est entièrement née de l'étude des accidents de l'arsénothérapie.

Nous en avons vu plus haut le curieux principe. Une injection d'arsenic organique peut aller éveiller, extérioriser, des virus endormis et donner lieu, suivant les cas, à une éruption scarlatiniforme, rubéoliforme ou varioliforme. Il ne saurait s'agir comme le soutient Milian de véritables scarlatines, ni de véritables rougeoles puisqu'on n'a jamais vu un seul cas de contagion provoqué par ces érythèmes et que, par ailleurs, l'incubation, qui reste toujours la même, devrait varier, s'il s'agissait de véritables maladies infectieuses. Cependant, dans certaines observations qui relatent la réactivation d'un herpès ou d'un accès palustre, l'examen biologique montrait bien ici la présence de l'hématozoaire dans le sang, là, le virus herpétique révélé par l'inoculation à la cornée du lapin. Il y a donc bien là un principe nouveau, qui montre la présence latente dans l'organisme humain de virus endormis que l'arsénothérapie peut d'un coup de baguette, brusquement réveiller et rendre immédiatement vivants et actifs.

Voilà les trois grands processus qui dominent l'histoire des accidents de l'arsénothérapie et se partagent leur genèse.

Si l'on met à part le phénomène d'Hersxheimer sur lequel nous ne reviendrons pas, on voit que la plus grande part de ces accidents ressortit au chapitre de la *sensibilisation.*

La crise nitritoïde reproduit à peu de chose près le trouble provoqué par l'anaphylaxie expérimentale chez l'animal préparé. Ce sont les mêmes conditions d'apparition, les mêmes phénomènes, les mêmes réactions viscérales. De même l'apoplexie séreuse n'est qu'un accident de choc retardé dont le trouble vaso-moteur frappe électivement le système nerveux. Ici la sensibilisation préparante provoquée par la première injection apparaît nettement et explique le caractère extrêmement brutal et grave des accidents. Dans tous ces cas, la brusquerie d'apparition, l'absence de lésions anatomiques, la réaction à l'adrénaline suffisent à affirmer la nature du mal. Il est impossible de préciser quel est dans l'arsénobenzol l'élément déchaînant. Nous n'en sommes d'ailleurs plus au temps où l'on pensait que seules les substances albuminoïdes ou colloïdales peuvent déterminer le choc. Le seul fait certain est que ces arsenicaux tirent de leur nature organique leur caractère nocif.

Dans la genèse des accidents du neuvième jour c'est incontestablement l'idée biotropique qui domine. Il ne s'agit pas, nous l'avons montré, de véritables scarlatines ni de véritables rougeoles réveillées par le traitement, mais il s'agit vraisemblablement de virus voisins, gardés dans l'organisme à l'état de latence, au même titre que ceux du paludisme, du zona ou de l'herpès.

La pathogénie des ictères prête à plus de discussions.

S'agit-il, comme le veut Milian, d'ictères syphilitiques, de réaction d'Herxheimer hépatique, ou d'hépato-récidive par insuffisance de traitement ? S'agit-il d'ictères toxiques dus à l'arsenic, ou d'ictères biotropiques dus au réveil du virus de l'ictère catarrhal ?

Le bon sens commande ici d'être éclectique et la raison d'être prudents. Si l'ictère survient chez un sujet largement traité à réactions sérologiques négatives le traitement est certainement responsable, soit par voie toxique, soit par l'intermédiaire du biotropisme

Si au contraire l'hépato-récidive apparaît avec d'autres accidents syphilitiques dans une période de repos ou au cours d'un traitement trop discret, on peut accuser la syphilis. Mais dans tous les cas, même en tenant compte de ceux publiés où l'ictère a guéri par ou malgré la reprise du traitement arsenical, il convient d'être prudent et de traiter le malade par les autres médications antisyphilitiques mercure ou bismuth, à l'exclusion de l'arsenic.

Mais de tous les accidents d'arsénothérapie celui dont la genèse reste la plus complexe et aussi la plus intéressante à expliquer est certainement l'érythrodermie.

Sans doute sa venue tardive, le fait qu'elle réclame habituellement une sommation d'aggressions, et l'emploi de grosses doses, sa longue durée, son caractère grave évoquent-ils avant tout l'idée d'intoxication.

Mais si l'on analyse de plus près les choses, on voit qu'il s'agirait là d'une intoxication bien spéciale, qui ne se produit que chez certains sujets, qui peut survenir avec de très faibles doses, s'accompagne d'accidents d'allergie cutanée à type eczémateux, d'éosinophilie, de sensibilisation définitive de la peau aux accidents de choc ultérieurs. Enfin on a pu constater semblables érythrodermies au cours d'autres intoxications en particulier par les sels d'or, le bismuth et le mercure. Il ne s'agit donc pas d'un accident purement toxique et il nous faut ici encore faire intervenir l'idée de sensibilisation.

La sensibilité aux substances toxiques nous apparaît d'ailleurs aujourd'hui beaucoup plus complexe et plus nuancée qu'on ne pouvait croire, et son acquisition peut se traduire non seulement par des réactions générales de l'organisme mais encore par des modifications tissulaires localisées, et l'érythrodermie arsenicale semble bien apparaître comme le type de ces *intolérances tissulaires*, dont l'étude apporte à celle de l'allergie cutanée une contribution remarquable.

Récemment MM. Sézary et Mauric, M. Garnier dans sa thèse ont repris cette étude. Ils ont montré que dans les cas d'érythrodermie arsenicale les cuti-réactions au novarsénobenzol sont toujours négatives. Par contre les intra-dermo-réactions sont presque toujours positives chez les malades dont l'érythrodermie est guérie depuis six semaines, *et négatives lorsqu'on les pratique avant cette date.*

Il existe donc une phase d'anergie cutanée temporaire d'un très grand intérêt.

Les réactions de Prausnitz Kützner et de Königstein Urbach sont toujours négatives.

Ces expériences éclairent singulièrement la pathogénie des érythrodermies arsenicales.

Ce ne sont pas des accidents anaphylactiques puisque la réaction de Prausnitz est négative et qu'on ne peut transmettre l'anaphylaxie passive au novarsénobenzol, et qu'enfin les cuti-réactions restent négatives.

Ce ne sont pas non plus des accidents toxiques, bien que Milian et Garnier ademettent que l'intoxication puisse agir directement sur le système sympathique et provoquer

LABORATOIRES DROUET & PLET

Phosoforme

Tous les troubles de la nutrition

Dyspepsies - Convalescence - Fatigue
Phosphaturie - Insuffisance hépatique



Surmenage - Anxiété

Tous les états alcalosiques

BIBLIOGRAPHIE

Prof. Cavalié, *Bordeaux:* Calcification des dents et ses relations avec les phénomènes généraux de la croissance.
Prof. Escat, *Toulouse:* Indication du Phosoforme dans l'oto-spongiose.
Prof. Gérard, *Lille:* Les avantages thérapeutiques du Phosoforme dans la médication phosphorique.
Prof. Laignel-Lavastine, *Paris:* Diagnostic de l'anxiété.
Prof. Rémond, *Toulouse:* De l'usage thérapeutique du Phosoforme.
Prof. Spillmann, *Nancy;* **Drouet,** prof. agrégé et **Verain :** Dermatose et alcalose.
Prof. Spillmann, *Nancy.* **Verain et Segal :** Syphilis à sérologie positive et déséquilibre acido-basique.

Néo-Physio

Toutes les infections aiguës et chroniques

Injections au Point de Barthélemy peu ou pas douloureuses.

Ampoules de 5 cc.

BIBLIOGRAPHIE

Prof. Lereboullet et Dr. Saint-Girons, assistant: Leçons cliniques de l'Hôpital des Enfants-Malades : Le traitement des broncho-pneumonies.
Dr. Pascal, Médecin-chef des Asiles Publics d'aliénés de la Seine et **Davesne :** Traitement des maladies mentales par les chocs.

Salysérum

Toutes les algies

Rhumatismes - Lumbagos
Sciatiques

Ampoules de 5 cc.

C 40

**Cancers, Fibromes
Tumeurs malignes**

Puissant sédatif de la douleur.

ampoules et comprimés

Oxyléine

Troubles intestinaux

Fermentations - Parasites intestinaux (excepté ténia).

Troubles des voies urinaires

Pyélites, etc.

Littérature et Échantillons : **Laboratoires DROUET & PLET,** Rueil-Malmaison — Paris.

ainsi les accidents. La sensibilité élective de certains sujets, l'indifférence relative des doses, l'imprévisibilité des lésions plaident contre l'idée toxique.

En réalité il semble bien plutôt qu'il faille avec Sézary, s'arrêter à l'idée d'une allergie épidermique, *intolérance non plus humorale, mais tissulaire* et plus spécialement *épidermique.*

Il faut en effet remarquer que les seuls tests qui donnent ici des résultats, sont l'intradermo et l'épidermo-réaction c'est-à-dire celles qui explorent l'épiderme par sa profondeur et par sa surface alors que la réaction de Prausnitz-Kutzner reste négative.

L'étude de l'érythrodermie a donc apporté à celle des sensibilisations une idée nouvelle celle des *intolérances tissulaires*, qui pour n'être que partielles n'en sont pas moins graves et redoutables, et doivent pour toujours faire proscrire chez les sujets atteints le traitement arsenical.

***

Nous seront très brefs, car l'heure passe, sur le traitement des accidents de l'arsénothérapie. Il est surtout fait de *prudence* et de *précautions préventives.*

Bien étudier son malade, éliminer du traitement arsenical les tuberculeux, les cardiaques, les alcooliques, les hépatiques, rechercher soigeusement les stigmates ou l'histoire de maladies sensibilisantes telles qu'asthme, migraines eczéma, urticaire. Commencer par de faibles doses, injecter très lentement en laissant en place le lien et en ayant auprès de soi une seringue d'adrénaline toute prête, observer les réactions du soir et du lendemain, ne passer à une dose supérieure que si l'injection précédente a été parfaitement tolérée, n'injecter que des sujets à jeun en imposant le repos avant et après, voilà le véritable traitement des accidents précoces.

La céphalée et la fièvre des premières injections ne doivent pas arrêter car il peut s'agir de réactions dues à la destruction tréponémique. Elles prennent au contraire, au cours des injections ultérieures, le caractère d'un sérieux avertissement.

En présence des accidents de choc, le grand médicament est *l'adrénaline*, complétée, dans l'apoplexie séreuse, par la ponction lombaire décompressive et dans les formes prolongées par l'auto-hémothérapie, l'hyposulfite intraveineux, le chlorure de calcium.

Dans les accidents sanguins la transfusion peut apporter un utile secours.

Dans les accidents purement toxiques la suppression de l'arsenic suffit à la guérison.

***

Messieurs, je ne puis m'étendre davantage, mais je voudrais qu'en sortant d'ici, vous emportiez de cette leçon un double enseignement.

Un enseignement pratique, qui vous aide à mieux connaître, à prévenir et à traiter les accidents fréquents d'une médication que vous aurez à employer à chaque pas de votre métier.

Un enseignement de pathologie générale qui vous laisse une notion claire et distincte des grandes réactions de l'organisme devant l'agression des corps organo-toxiques, et vous fasse comprendre les grandes lois de l'intoxication du biotropisme et de l'intolérance.

Mais je ne voudrais pas que cette conférence en vous exposant tous les dangers de l'arsénothérapie vous inspirât de cette thérapeutique une crainte imméritée, et vous en fît différer l'emploi.

Sur les milliers d'injections d'arsénobenzol qui sont pratiquées chaque jour dans le monde entier, les accidents graves sont relativement exceptionnels. Ils ne doivent pas vous faire oublier que le médicament d'Ehrlich, a été une merveilleuse découverte, que grâce à lui, la syphilis, fléau mondial, est en retraite sur tous les fronts, ses relais bloqués, ses sources de contagion taries, que, grâce à lui, la prophylaxie antisyphilitique n'est plus un vain mot, que chaque année, les consultations d'hôpitaux spécialisés enregistrant les « nouveaux promus » de la maladie, voient leurs statistique diminuer au point que dans cinquante ans la syphilis sera peut-être aussi rare que sont aujourd'hui la variole ou la lèpre.

C'est pourquoi je veux insister encore en terminant sur le fait que la crainte des accidents évoqués devant vous ne doit en rien diminuer notre admiration ni votre confiance pour un médicament qui, dès aujourd'hui tient à la gorge un des plus grands fléaux de l'humanité, et dont la découverte a marqué une étape dans l'histoire du traitement des maladies.

VARIÉTÉS

Quelques opinions sur le P. C. B.

Il y a cent ans, une ordonnance royale précisait que «nul ne pourrait être admis à soutenir son premier examen dans une Faculté de médecine, s'il ne justifiait du diplôme de bachelier ès sciences». On ne manqua pas de prétendre, comme aujourd'hui, que ce nouveau régime avait «été établi tout exprès pour favoriser l'étude des sciences accessoires au détriment des sciences indispensables à la pratique de la médecine».

Depuis d'autres régimes ont vu le jour : le baccalauréat ès sciences restreint, le P. C. N., le P. C. B. pour ne citer que les derniers, et, à chaque réforme, les critiques se sont donné libre cours.

Des enquêtes ont été publiées, mais toujours les réponses émanaient de correspondants, hors de la mêlée.

Il nous a semblé intéressant de demander sur le P. C. B. qui n'en est encore qu'à sa deuxième année d'application, l'avis, non des usagers, les étudiants — cela viendra peut-être un jour — mais de ceux qui assurent l'enseignement du P. C. B. A ceux-là, nous avons posé deux questions :

1° *Le P. C. B. constitue-t-il une année d'études indispensables pour le futur médecin.*

2° *Le programme actuel doit-il être maintenu ou transformé.*

Un certain nombre de nos correspondants se sont bornés à répondre que, juges et parties dans le débat, leur avis ne pouvaient être d'aucun intérêt. D'autres ont bien voulu préciser et motiver leur opinion.

Nous publions leurs reponses sans commentaire. Au lecteur de juger et de conclure après avoir entendu des maîtres dont l'avis ne saurait être indifférent puisqu'il s'agit d'enseignement.

M. le Professeur Curie, Paris

Ce serait vouloir enfoncer une porte ouverte que de s'attacher en 1936 à montrer la nécessité de solides connaissances générales scientifiques pour un futur médecin, même uniquement praticien.

Il est encore plus nécessaire de former l'esprit scientifique de ceux, déjà nombreux, qui veulent se consacrer aux recherches médicales ; il faut développer l'habitude et le goût des observations et des déductions, des comparaisons et des groupements, des méthodes de travail et de progrès scientifiques.

Or, avec quelle formation se présentent les élèves à l'entrée du P. C. B. ? Ils sont, en grande majorité, bacheliers philosophie. Leur instruction secondaire a donc suivi une direction bien plus littéraire que scientifique et ils ont exagéré d'eux-mêmes la tendance de leurs programmes (l'enseignement secondaire est loin d'estimer comme il conviendrait la valeur éducatrice et utilitaire des sciences).

Dans ces conditions le nouveau programme de physique du P. C. B. me paraît répondre (1) à ce manque de base, dont l'évidence s'impose chaque année aux professeurs du P. C. B. Ce programme reprend ce qui avait dû être trop hâtivement enseigné et qui avait été mal assimilé, suit dans leur essentiel les progrès si rapides de cette science, s'efforce de développer l'esprit scientifique.

Sur ce pied solide viendront se greffer normalement, après un court rappel de mémoire, les connaissances plus particulièrement utiles au médecin, connaissances qui doivent être enseignées dans les Facultés de médecine.

L'évolution des études médicales vers les disciplines scientifiques est inévitable, c'est la loi de progrès. Et ces disciplines ne sont pas si redoutables aux jeunes étudiants du P. C. B. qui plus tard nous disent souvent combien cette année d'étude leur a été profitable et même agréable. Peut-être aussi s'y mêle-t-il un souvenir attendri de leur première année d'étudiant.....

Est-ce à dire que tout est parfait ? je suis loin aussi de le penser, mais je crois qu'il faudrait tout d'abord réformer l'enseignement secondaire, ce qui apparaît aujourd'hui indispensable à bien des gens, en particulier à de nombreux étudiants. Il faudrait revenir au système des deux baccalauréats, un littéraire et un scientifique ; la séparation se ferait en quatrième, tant en ménageant certaines facilités de passage dans la suite. En sixième et en cinquième, section commune pour tous les enfants, avec deux ou trois heures hebdomadaires de latin ; dans ces classes de sixième et cinquième, l'enfant ne devrait avoir autant que possible que deux professeurs différents. On profiterait de cette discrimination pour alléger les programmes et développer les exercices sportifs (sous contrôle médical).

Pour le P. C. B. et l'étude de la médecine, on accepterait les deux baccalauréats, mais il est bien certain que ceux des médecins qui voudraient se consacrer aux recherches scientifiques auraient intérêt à suivre la section science. Pour ces étudiants, on pourrait prévoir une section P. C. B. particulière, d'un niveau plus élevé, qui pourrait être plus ou moins fusionnée avec l'année propédeutique réclamée par les Facultés des Sciences pour leurs futurs élèves de licence.

Il est enfin indispensable pour les étudiants, tant au point de vue moral que physique, de pouvoir pratiquer divers sports, librement, facilement, dans des conditions pécuniaires peu dispendieuses.

M. Curie.

(1) Je ferai cependant quelques réserves sur le plan didactique adopté.

M. le Professeur H. Gault, Paris

J'ai toujours refusé, jusqu'à présent, de donner mon avis sur la nécessité ou simplement l'utilité des études prémédicales du P. C. B. N'ayant eu, en effet, dans le cours de ma carrière universitaire, que des contacts discontinus avec cet enseignement, mes vues personnelles ne présensaient qu'un intérêt secondaire. Je n'ai évidemment plus aucune raison d'observer la même réserve et c'est, très volontiers, que je vous livre aujourd'hui mon sentiment à ce sujet, encore que je risque, après tant de discussions éclairées, souvent brillantes, parfois passionnées, de ne produire qu'une argumentation surannée, riche surtout de considérations défraîchies et de choir dans le banal lieu-commun.

Le mieux, pour la clarté de mon exposé, est que, sacrifiant, une fois de plus, à la manie bien connue de mes étudiants, d'ordonner et de sérier, j'énumère tout d'abord les points essentiels que comporte, en réalité, la question qui m'est posée et dont chacun appelle une réponse distincte :

1° L'année préparatoire du P. C. B. doit-elle être ou non maintenue ?

2° A supposer qu'elle le soit, les programmes actuels, qui datent d'hier, doivent-ils être à nouveau modifiés et, dans ce cas, quelles modifications convient-il de leur apporter ?

3° En admettant que le P. C. B. remanié ou non, résiste victorieusement aux attaques dont il est l'objet, les enseignements correspondants doivent-ils être assurés par les physiciens, les chimistes et les biologistes des Facultés des sciences ou bien des Facultés de médecine ?

Je précise immédiatement que je ne répondrai pas sur ce dernier point parce que je ne suis ni ne veux être, à la fois, juge et partie.

Sur le premier point, je désire, avant même que d'argumenter, fournir immédiatement ma réponse. Elle est nette et catégorique : je pense qu'un enseignement préparatoir, de Sciences physiques et biologiques est non seulement utile mais indispensable aux jeunes étudiants qui se destinent à la médecine et, en conséquence, que le P. C. B. doit être maintenu.

Avant toutes choses, l'année préparatoire du P. C. B. constitue par elle-même une formation scientifique générale dont, selon moi, ne peuvent que bénéficier le médecin dans l'exercice de sa profession et l'étudiant en médecine pour ses études médicales. Je considère en effet — peut-être par déformation professionnelle — que la médecine est une science et non pas seulement un art, une science dérivée, résultante, mais enfin une science. Elle comporte évidemment, comme toutes les sciences, une part importante d'observations et d'expérimentations directes que l'on peut ne pas relier immédiatement — et que certains ne relient pas du tout — aux lois et aux principes scientifiques connus, mais qui s'y rattachent cependant à coup sûr, par un lien plus ou moins apparent, parce qu'il n'y a pas de phénomène matériel, de phénomène vital, qui ne soit précisément régi par une loi physique et par un ensemble de réactions chimiques.

Il paraît donc logique que le médecin, à moins qu'il veuille se contenter de tirer parti de son « expérience », c'est-à-dire de la somme de ses observations, en dédaignant d'en poursuivre l'interprétation au delà du stade utilitaire, soit nanti d'une culture scientifique suffisante. Il est désirable qu'il connaisse un peu plus que ce qu'il a appris au lycée sur la constitution de la matière, sur les lois fondamentales de la physique et de la chimie, sur les principes et les caractéristiques des diverses réactions chimiques, et qu'il soit

en état, de par cette culture, de suivre les développements incessants de la physique et de la chimie dans leurs rapports avec la médecine, ou tout au moins de ne pas leur rester complètement étranger. Cette formation scientifique s'acquiert certes, en partie, au cours des études médicales proprement dites, mais il est indubitable qu'elle trouve sa base dans l'enseignement général du P. C. B.

Il y a autre chose : cette sorte de gymnastique scientifique à laquelle se trouvent contraints les jeunes P. C. B. et qu'ils apprécient certes moins que la gymnastique corporelle, a pour effet de permettre, à quelques-uns d'entre eux tout au moins, et c'est bien déjà quelque chose, d'acquérir, à des degrés divers, l'esprit scientifique — si ce n'est pas un trop grand mot — qui leur manque totalement et qui leur sera cependant, à mon avis, fort utile dans le cours de leurs études médicales. Ils apprennent à réfléchir et à raisonner : leur faculté d'observation apparaît ou s'affirme ; leur sens critique se développe et il n'est pas jusqu'à leurs travaux pratiques, si décriés, qui n'aient eux-mêmes, à ce point de vue, une influence favorable.

Puis-je, à ce propos, rapporter ici la réponse stupéfiante, faite par un de nos étudiants à propos de l'élimination journalière de l'urée et, par conséquent, de l'urine... « L'homme élimine normalement 5 centimètres cubes d'urine par jour »... affirmation qu'il se hâta d'ailleurs de corriger : « Non, pas 5 centimètres cubes, 5 litres ». De toute évidence, la faculté d'observation lui manquait... Je souhaite que le P. C. B. l'ait fait naître chez lui et je ne veux pas douter qu'il l'ait fait naître en effet.

Le médecin serait ingrat, à mon avis, s'il ne convenait pas que les qualités propres d'observation et de déduction, son adresse manuelle même, ne sont pas uniquement les fruits d'une expérience professionnelle née de la pratique de son art, mais résultent aussi de cette éducation scientifique générale, de ce dressage progressif que représentent, avant ses études de médecine, ses études générales théoriques et pratiques du P. C. B.

Ces appréciations formulées sur l'importance du P. C. B. au point de vue de la formation scientifique générale des futurs médecins, je voudrais émettre encore quelques considérations d'ordre un peu moins élevé.

La thérapeutique a fait et fait encore des progrès extraordinaires et la gamme des « médicaments », qu'il s'agisse de produits synthétiques ou de produits extraits de l'organisme vivant, végétal ou animal, s'accroît et se modifie d'année en année. Est-il admissible que le médecin puisse se satisfaire de la notice commerciale ou du formulaire et qu'il reste complètement ignorant de la nature des produits qu'il prescrit ou, en tout cas, que s'il a le désir de s'en instruire, il doive y renoncer par suite de la pauvreté de ses connaissances chimiques ?

Il serait abusif, à mon sens — et on ne me reprochera pas de chercher des exemples compliqués et surtout très nouveaux — que l'habile chirurgien regarde son aide appliquer chloroforme, éther ou chlorure d'éthyle, sans avoir la moindre idée de la nature de ces anesthésiants. Il serait désolant que le médecin prenne gravement la pression d'un surtendu et enregistre soigneusement un chiffre, dont il ignore totalement la signification. Il est clair que s'il en est malheureusement ainsi, le chirurgien sera tout de même habile et le médecin restera distingué, mais j'ai le droit de regretter qu'il y ait, dans leur cas, un tout petit peu d'un empirisme regrettable.

Quelques-uns des arrières-grands oncles de nos médecins contemporains attribuaient à l'urine — je m'excuse de revenir aussi souvent à cette matière — des propriétés curatives remarquables. Nous avons ri, dans notre jeunesse, de cette thérapeutique spéciale. Il n'empêche que l'on accorde justement aujourd'hui aux hormones extraites de l'urine d'extraordinaires activités, mais si le médecin moderne écrit « folliculine » au lieu d'« urine », sans avoir la moindre idée, parce qu'il est incapable de les comprendre, des magnifiques travaux des biochimistes modernes, devrons-nous avoir à son égard un sentiment différent de celui que nous inspiraient nos bons vieux empiriques ? Sans doute, la constitution d'un grand nombre de matières dont nous connaissons, par expérience, les propriétés pharmacodynamiques, est encore inconnue ou bien n'est que partiellement établie, et il faut bien se contenter de les employer sans rien connaître d'elles que leur activité propre. Mais je pense que lorsque les recherches patientes des chimistes apportent à leur endroit quelques éclaircissements, il ne faut pas que le médecin dédaigne de s'y intéresser.

Je ne nie pas, d'autre part, à considérer la complexité des problèmes, d'ordre physique et chimique, qui se posent en médecine, qu'il ne devienne de plus en plus difficile au médecin de se tenir au courant. Je persiste cependant à considérer qu'il ne doit pas se contenter d'enregistrer ou d'utiliser des faits d'expérience sans être à même ni de comprendre l'interprétation scientifique actuelle qui peut en être donnée ni d'en connaître les causes, si elles sont établies.

Tous les médecins pratiquent, par nécessité professionnelle l'automobile. Il n'y en a pas beaucoup, je crois, qui ignorent sinon les détails, du moins les principes essentiels du fonctionnement du moteur ou des transmissions de leur voiture. Conçoit-on qu'ils n'aient pas les mêmes préoccupations à l'égard de leur profession et qu'ils puissent avoir recours à des moyens d'action, physiques ou chimiques, dont ils ne connaissent que les caractéristiques extérieures, c'est-à-dire l'activité spécifique ?

On peut dire évidemment — et beaucoup ne s'en font pas faute — qu'il n'est pas indispensable, ni même utile, pour diagnostiquer, soigner et guérir de bonnes rougeoles, de solides broncho-pneumonies, pour ouvrir un ventre et recoudre des plaies, d'avoir cultivé l'optique, l'acoustique et l'électricité, de connaître la préparation du chlore et de savoir distinguer analytiquement le fer du magnésium, Ce sont là des oppositions faciles à dresser et qui frappent l'imagination mais, pour être plaisantes, elles ne sont pas très raisonnables. Lorsque nous parlons à nos étudiants, pour m'en tenir à la chimie, de métalloïdes ou de métaux ou bien d'hydrocarbures, ce n'est pas, en vérité, et nous le savons bien, que la connaissance de ces éléments ou de ces composés leur sera toujours d'une utilité directe pour les traitements médicaux ou chirurgicaux qu'ils appliqueront dans l'exercice de leur profession. C'est que, à notre avis, il n'est pas possible de relier les principes scientifiques fondamentaux à leurs applications médicales sans parcourir tout le chemin qui les sépare et sans s'arrêter successivement, les haltes étant de durée variable, aux étapes intermédiaires, c'est-à-dire aux chapitres successifs de la chimie inorganique et de la chimie organique qui sont, en fait, *interdépendants*.

J'ai touché, dans ce qui précède, à la physique et à la chimie médicale, à la physiologie et à la thérapeutique : on peut me dire que ce n'est pas au cours de leur année de P. C. B. que les futurs médecins apprendront ce qu'il leur est utile de connaître de ces diverses branches médicales. C'est l'évidence même et il convient donc que je souligne maintenant l'importance que présente le P. C. B. comme introduction à ces enseignements si importants de la médecine.

Je conçois difficilement qu'il soit possible au jeune étudiant en médecine de suivre, avec fruit, les enseignements

indispensables de chimie et de physique médicales, de physiologie et de thérapeutique sans avoir acquis, au préalable, de solides connaissances en physique, en chimie et en biologie. C'est là un point qui ne me semble guère discutable : il est par suite, inutile que je m'y étende longuement et je me contenterai d'effleurer quelques cas particuliers.

Comment comprendre, par exemple, le métabolisme des lipides, des glucides et des protides, si l'on ignore ce que c'est qu'un corps gras, un aldéhyde-alcool ou un amino-acide ? Comment y parvenir sans s'être assimilé, au préalable, les principes fondamentaux de la chimie organique et sans avoir fait une étude méthodique de ses fonctions simples et complexes ?

Par extension, comment évoluer avec aisance parmi les fonctions oxygénées et azotées, sans avoir étudié raisonnablement l'oxygène et l'azote ?

L'organisme animal renferme, à l'état de combinaisons, les principaux corps simples de la chimie : métalloïdes et métaux. N'est-il pas désirable, avant que de suivre leur évolution, d'avoir acquis à leur endroit quelques notions précises ?

N'est-il pas utile que le futur étudiant en médecine — je cite — sache que l'iode n'est pas un gaz, que le chlorure de sodium se dissout dans l'eau sans dégager d'hydrogène ou d'acide chlorhydrique, que l'oxyde de carbone n'est pas un constituant normal et abondant de l'atmosphère et que le chloroforme n'est pas un explosif ?

En vérité, il est indispensable qu'avant de s'enfoncer dans la biochimie et la chimie médicale, et de parcourir les multiples chapitres de la thérapeutique moderne, l'étudiant en médecine ait fait des études, élémentaires mais sérieuses, de chimie et j'imagine qu'il est tout aussi nécessaire qu'avant d'aborder la physiologie il ait cultivé consciencieusement le domaine de la physique.

Il faut bien se dire que la plupart des jeunes bacheliers, le plus souvent bacheliers ès philosophie, qui se destinent à la médecine n'ont qu'un bagage scientifique restreint et, pour certains, extraordinairement restreint... Je viens, de cette déficience, pour parler comme les médecins, d'apporter ici quelques preuves caractéristiques, quelques preuves expérimentales, si je puis dire... Il est juste de dire qu'un petit nombre d'entre nos étudiants, un très petit nombre évidemment, se rendent heureusement compte par eux-mêmes de leur infériorité à ce point de vue et font de louables efforts pour y remédier et ce n'est pas la moindre satisfaction que nous tirons de notre enseignement, parfois ingrat car nos jeunes P. C. B. fréquentent nos amphithéâtres, mais non pas nos laboratoires personnels, que de voir s'accroître et se développer chez eux, peu à peu, l'intérêt qu'ils portent à leurs études.

Je désire enfin faire valoir un dernier argument. Si le P. C. B. est une excellente initiation aux études médicales, il ne faut pas oublier qu'il joue un autre rôle utile : c'est, en effet, un filtre, un filtre aux pores sans doute larges, mais qui permet cependant d'effectuer une élimination préalable satisfaisante et d'écarter des études médicales ceux qui paraissent manifestement être hors d'état de les suivre avec fruit.

Pour toutes ces raisons, je maintiens la conclusion que j'ai formulée tout d'abord : l'année préparatoire du P. C. B. doit être maintenue.

Sur le deuxième point, je serai beaucoup plus bref. Je pense que les programmes actuels, établis d'ailleurs par une Commission mixte de professeurs des Facultés de médecine et des Facultés des sciences sont, dans l'ensemble, assez bien conçus. Ils sont peut-être trop étendus, mais l'important est d'en appliquer l'esprit et non la lettre, et en ce qui me concerne personnellement, il est tout à fait certain que mon point de vue s'est déjà modifié et se modifiera certainement encore dans l'avenir. Je n'estime donc pas nécessaire de procéder à un remaniement quelconque pour l'instant, à charge par nous d'introduire dans nos enseignements les allègements que nous jugeons nécessaires.

Mon exposé convaincra-t-il quelques-uns des lecteurs du *Progrès médical* ? je n'ai pas beaucoup d'illusions à ce propos et la plupart penseront, sans aucun doute, que les médecins ont seuls qualité pour apprécier ce qu'il leur est utile de connaître et, par conséquent d'apprendre. Je m'attends donc à de durs assauts et à de sévères critiques. Au fond, pour décider de la nécessité ou de l'inutilité des enseignements actuels, il faudrait s'en remettre à l'expérience. Et la plus simple expérience consisterait à mettre le P. C. B. en vacances pendant quelques années, c'est-à-dire à laisser pénétrer directement dans les Facultés de médecine, *sans en modifier aucunement les programmes actuels*, les jeunes bacheliers sortant frais émoulus de leurs lycées et de leurs collèges... et puis, avec le recul indispensable, juger du résultat. Je pense que l'épreuve serait décevante et il ne serait pas impossible, alors, que les médecins élevés à la vieille école éprouvent quelque dédain pour leurs jeunes confrères, adorent ce qu'ils ont brûlé et se muent en fougueux défenseurs de l'enseignement que certains d'entre eux combattent avec tant d'acharnement. Quelle belle revanche, en vérité, ce serait pour ce pelé, ce galeux....

H. Gault
Professeur à la Sorbonne

M. le Professeur Hackspill, Paris

Comme vous le remarquez si justement, la discussion sur l'utilité en P. C. N. (devenu P. C. B.) est aussi ancienne que cette institution.

Tous les arguments pour et contre ont été publiés et il me paraît inutile de les rappeler.

Si le fait de faire précéder les études médicales de une, ou même de deux années, consacrées à d'autres sciences, doit être considéré comme une erreur, on s'explique mal que toutes les Universités d'Europe aient adopté ce système et ne songent pas à l'abandonner.

Vous avez bien voulu me demander également mon avis sur le programme en vigueur depuis 1934 sous le nom de P. C. B.

Le changement d'orientation est surtout marqué par la suppression des descriptions et classifications qui caractérisent les sciences naturelles : N, et leur remplacement par la biologie : B, plus proche de la médecine.

En ce qui concerne ma spécialité, la chimie : C, l'ancien programme constituait une sorte d'initiation, le but étant de faire comprendre la chimie par un enseignement très général écartant systématiquement toute application, celles-ci faisant l'objet de cours spéciaux à la Faculté de médecine ; le programme du P. C. B. comporte une étude beaucoup plus complète de la chimie organique qui est poussée jusqu'aux confins de la chimie biologique et pénètre même, à diverses reprises, dans son domaine.

L'idée est certes défendable et le programme fort bien rédigé, il présente à mon avis le défaut d'être trop chargé et difficilement assimilable en une année par la majorité des éudiants dont la culture scientifique initiale correspond à la classe de philosophie.

Telle est en toute franchise mon opinion sur cette question, j'ajoute que vous auriez un avis beaucoup plus qualifié en consultant mon maître le Professeur Péchard 4, avenue George V, qui pendant plus de quarante années a assuré à Paris l'enseignement de la chimie en P. C. N.

Veuillez agréer, Monsieur le secrétaire, l'assurance de mes sentiments très distingués.

HACKSPILL.

M. le Professeur Locquin, Lyon

En réponse à votre honorée du 22 courant relative à votre enquête sur l'*utilité du certificat P. C. B.*, je crois devoir m'abstenir de toute réponse à ce sujet pour la bonne raison qu'étant personnellement intéressé à cet enseignement je ne veux pas avoir l'air de faire un plaidoyer *pro domo*.

Tout ce que je puis dire, c'est que tous les bons élèves n'ont jamais regretté d'avoir appris quelque chose, aussi bien dans les Facultés des sciences que dans les Lycées ou Collèges...

En ce qui concerne *le programme* de ce certificat, j'ai, d'accord avec mes collègues de Lyon, fait connaître notre point de vue dans un rapport qui a été adressé au Ministère en janvier 1935 et dont je ne me crois pas autorisé à vous donner la copie, précisément parce qu'il était un peu sévère, aussi bien dans le fond que dans la forme.

M. le Professeur Péchard, Paris

Ma mise à la retraite m'a fait cesser mon enseignement au moment où le P. C. N. est devenu le P. C. B. Je ne saurais donc avoir une opinion sur les résultats bons ou mauvais dus à ce changement.

Je considère cependant que mes quarante années d'enseignement au P. C. N. me font un devoir de répondre aux questions que vous m'indiquez dans votre lettre.

Lorsque fut créé le P. C. N., il avait pour but de donner aux bacheliers voulant poursuivre leurs études une culture générale indispensable même aux futurs médecins avant leur entrée à la Faculté de médecine.

Cette augmentation de la durée des études provoqua des réactions périodiques chez les étudiants et les professeurs de la Faculté de médecine qui réclamaient la suppression du P. C. N. ou son rattachement à la Faculté de médecine.

Pour connaître l'utilité du P. C. N., j'ai questionné à ce sujet de jeunes docteurs qui m'ont dit ne pas regretter l'année passée au P. C. N. Je me demande alors pourquoi le P. C. N. est devenu le P. C. B. Le premier suffisait pour donner la culture générale nécessaire aux futurs médecins et je ne saurais dire si le P. C. B. donnera de meilleurs résultats.

Avant de répondre à votre deuxième question, je poserai en principe qu'un programme doit correspondre aux connaissances antérieures acquises par les étudiants.

Or le P. C. B. actuel s'adresse en majeure partie à des bacheliers de philosophie et à quelques élèves sortant de mathématiques préparatoires.

Je ne crois pas exagérer en disant que les premiers ignorent les éléments de la chimie. Ce que voyant, je me suis évertué à faire des leçons très élémentaires et à la portée des étudiants, ce qui, je crois, m'a réussi, étant donnés les résultats obtenus aux examens de fin d'année.

J'ai eu l'occasion de lire les programmes de chimie du P. C. B. ; ma stupéfaction a été profonde. J'y ai vu que la chimie minérale était largement amputée bien que sa connaissance soit indispensable pour comprendre le reste de la chimie. De plus, les vides effectués étaient comblés par des leçons de chimie générale.

La chimie organique, au contraire, était amplement développée, les auteurs du nouveau programme jugeant qu'un étudiant moyen ne peut ignorer les synthèses des produits pharmaceutiques modernes et qu'il est moins nécessaire qu'il connaisse bien, comme du temps du P. C. N., les fonctions et leurs propriétés essentielles de la chimie organique.

J'ai eu sous les yeux et soupesé un livre de chimie édité en vue du P. C. B. ; je plains les malheureux bacheliers de Philo qui se croiront obligés de se l'assimiler.

N'ayant pas voix au chapitre pour vous donner une opinion sur le P. C. B., je me contenterai de vous adresser les lignes ci-dessus et me garderai bien de conclure dans la crainte d'être traité de fossile du P. C. N. par les partisans du P. C. B.

M. le Professeur Plantefol, Paris

Il ne saurait faire de doute que le médecin doive avoir une culture générale étendue. C'est elle qui, en lui, doublera le praticien d'un biologiste et lui permettra de replacer dans leur jour véritable les problèmes que posent les maladies humaines. La vie est un phénomène commun aux deux règnes et la seule étude de l'homme, ou même des animaux, ne ferait pas atteindre à sa définition. La hiérarchie des fonctions réalisée dans les organismes supérieurs ne prend toute sa valeur que de la connaissance des états d'organisation intérieure où elle est en quelque sorte ébauchée. Enfin les progrès de la médecine suivent pas à pas ceux de la biologie et le médecin doit être par ses études capable d'en comprendre le développement. D'où la nécessité d'une solide culture biologique. Mais la biologie est aujourd'hui placée sur le plan physico-chimique ; de plus par les moyens employés pour le diagnostic et pour la thérapeutique, qui sont si souvent du domaine de la physique et de la chimie, l'étude de ces deux sciences se révèle indispensable. Je pense que tout le monde est d'accord, aujourd'hui, sur ces idées.

La culture générale acquise au lycée serait-elle suffisante pour permettre de commencer de suite les études médicales? C'est l'un des points sur lesquels une enquête auprès de ceux qui enseignent au P. C. B. peut apporter des réponses utiles. Tous concluront également, j'en suis sûr, que l'acquis dû à l'enseignement secondaire n'est pas suffisant pour le but à poursuivre. Il faut étendre des connaissances trop schématiques encore ; il faut reprendre l'exposé des notions concernant la physique, la chimie, la biologie en s'attachant à coordonner d'abord ces notions à l'intérieur de chaque discipline, puis en faisant tomber les cloisons étanches qui dans l'esprit des élèves continuent à séparer l'un de l'autre ces divers domaines. On peut dire qu'en un sens les programmes de l'enseignement secondaire mènent à une connaissance analytique. L'année du P. C. B. doit donner aux futurs médecins, en faisant constamment la totalisation des facteurs d'action qui concourent à la vie, en étudiant les antagonismes et les régulations, cette connaissance synthétique qui est la caractéristique la plus profonde de l'esprit du biologiste. Il est donc nécessaire que le futur médecin consacre du temps à cet effort. Puisque l'acquisition de la culture générale doit précéder le travail de spécialisation, c'était une solution logique — mais non la seule possible

d'ailleurs — d'imposer une année de P. C. B. totalement distincte des études médicales et antérieure à ces études.

Reste donc la seconde question proposée : le programme actuel doit-il être maintenu ou transformé ? Dans les lignes qui vont suivre, j'envisagerai surtout l'enseignement biologique qui m'est confié : biologie cellulaire, biologie végétale.

Il remplace le programme de botanique que comportait le P. C. N. Pourquoi les organisateurs du P. C. N. avaient-ils rattaché la botanique aux disciplines pré-médicales ? parce que les plantes interviennent dans la vie humaine par les médicaments qu'elles fournissent (d'où cet admirable droguier acquis par le P. C. N., à l'aube de cet enseignement, et qui, tout à fait inutile, occupe depuis longtemps des armoires dans un grenier), mais aussi parce que, à un moment où on ne faisait point de distinction entre botanique et biologie végétale, on sentait que le programme de botanique contenait une part de biologie indispensable au médecin.

Il n'est pas douteux qu'un tel programme avait une valeur éducative et qu'il était difficile vers 1900 de faire mieux. Mais depuis cette date lointaine, l'orientation des sciences a beaucoup changé. A côté des sciences naturelles, les sciences biologiques se sont développées et ont pris droit de cité à la Faculté des sciences. Elles ont établi un pont entre les études médicales et les études scientifiques. Une biologie proprement dite, une chimie biologique, une physique biologique qui constituent un ensemble de connaissances dont le médecin se servira sans cesse. C'était un mouvement de pensée auquel les programmes devaient faire une place, en supprimant d'autres matières moins utiles. Souvent le changement s'est commencé, malgré l'ancien programme. Les professeurs ont rayé les chapitres inutiles au médecin, comme l'étude de la classification végétale, et ont fait place à une science vraiment biologique. Le nouveau programme est venu sanctionner la réforme qui s'était naturellement ébauchée. Il a mis en vedette la biologie cellulaire qui, étudiant les phénomènes généraux, présente l'importance primordiale ; il a déchargé la mémoire des candidats de ce qui, ayant un intérêt indiscutable pour le botaniste, se trouve n'en avoir aucun pour le médecin, comme l'étude détaillée des classifications ; il a exclu ce qui est détail particulier, pour conserver ce qui mène aux idées générales qui animent la biologie : au total, pour la branche où il m'est surtout donné de porter un jugement, je pense excellente la mise au point accomplie par les rédacteurs du programme.

Il serait puéril d'envisager le détail du programme. Evidemment quelques infimes rectifications, donnant plus d'homogénéité au plan, seraient souhaitables. Mais ce qui importe dans un programme, c'est l'esprit avec lequel il est composé, et de ce point de vue le programme du P. C. B. est parfait. En s'y conformant un professeur désireux de donner un enseignement fondamentalement utile à ses élèves destinés à devenir des médecins est assuré qu'il atteindra son but.

Sur un point pourtant, la comparaison qui s'impose entre le programme du P. C. B. et ceux des certificats dont il se rapproche le plus paraît laisser à désirer. Ouvrez le livret scolaire de la Faculté des sciences. Tout programme de certificat est suivi d'une liste de manipulations le plus souvent très détaillée ou au moins d'indications définissant la nature des épreuves pratiques auxquelles le candidat sera soumis. Je veux croire que le caractère du programme nouveau et l'énoncé précis des matières qui doivent faire l'objet du cours ne laisse place à aucune méprise sur la réalisation de travaux pratiques illustrant cet enseignement. Fixer les sujets des travaux pratiques, comme on a fixé ceux de l'enseignement, apporterait un complément utile au programme.

Au total, l'évolution du P. C. N. en P. C. B. a donné satisfaction à des critiques très légitimes du monde médical. Il est prématuré de remettre en question ce qui vient d'être réglé. Il est possible que sur certains points la transition ne soit pas encore vraiment réalisée : on change l'enseignement moins vite que les programmes. Les livres rendus nécessaires par ce changement commencent à peine à paraître. Il faut laisser atteindre un état stable. C'est alors seulement qu'à l'aide de résultats indiscutables, on pourra juger, expérimentalement, de ce que vaut la réforme réalisée.

Lucien PLANTEFOL,
Sous-Directeur de Laboratoire
au Collège de France
Chargé d'un cours de biologie végétale
au P. C. B. (Série C.)

FAITS CLINIQUES

Intoxication aiguë par la teinture d'aniline

Par MM.
MONTEL, Médecin des Hôpitaux de Marseille
et
MARTY, Assistant des Hôpitaux coloniaux

Le capitaine M..., de l'Infanterie coloniale, entre à l'hôpital le mercredi 26 août 1936, vers 19 heures, dans un état quasi-comateux. Le médecin de garde justement effrayé fait appeler l'un de nous à son chevet. On se trouve en présence d'un malade dont la situation apparaît en effet grave : la face est cadavérique, les téguments d'une pâleur livide, contrastant avec une teinte ardoisée des muqueuse.

La respiration est lente, sans néanmoins de troubles du rythme. Le pouls est misérable ; la tension artérielle au Vaquez-Laubry de 8/5. Il existe des vomissements alimentaires abondants. La température est de 37°2. L'examen des divers appareils est négatif ; en particulier rien d'anormal en ce qui concerne le système nerveux, sauf un état stuporeux particulièrement marqué. En somme le sujet donne l'impression d'être fortement shocké.

On se perd en conjecture sur la nature exacte de ces accidents, d'autant plus que le malade ne répond qu'avec difficulté et la plus extrême lenteur aux questions posées ; tout ce qu'on peut obtenir de lui, c'est la composition du menu de son déjeuner, qui, des plus simples, ne peut en aucune façon, avoir été la cause d'une intoxication alimentaire.

Rien d'autre part, dans les symptômes observés ne rappelle une insolation, que la température très élevée de la journée aurait pu faire considérer comme plausible.

On évoque en fin de compte l'hypothèse d'une intoxication volontaire ou accidentelle, sans d'ailleurs pouvoir en préciser la nature.

Quoiqu'il en soit, un traitement médicamenteux symptomatique est institué à base de toni-cardiaques et d'adrénaline. Le malade est réchauffé par des frictions alcoolisées et est l'objet dans la nuit, d'une étroite surveillance.

Au bout de quelques heures, le sujet sort peu à peu de sa torpeur ; la face se recolore, le pouls devient meilleur.

Le lendemain matin tout est à peu près rentré dans l'ordre. Le capitaine M... ne ressent plus qu'une impression de fatigue intense, qui d'ailleurs se dissipera dans la journée. La température du matin est de 38° ; celle du soir 37°5.

L'examen somatique, derechef pratiqué, est négatif. On ne constate en particulier, aucune éruption au niveau des téguments, qui resteront par la suite, indemnes, quelle que soit la région du corps considérée.

Le sujet parfaitement lucide, peut alors nous raconter son histoire. Tout à fait normal dans la matinée, il a pris ses dispositions pour une revue de départ en manœuvres qui doit avoir lieu l'après-midi. Dans ce but, il a fait teindre en noir, entre 10 et 11 heures du matin, une paire de chaussures qu'il a revêtues l'après-midi, vers 13 h. 30 pour se rendre au quartier.

A peine les avait-il depuis un moment, qu'il éprouve au niveau des pieds des sensations bizarres, picotements, fourmillements, auxquelles il ne prête d'ailleurs guère attention. Sur les rangs, il commence à vaciller et ses camarades lui font observer qu'il a une figure décomposée.

Cette impression de malaise s'accentue et finalement il tombe en syncope. Il ne se souvient après plus de rien, mais nous savons qu'il a été transporté à l'infirmerie, puis de là à l'hôpital, et qu'on a pris la précaution élémentaire, mais dans le cas particulier, tutélaire, de lui enlever chaussures et chaussettes.

Le diagnostic, si malaisé jusqu'alors semble s'éclairer et nous pensons nous trouver en présence d'une intoxication par la teinture d'aniline.

En effet, les principaux symptômes qu'on rencontre dans ce genre d'empoisonnement, se retrouvent ici : coloration ardoisée de la peau, phénomènes de stupeur, de défaillance cardiaque, avec refroidissement des extrémités, etc...

Cependant sans preuve biologique ou chimique formelle, notre supposition ne restait qu'une hypothèse demandant vérification.

Aussi avons-nous entrepris quelques recherches. Du point de vue biologique, elles ne nous ont pas appris grand chose ; elles ont été exécutées trop tardivement et l'aniline, il convient de ne pas l'oublier, s'élimine vite.

Dans les urines, il n'a été décelé ni sucre, ni albumine, ni hémoglobine, ni dérivés de l'hémoglobine. Par contre, on a trouvé des sels et des pigments biliaires, dont la présence témoignait peut-être concurremment avec une azotémie à 0,61 p.1.000, d'une légère atteinte hépatique.

Nous avons préféré nous adresser à la chimie et nous avons demandé au service de la pharmacie de l'hôpital de bien vouloir caractériser l'aniline dans les chaussures ou plus exactement dans les chaussettes imprégnées du produit et causes vraisemblables de l'intoxication.

MM. les pharmaciens lieutenants Le Moult et Cruciani, M. Reboul, expert-chimiste à Draguignan, ont bien voulu nous remettre la note suivante.

« *Description des chaussettes.* — Chaussettes de coton, imprimé, présentant des macules noirâtres au niveau du talon et du cou-de-pied. Les examens ont porté sur les parties tachées : les surfaces intactes n'ayant servi qu'à contrôler les réactions positives.

« *Opérations chimiques.* — Nous avons d'abord tenté d'obtenir une solution d'aniline ou une combinaison saline ;

« 1° Par épuisement alcoolique au Soxhlet.

« 2° Par action d'$So^4 H^2$ à chaud, pour obtenir un sulfate d'aniline.

« 3° Par déplacement de l'aniline par macération en milieu acide (acide tartrique).

« Sur le produit de ces opérations, nous avons tenté les :

« *Réactions de caractérisation.* — 1° Action de l'hypochlorite de soude en milieu phéniqué.

« La présence de l'aniline est révélée par une coloration bleue ou bleue violacée plus ou moins intense selon la teneur en aniline.

« Cette réaction a été effectuée sur les résidus précédemment indiqués et a donné les résultats suivants :

« a) Avec le liquide alcoolique d'épuisement : réaction négative :

« *b*) Avec le résidu du traitement par $So^4 H^2$: réaction négative.

c) Avec le liquide de macération en milieu acide tartrique : réaction positive.

« *d*) Avec une macération aqueuse d'un fragment souillé de la chaussette : réaction positive.

« 2° Action combinée de $So^4 H^2$ et de $No^3 H$.

« Cette réaction n'est pas spécifique de l'aniline mais indique la présence de Toluidine, impureté constante de l'aniline commerciale. En présence de Toluidine on obtient une coloration bleu-violacé, violette et rouge. Effectuée sur le résidu de l'évaporation ménagée du liquide d'épuisement alcoolique la réaction de Toluidine a été *positive*.

« *Discussion des résultats.* — Les réactions positives ont été vérifiées avec les témoins ci-après :

« *a*) Tissu dilacéré ne présentant pas de macules noires : réactions négatives.

« *b*) Mise en présence des réactifs seuls : réactions négatives.

« *c*) Dilution à des titres divers d'aniline pure : réactions positives présentant toutes les intensités des colorations caractéristiques.

« Conclusion. — Ces résultats nous permettent de conclure à la présence d'une aniline impure (aniline commerciale) dans les chaussettes soumises à l'analyse.

Il s'agissait donc indiscutablement dans notre cas d'une intoxication par l'aniline, dont les suites furent essentiellement favorables : dès le surlendemain en effet, le malade pouvait être considéré comme guéri.

Les conclusions que l'on peut tirer de cette observation sont les mêmes que celles de MM. Loeper, Soulié, Marchon (Séance du 12 juin 1936), à savoir que ces intoxications par l'aniline deviennent de plus en plus fréquentes et qu'il convient d'y penser souvent, ensuite qu'il est nécessaire de publier de tels cas, afin que leur multiplication attire l'attention des Pouvoirs publics, et que l'emploi de cette drogue dangereuse soit enfin réglementé, dans certaines de ses applications commerciales et industrielles.

« Quelques heures de danse et de tennis par semaine ne sont pas, pour les femmes, l'équivalent de l'effort qu'elles faisaient en montant et descendant continuellement l'escalier de leur maison, en accomplissant leurs travaux domestiques sans l'aide de machines, en circulant à pied dans les rues. Aujourd'hui, elles vivent dans des appartements pourvus d'un ascenseur, marchent avec difficulté sur de hauts talons, et se servent constamment d'une automobile, des omnibus ou des tramways. Il en est de même pour les hommes. Le golf du samedi et du dimanche ne compense pas la complète inaction du reste de la semaine. » (A. Carrel. — L'homme, cet inconnu.)

Nous estimons à 85-90 % la proportion des malades qui demeureront définitivement guéris, après avoir été cliniquement débarrassés de leurs symptômes de tuberculose par un pneumothorax artificiel. (R. Burnand. — Quand doit-on abandonner un pneumothorax thérapeutique, *Rev. méd. Suisse romande*, 25 sept. 1936.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Etat de la vésicule biliaire après castration

Les déductions que divers auteurs ont tiré de leurs expérimentations sur l'état de la vésicule après castration ne sont pas entièrement concordantes ; aussi FRANCESCO SPIRITO, qui a si consciencieusement poursuivi l'étude de l'action de la gestation sur la vésicule biliaire, a entrepris une série de recherches (1) sur ce sujet, recherches qu'il convient de résumer ici. SPIRITO a ovariectomisé six chiennes et six lapines, lesquelles, au bout d'un an, ont été abattues, douze heures après un dernier repas. L'examen de leurs vésicules a confirmé les observations de LINO ; chez les chiennes, à première vue, on note un épaississement généralisé de l'organe ; les papilles muqueuses de dimensions uniformes et de coloration jaunâtre, sont très apparentes et présentent l'aspect framboisé, décrit par LINO ; la bile est épaissie et trouble. Chez la lapine, la paroi est également épaissie ; mais la collaboration jaunâtre fait défaut.

Histologiquement, en plus de l'épaississement des parois de la vésicule de la chienne, la muqueuse est le siège d'une intense prolifération hyperplasique, laquelle se manifeste soit par l'accroissement en nombre et en dimension des papilles, soit par la multiplication des formations pseudo-glandulaires, sous-jacentes aux papilles que constituent des enfoncements de l'épithélium vésiculaire dans le tissu conjonctif. Il arrive, souvent, qu'une papille se subdivise en papilles de deuxième et parfois troisième ordre ; l'extrémité terminale de certaines affecte assez fréquemment la forme d'une massue.

Comme les précédentes recherches de SPIRITO lui avaient appris que l'aspect des papilles d'une même vésicule varie selon les points où le prélèvement a eu lieu, pour éviter toute cause d'erreur, il a, d'une façon constante, pris les échantillons à examiner au milieu de la ligne médiane de la face antérieure de la vésicule ; et il les a toujours comparés à des témoins prélevés, dans les mêmes conditions, sur des animaux normaux.

Le protoplasma des cellules épithéliales, soumises aux procédés usuels, se colore plus intensément qu'à l'ordinaire et presque uniformément dans toute leur étendue ; il n'existe pas de différence entre la partie distale et celle basale, comme cela se voit dans la gestation. Le ton de coloration n'est pas le même chez la femelle gravide et la femelle castrée ; il est donc permis de supposer que la coloration n'est pas due, ici et là, au même agent.

La substance qui occupe l'intervalle des plis, ne s'y montre pas plus abondante que de coutume ; il est donc admissible que la fonction cellulaire s'opère normalement.

Les préparations, destinées à démontrer les variations de la teneur en graisses, permettent de constater qu'individuellement les cellules muqueuses sont en général farcies de grains graisseux, d'espèces diverses, lesquelles apparaissent dans la vésicule — ainsi qu'il en est normalement — plus nombreux dans les préparations congelées, colorées au sudan que dans celles traitées par le procédé de CIACCIO en ce qui concerne les lipoïdes ; et, ils sont encore moins nombreux dans les préparations fixées au flemming. Le même état graisseux existe dans les éléments épithéliaux des formations glandulaires de la muqueuse. La graisse abonde également dans le chorion muqueux et les autres plans de la paroi vésiculaire soit en grains accumulés dans les histiocytes, plus nombreux que normalement, soit sous forme de grains diffus ou réunis en amas dans les tissus ou, enfin, de larges dépôts que colore en rouge le sudan et, qu'à l'œil nu, on perçoit déjà sur les coupes histologiques.

(1) SPIRITO Francesco. — Vésicule biliaire et castration. Cistifellea e castrazione. *Archivio di Ostetricia e Ginecologia*, tome XLIII, 1936, n° 1 (traduit et résumé par H. Vignes.)

Il est important de remarquer qu'en de très nombreux points de la surface externe des cellules épithéliales, naissent des gouttes de graisse, de divers volumes, qui tombent ensuite dans la cavité vésiculaire. La présence des masses informes répandues amplement dans toutes les couches, des multiples gouttes de graisse contenues dans l'épithélium et de celles qui s'en détachent pour arriver dans le sac vésiculaire me semble suffisante à valoriser la conception que SPIRITO a avancée dans son travail sur l'influence que la gestation exerce sur la vésicule, à savoir qu'en ce qui concerne les graisses en général, on peut attribuer aux parois de la vésicule le pouvoir d'en éliminer.

Toutes ces graisses, vues au microscope polarisateur, sont en quelques points biréfringentes, ce qui fait penser que parties d'elles, sont constituées par du cholestérole. Même si l'on veut soutenir que le surplus non-biréfringent n'est pas du cholestérole, contrairement à ce que les recherches de SPIRITO permettent d'admettre sinon affirmer sûrement, on peut toujours maintenir qu'il est évident que la paroi de la vésicule élimine de la cholestérine, même si on lui refuse une action cholestérinogène locale.

Tant dans le chorion de la muqueuse que dans le stroma qui sert de soutient aux plis, on trouve fréquemment des amas , plus ou moins considérables, de lymphocytes, qui constituent parfois de véritables follicules lymphatiques.

Les dispositions, chez la lapine, concordent à celles décrites au sujet de la chienne. En général la quantité de graisse, dans cette dernière, dépasse énormément celle de la lapine ; toutefois lorsque celle-ci est chatrée l'augmentation de graisse est facilement appréciable.

En somme les examens macro et microscopique confirment l'aspect framboisé, signalé par LINO, dans la vésicule de la chienne ; bien que s'en rapprochant beaucoup, celui de la lapine est moins accusé. La diversité d'alimentation de ces deux espèces animales et partant de leur métabolisme, suffit à expliquer cette différence, qui, somme toute, n'est pas qualitative mais quantitative.

Si l'on compare les données fournies par la gestation et la castration, il faut observer que, tandis que chez la femelle pleine la production de nucléo-albumine phosphorée de SCHAFFER augmente beaucoup ainsi que la teneur en graisse, il n'existe chez la femelle castrée aucune modification quantitative de la nucléo-albumine, mais un accroissement vraiment *impressionnant* de la teneur graisseuse.

La démonstration que la castration détermine, dans la vésicule de certains animaux, des modifications très semblables à celles que l'on observe dans la vésicule framboisée paraît évidente à SPIRITO, et, rien ne s'oppose à penser que la vésicule framboisée humaine peut être la manifestation locale d'un processus dérivant de l'altération du métabolisme des graisses, probablement sous la dépendance de variations hormoniques génitales.

Mais SPIRITO ne sait pas jusqu'à quel point les modifications produites par la gestation ou la castration ont une action sur la lipoïdose et augmenteraient la fréquence de la lithiase de la gravidité. Si cette affection est causée par des modifications structurales et histochimiques des parois de la vésicule ainsi que de son conteuu — opinion partagée par de nombreux auteurs — modifications qu'accroît la castration, cette dernière, plus que la gestation, doit favoriser la formation des calculs. SPIRITO ne croit pas qu'une relation entre ces deux faits ait été jusqu'à présent signalée. Son intention n'est pas d'approfondir cette question, qui sort de sa compétence, mais d'attirer l'attention des cliniciens, et des anatomo-pathologistes sur les relations possibles entre la castration et la lithiase biliaire. Si on dénie à la castration la capacité d'aggraver la fréquence de la lithiase, il lui paraît difficile de soutenir, tout au moins au point de vue de la lipoïdose, que l'on puisse considérer, comme on le fait en général, que cette plus grande fréquence chez la gravide est inhérente aux changements morphologiques et sécrétoires de sa vésicule, attendu que, chez les castrées ces changements sont beaucoup plus marqués.


CHLORO-CALCION
P. Michels
CHLORO-CALCION
Solution titrée
INDICATIONS
RECALCIFIANT
Croissance _ Tuberculose
Grossesse, Allaitement, Spasmophilie
Entérites, Accidents sériques
Caries dentaires
HÉMOSTATIQUE
Toutes Hémorragies
DÉCHLORURANT
Albuminuries, Néphrites, Œdèmes
Ascite, Pleurésies
CONTENANCE DU FLACON : 65 GR.
LABORATOIRES P. MICHELS
Pharmacien de 1re Classe
4bis, Rue du Colonel-Moll _ PARIS (17e)
DOSES MOYENNES : Adolescents et Adultes : de 60 gouttes à 4 cuillerées à café. Enfants au dessous de 10 ans : 4 gouttes par année

DERMATOLOGIE

Acné rosacée interprétée comme une réaction cutanée consécutive à une infection focale

On connaît bien aujourd'hui l'importance pathogénique attachée par les auteurs américains (Billings, Ch. Mayo, Rosenow) à l'infection focale dans le déterminisme de beaucoup de manifestations locales ou générales.

La peau, dont le polymorphisme réactionnel objectif est cliniquement très riche présentera souvent des phénomènes allergiques dont le point de départ pourra être trouvé au niveau d'une infection profonde, circonscrite et discrète et qui constitue le foyer initial. On sait que les plus fréquents de ces foyers sont représentés par les granulomes apicaux des racines dentaires, les infections chroniques du cavum et des sinus, l'amygdalite chronique, les pyodermites, les lésions utéro-annexielles.

Issu de ces foyers, l'antigène, microbe ou toxine, est amené par le torrent circulatoire jusqu'à la peau sensibilisée, d'où réaction cutanée allergique inflammatoire. Parmi les formes cliniques de la réaction cutanée, nous observons le plus souvent des plaques de parakétose psoriasiforme sèche ou eczématisée et des éléments érythémato-pityriasiques.

Dans un récent article (*Journal of American médical Association*, 30 novembre 1935, p. 1738) H. Feit, E.-A. Laszlo et F. Vero attribuent cette étiologie à l'acné rosacée dont l'origine a d'ailleurs toujours paru obscure. Ils ont étudié 50 observations portant sur 41 femmes et 9 hommes porteurs d'acné rosacée rebelle ; la majorité de ces malades, fait contraire aux données classiques, était comprise entre 20 et 40 ans.

Après avoir pratiqué des examens méthodiques extrêmement complets, ces auteurs ont relevé 43 cas d'infections focales uniques ou multiples et dont le détail est conforme aux notions habituelles : une grosse majorité (29 cas) d'infections dentaires, sinusiennes (13 cas), amygdaliennes (12 cas). Les autres foyers comportaient des atteintes nasales, auriculaires, appendiculaires et 2 cas de pyodermites. Avant de traiter leurs sujets, et désireux de savoir s'ils étaient sensibilisés aux microbes habituellement trouvés dans ces foyers, ils pratiquèrent des intradermo-réactions : vingt-sept subirent des intradermo avec des toxines staphylo-streptococciques et chez treize autres ils tentèrent ces mêmes recherches avec du vaccin colibacillaire (corps microbiens tués à la chaleur). Ces produits n'avaient donné que fort peu de réactions chez les témoins. Près de 80 % de réactions positives, tant immédiates que tardives vinrent montrer l'état d'allergie cutanée de leurs malades ; et fait très important, nombre de ces malades subirent au niveau de leur acné une poussée de réaction focale très caractéristique.

Les résultats thérapeutiques furent encourageants : après traitement méthodique des foyers infectieux et traitement peu intense des lésions d'acné (pommades et rayons ultraviolets) les auteurs observent 14 guérisons complètes et 13 améliorations très marquées, maintenues et suivies pendant plus d'un an ; 12 cas furent peu améliorés, 10 ne purent être suivis et 1 seul cas se révéla incurable. Ils terminent leur exposé par cette conclusion : « Nous croyons « que la guérison ou l'amélioration de ces cas après traitement des foyers indique que la rosacée, ou tout au « moins les pustules peuvent être considérées comme une « *bactéride*. Et nous employons ce terme, par analogie aux « autres mots en « *ide* » pour désigner les lésions, dues à « l'arrivée des microbes ou de leurs toxines au niveau de « zones sensibles et consécutives, non au développement « microbien, mais à une réaction allergique ».

Que faut-il penser d'une théorie qui accorde à l'infection focale une importance telle que 50 % des cas semblent relever exclusivement de cette pathogénie ? A vrai dire les Américains ont déjà invoqué l'infection focale dans l'eczéma, l'asthme, la migraine, le rhumatisme chronique déformant, dans toutes les maladies dont l'étiologie est obscure ou à propos desquelles on peut parler de réaction ou de colloïdoclasie. Cependant, avec l'expérience des faits, on vit que l'infection focale se résumait à peu de chose et que son traitement méthodique n'influait pas toujours beaucoup sur la maladie qu'elle était censée provoquer. C'est pourquoi, s'il faut retenir ici cette étiologie comme vraisemblable et intéressante, il convient par contre de n'accueillir qu'avec des réserves une systématisation qui serait exagérée. Un seul fait important est à retenir et les auteurs américains l'ont bien noté : le rôle possible de l'intestin agissant comme foyer infectieux comme le montre la positivité des intradermo au colibacille, encore que ce test soit sujet à révision.

Signalons cependant que en 1906, Le Play écrivait : « L'intégrité de la barrière formée par la muqueuse intes- « tinale paraît plus importante que l'asepticité du contenu ; « forte toxicité et bonne muqueuse semblent préférables à « faible toxicité et muqueuse détériorée ». A trente ans de distance, le même fait est signalé avec une pathogénie différente. Ce que nous savons des méfaits de la purgation intempestive semble militer en faveur de l'ancienne interprétation.

Gilbert VIAL.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Clinique médicale

Les complications nerveuses de la maladie de Bouillaud ne se réduisent pas seulement à la chorée rhumatismale et au rhumatisme cérébral ; il y a de nombreuses localisations nerveuses moins connues.

Il y a tout d'abord les complications névritiques : polynévrites, vraies ou éthylo-rhumatismales, névrites localisées, syndromes névralgiques caractérisés, syndromes sympathiques localisés.

Il y a ensuite les complications méningées : hémorragie et réactions transitoires.

Il y a enfin les complications médullaires, le plus souvent scléroses en plaques ou autres syndromes médullaires chroniques.

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous sommes obligés de ne retenir que les cas accompagnés d'une signature articulaire ou cardiaque irréfutable, ce qui conduit certainement à laisser de côté une quantité importante de faits analogues.

(L. Bouchut, R. Froment et G. Ronzier. Les complications névritiques, méningées et médullaires de la maladie de Bouillaud. *Journal de médecine de Lyon*, 5 mai 1936.)

La fièvre ondulante n'est plus l'apanage des rives méditerranéennes ; observée dans le midi, dans l'est et dans la région parisienne, elle s'est acclimatée également dans l'ouest et particulièrement dans la région angevine.

Le diagnostic est souvent bien difficile. Dans les formes classiques on pense habituellement au début à la typhoïde et plus tard à la tuberculose. Dans les formes localisées l'erreur est fatale. Seules la notion d'épidimicité possible et surtout

l'habitude de penser à cette affection permettront, devant ces syndromes si prolongés, de songer à une brucellose possible et de mettre en œuvre les recherches de laboratoire absolument nécessaires.

(Denéchau. La fièvre ondulante en Anjou. *Archives médicales d'Angers*, juin 1936.)

La grippe paraît peu fréquente chez les tuberculeux. Lorsqu'elle se produit, d'une part le terrain bacillaire peut augmenter sa gravité, d'autre part elle peut elle-même, soit réveiller une tuberculose latente, soit créer de nouveaux foyers.

Il faut penser au réveil d'une tuberculose dans toute grippe qui traîne plus que de raison.

On n'oubliera d'ailleurs pas que les manifestations grippales peuvent simuler la tuberculose par leur localisation ou par les hémoptysies.

Lorsqu'une dyspnée violente s'accompagne de cyanose et de signes discrets à l'auscultation, il faudra penser à une poussée de granulie.

(Hautefeuille. Grippe et tuberculose. *Gazette médicale de Picardie*, juin 1936.)

Le diagnostic de ptose gastrique est le plus souvent un diagnostic de paresse.

Si la dénomination « ptose gastrique » englobe tous les cas dans lesquels le relèvement de l'estomac constitue un élément de succès thérapeutique, ce n'est plus qu'une étiquette de bandagiste.

Il faut bien nous enfoncer deux clous dans la tête :

1° L'abaissement du bas-fond gastrique, si souvent constaté radiologiquement, ne s'accompagne presque jamais de troubles morbides.

2° L'examen attentif de tous les soi-disant ptosiques permet de déceler une cause extra-gastrique, dont le traitement suffit pour modifier les troubles observés.

(Ch. Garin et P. Bernay. La ptose gastrique vraie. *Journal de médecine de Lyon*, 20 août 1936.)

Clinique chirurgicale

Les fractures articulaires du plateau tibial ont été longtemps ignorées et confondues avec les entorses graves du genou.

Les fractures des tubérosités sont graves parce qu'articulaires. On constate ultérieurement des phénomènes d'arthrite traumatique, des troubles de la statique par persistance des déplacements fragmentaires, des raideurs articulaires avec perte fonctionnelle totale ou partielle, de la laxité articulaire par atteinte ligamentaire.

Les fractures de la tubérosité interne donnent des séquelles plus graves que celles de la tubérosité externe.

La consolidation est lente et demande habituellement de quatre à cinq mois, les pseudarthroses n'étant pas rares.

Le pronostic général de toutes ces fractures est dominé par le maintien de la continuité de la ligne du plateau tibial. Si le profil est conservé, même dans les fractures avec fort écrasement. la simple immobilisation suffit à donner un bon résultat.

Le pronostic dépend aussi du degré de tassement de la tubérosité tibiale. Si le tassement est accentué, il commande l'intervention sanglante, avec redressement et comblement de la cavité par des greffons ostéopériostiques.

Le traitement orthopédique a beaucoup progressé ces dernières années et a gagné du terrain sanglant. Actuellement on doit toujours tenter le traitement orthopédique dans tous les cas ; l'indication du traitement opératoire découle seulement de l'échec du traitement orthopédique.

(Hamant et Durand. Les fractures articulaires des tubérosités tibiales. Considérations générales. *Revue médicale de Nancy*, 15 juin 1936.)

Les luxations sous-astragaliennes sont rares. En voici un cas :

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, qui, tombant d'une échelle, s'est pris le pied entre les barreaux. Il est transporté quelques heures après ; on constate alors une déformation considérable du pied droit, qui présente vraiment un aspect extraordinaire.

Le pied n'est plus dans l'axe de la jambe ; du côté externe, il existe une importante saillie, où la peau est très pâle, paraissant prête à se sphacéler ; du côté interne, un coup de hache très important.

Le pied est en varus très accusé, complètement incapable d'exécuter le moindre mouvement. Le blessé souffre énormément.

Il n'existe pas de points osseux douloureux, en particulier sur les malléoles ; la pédieuse bat normalement et les doigts ne sont pas froids.

La radiographie confirme le diagnostic de luxation sous-astragalienne du pied en dedans, sans fracture.

L'astragale est bien en place, sa tête est nettement en dehors de la tubérosité antérieure du calcanéum ; celui-ci a sa face externe tournée vers le sol.

Sous anesthésie au chlorure d'éthyle, la réduction, faite immédiatement, est très aisée. Emboîtant le talon dans la main et tirant en avant, la réduction se fait brusquement avec un claquement sec, sans qu'on ait eu le temps d'ébaucher un mouvement pour ramener le pied en dehors.

Une botte plâtrée est laissée quinze jours au bout desquels le malade reprend la marche.

Revu un mois et demi après l'accident, le blessé marche correctement, sans douleur ; il n'existe aucune limitation des mouvements, aucun mouvement anormal, à peine le pied est-il encore un peu enflé le soir après la marche.

(F. Leclerc, F. Charbonneau et P. Camuzet. Luxation sous-astragalienne du pied. *Bourgogne médicale*, juin 1936.)

Clinique obstétricale

La césarienne haute corporéale est une intervention imparfaite, restée bien en retard sur les techniques chirurgicales modernes et qui grève lourdement l'avenir obstétrical des femmes qui l'ont subie.

La césariende basse supra-symphysaire est une intervention excellente, à la fois très chirurgicale et très obstétricale, car, outre ses résultats immédiats excellents, elle laisse presque intact l'avenir obstétrical des opérés.

L'auteur s'appuie sur l'observation de 49 cas.

Sur 17 cesariennes hautes il n'y a eu aucun accouchement par les voies naturelles, mais 4 ruptures utérines.

Sur 32 césariennes basses il y a eu 6 accouchements par les voies naturelles.

(P. Brault. L'avenir obstétrical des femmes césarisées. Supériorité considérable de la césarienne basse. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 15 mars 1936.)

J. Lafont.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Œdème aigu du poumon au cours d'un premier traitement antisyphilitique par le bismuth

Le malade présenta d'abord à la quatrième injection bismuthique un érythème du neuvième jour. A la reprise du traitement, apparition très rapide d'œdèmes de la face et des membres inférieurs qui disparaissent en quelques heures et sont suivis d'un œdème aigu du poumon. Celui-ci résiste à toutes les thérapeutiques. Mort en quelques heures en hyperthermie. MM. J. Margarot, P. Rimbaud et A. Sauvy (*S. des S. Méd. et B. de Montpellier et du Languedoc Méd.*, 20 mars 1936) insistent à ce propos sur l'intrication constante des phénomènes d'intolérance et des phénomènes infectieux dans la genèse des accidents précoces de la thérapeutique anti-syphilitique.

Le traitement de la maladie de Nicolas-Favre par les injections intra-dermiques d'antigène simien

MM. J. Margarot et P. Rimbaud (*S. des S. M. et B. de Montpellier et du Lang. M.*, 20 mars 1936) ont pratiqué des injections hebdomadaires d'antigène à l'exclusion de toute autre thérapeutique. Guérison de six à huit semaines même dans des formes suppurées et fistulisées. Ces injections ne provoquent aucune réaction générale, elles peuvent être considérées comme un mode de vaccinothérapie spécifique.

Echos et Glanures

(Suite)

Quand on peut s'emparer de tabac, on fait comme le héros de l'anecdote : « Mon enthousiasme tomba peu à peu. Il me sembla que ma tête s'alourdissait. J'éprouvais un singulier malaise et j'avais le cœur légèrement barbouillé. Je posai ma pipe sur la mousse, espérant que cela passerait, mais *cela* ne passa pas. Ma tête tournait, mes yeux papillottaient, un nauséeux affadissement me venait aux lèvres et mon estomac se soulevait... Je n'eus que le temps de me pencher sur le bord du talus... J'étais ridiculement malade et je vomissais avec des efforts qui me retournaient les entrailles... Le châtiment commençait ».

Nos premières armes se traduisent donc par une révolte de notre organisme. Ces malaises ne sont en effet que les signes d'une intoxication aiguë avec déséquilibre du sympathique : teint livide, état syncopal, réflexes nauséeux...

Pourquoi l'on continue à fumer.

Il serait héroïque de poursuivre l'expérience si les effets n'en étaient pas changés. Il le sont vite, pour notre malheur, on peut le dire, par l'*accoutumance*. C'est là un phénomène d'ordre très général, physique et moral. (On s'accoutume à la laideur par l'habitude : elle n'en existe pas moins). Du point de vue physiologique, l'accoutumance aux toxiques est la perte des réactions de défense qui avertissent du danger. Il s'établit ainsi un nouvel équilibre tel que la privation du toxique se traduit par une souffrance. C'est ainsi que naît le besoin.

La fumée étant tolérée, on continue à fumer d'abord par imitation, par esprit grégaire. Il faut faire comme la majorité.

Voici que dans la réalisation de l'acte s'insinue le *plaisir*. Une triple jouissance olfactive, gustative et visuelle encourage à persévérer. La vue exerce un rôle capital. On fume en effet moins volontiers dans l'obscurité complète, dans un tunnel ou les yeux bandés.

Cependant une enquête auprès d'aveugles m'a montré qu'ils ne renonçaient pas au tabac, surtout si l'habitude était déjà contractée au moment de l'accident oculaire. « Je ne suis pas un grand fumeur, m'écrit l'un d'eux, mais je fume volontiers un cigare après le déjeuner. Le réel plaisir que j'éprouve est d'ordre assez complexe, mais je crois ben que le goût et l'odorat y prennent une grande part ». Un autre aveugle me dit : « J'ai perdu la vue à sept ans. J'usais, comme presque tous les gamins de l'époque, d'une pipe dans laquelle on mettait du camphre. Ma première cigarette m'a été offerte par des amis, ainsi que cela a presque toujours lieu et l'effet n'en a pas été merveilleux, ce qui ne m'a pas empêché d'en fumer d'autres et de contracter cette habitude dont on a tant de peine à se défaire. Je sais que la vue des spirales produites par la fumée est une distraction pour ceux qui voient, mais elle n'est pas la seule et les autres sont aussi bien à la portée des aveugles qui trouvent là une occupation, une détente, et certains une excitation pour le travail intellectuel en même temps qu'un goût agréable de bon tabac. Tous mes confrères en cécité sont dans mon cas ».

L'acte de fumer donne donc un objet à des sens inemployés C'est ainsi qu'il contribue à éviter l'ennui, à « tuer le temps » ; il favorise la paresse de l'homme à chercher des moyens plus efficaces, mais qui donneraient une certaine peine. Il permet le vague de la rêverie et rend plus tolérable, agréable parfois même, l'inaction. « *Fumer*, a dit P. Laffitte, *c'est l'art de rester à rien faire, sans penser à rien* ».

Personne mieux que Pierre Louys n'a décrit en quelques lignes cette petite hypocrisie vis-à-vis de soi-même, qui consiste à se donner l'illusion d'un rendement qui n'existe qu'en puissance. « J'hésitais à choisir entre deux passe-temps de solitude : écrire « un sonnet en fumant des cigarettes, ou fumer des cigarettes en « regardant le tapis du plafond. *L'important est d'avoir toujours « une cigarette à la main* : il faut envelopper les objets d'une nuée « céleste et fine qui baigne les lumières et les ombres, efface les « angles matériels, et, par un sortilège parfumé, impose à l'es- « prit qui s'agite un équilibre variable d'où il puisse tomber dans « le songe. Ce soir-là, j'avais l'intention d'écrire et le désir de « ne rien faire » (1).

Le tabac est donc une manière agréable de supporter l'oisiveté Napoléon disait plus crûment : « L'habitude du tabac n'est bonne qu'à désennuyer les fainéans » (2). N'exagérons pas cependant. Chez quelques personnes, il favorise un travail efficace. Le Président Raymond Poincaré, qui fut un modèle de labeur, s'aidait volontiers d'une cigarette pour se mettre en train. C'est que, indépendamment de l'action excitante directe d'une petite dose de toxique sur les centres nerveux, il a été démontré, par les recherches de Guimbail en particulier, que l'excitation des nerfs sensitifs peut renforcer une action motrice. On sait que la douleur du coup de fouet fait tirer le cheval ; on sait moins que la perception de certaines couleurs ou de certaines saveurs peut amplifier l'énergie musculaire d'une manière appréciable au dynamomètre. C'est ainsi que les athlètes américains excitent leur sécrétion salivaire en suçant ou mâchant de la gomme avant de sauter ou courir. Mais cette action est bien fugitive.

Tout cela ne dit pas encore *pourquoi l'on avale la fumée*. La distraction est la même pour celui qui la rejette immédiatement dans l'atmosphère. Il est bien difficile ici de ne pas faire intervenir la recherche inavouée, et le plus souvent peu consciente, d'une sensation de bien-être commune à celle que produit tout un groupe de toxiques : opium, haschich, alcool. C'est avec juste raison que le Docteur Legrain consacre un chapitre au tabac dans son livre : « Les grands narcotiques sociaux ». Le fumeur peut ne pas s'en douter : c'est bien souvent en toute innocence qu'il se repait de sa chère fumée. Mais ce qui l'attache à cette délectation, c'est la petite ivresse qui s'y cache. « On fume pour la nicotine, comme on boit pour l'alcool » (E. Bouant : *Le tabac*). A. Karr va plus loin : Haschich, *tabac*, opium, la morphine même qui est un immense bienfait quand il s'agit d'apaiser, d'interrompre la douleur, tout cela devient de simples ivrogneries ».

Nous reviendrons sur ces rapprochements dans le chapitre : Tabac et morale. Qu'il suffise pour le moment de savoir que l'un des dangers du tabac, c'est qu'il appartient à la catégorie des *toxiques euphorisants*. « Je supporte très bien le tabac, disent les fumeurs ». Ce même bien-être se retrouve dans l'opium ! Quincey, dans ses « Confessions d'un fumeur d'opium », affirme que pendant dix ans il a toujours joui d'une remarquable santé intellectuelle. C'est qu'en effet « l'opium communique aux facultés le sentiment profond de la discipline et une espèce de santé divine » (Ch. Baudelaire : *Les paradis artificiels*). Remplacez opium par tabac, ce ne sera pas moins exact. Tous ces produits procurent l'illusion d'un accroissement de la valeur personnelle, alors que celle-ci est au contraire diminuée.

Cette assertion que le tabac est cousin germain des grands stupéfiants suscitera des protestations. Elle n'en est pas moins l'exacte vérité. Et j'en emprunterai l'appui non pas à un ennemi du tabac mais à un grand collectionneur de pipes, le baron Oscar de Watteville qui nous explique dans la préface du « Livre des fumeurs » comment les civilisés européens cherchent des poisons moins brutaux que les Asiatiques : « Alors les narcotiques puissants sont remplacés par des succédanés plus doux, par les tabacs opiacés d'abord, puis enfin par le tabac pur et simple, qui, sans stupéfier, engourdit encore un peu, alanguit, distrait, et, comme les apologistes de « l'herbe divine » le disaient au XVII[e] siècle, dissipe les humeurs et plonge les esprits dans une douce ivresse.

(1) Contes : Une volupté nouvelle.
(2) Constant. — Mémoires, t. II. Napoléon prisait un peu. Il essaya une fois de fumer et en eut assez.

« Donc *fumer est la même chose que s'énivrer*, et e besoin de fumer est un besoin universel. »

C'est ce que nous dit très exactement le Docteur Legrain : « Consciemment ou non, l'homme trouve et recherche dans le poison de l'intelligence, l'ivresse, la subivresse, l'ivresse effleurée, la griserie, l'évasion de son moi et le flirt avec son être second ».

Cela est si vrai que les Orientaux mêlent souvent à leur tabac du haschich et de l'opium. En Chine, beaucoup de tabacs sont trempés dans une solution d'opium.

Les diverses causes énumérées s'ajoutent et s'enchevêtrent dans des proportions variables. Elles aboutissent à la répétition de l'acte, à l'*habitude*. Ne cherchons pas des raisons trop profondes dans un geste inutile qui se répète par *automatisme*. Bien des auteurs ont rappelé la manie générale des peuples de mâcher, fumer ou priser : bétel, opium, coca, etc...

« L'usage du tabac, dit Pécholier, n'est que l'espèce ; l'usage d'une plante produisant un effet particulier sur les organes du goût ou de l'odorat, voilà le genre ». Il ne manque pas de gens qui passent leur journée avec un bout de cigarette *éteint* à la lèvre. Eteinte ou non, elle peut être assimilée à toutes les *manies*, à tous les *tics*, à la sucette du bébé, à l'acte de ronger les ongles, à celui de mâchonner un cure-dents. Le Docteur Pagès le rapproche même du balancement des fauves, qui est une sorte de dérivation de leurs activités normales, fruit de l'ennui élémentaire. C'est un *rite*, manuel et buccal, fait de gestes machinaux tirés à milliers d'exemplaires. Quand on a vu un fumeur une fois, on peut prédire la succession de ses gestes. Demain, après-demain, dans dix ans, ce sera la même édition *ne varietur*.

On sait combien les tics sont contagieux et se propagent de proche en proche par l'exemple (1). L'acte de fumer est la plus universelle des manies collectives. Malheureusement cette manie a ceci de paticulier qu'elle est épidémique (toxi-endémie). Entretenue par les usages sociaux, fortifiée par le mimétisme mutuel, elle devient un esclavage collectif dont on ne peut que péniblement se libérer. Ecoutons le Prof. Ch. Richet : « Il ne faut pas oublier un autre poison aussi répandu que l'alcool, moins délétère, mais également bête. C'est le tabac. Manie étrange ! Aberration absurde ! Je puis en parler très doctement, car je suis grand fumeur. C'est une habitude dont je me suis empêtré sans avoir d'autre excuse que l'universelle folie ; une chaîne bête que je n'ai pas le courage de briser.... En tout cas, ma manie de fumer est une démonstration nouvelle, inattendue, de l'incorrigible bêtise humaine. Le tabac est une habitude stupide, à laquelle je me suis enchaîné, tout en me rendant compte de ma stupidité. Et mon erreur est d'autant plus grave que je la comprends davantage » (2).

Remarquons toutefois que tout fumeur ne devient pas fatalement tabacomane, de même que celui qui doit user, même pendant assez longtemps, de la morphine ne devient pas toujours morphinomane. Nous ferons une distinction que l'on n'a pas, jusqu'ici, suffisamment établie.

1° Les fumeurs pour qui le tabac est seulement une habitude agréable, à laquelle ils n'attachent pas une importance prépondérante. S'ils ont des malaises de tabagisme, ils arriveront à se sevrer sans trop de peine ;

2° Ceux pour qui le tabac devient un besoin irrésistible, plus impérieux même que leurs besoins physiologiques. J'en ai connu qui fumaient en mangeant ; je pourrais dire presque en dormant, car il y en a qui fument au lit jusqu'à la limite de la conscience. Ceux-là relèvent vraiment de la psychiatrie. Ils seront difficiles à guérir.

Pourquoi cette différence entre deux catégories d'individus renouvelant le même geste ? C'est que, comme pour les toxicomanies, il faut une certaine prédisposition (1). Il faut un terrain névropathique, une dépression mêlée d'inquiétude, diminution de la vitalité produisant un abaissement de la maîtrise de soi, du *self-control*. Terrain tout prêt à absorber ce qui peut donner l'illusion du bien-être, même en aggravant le mal.

Une part enfin dans l'étiologie de la tabacophilie doit être réservée à l'hérédité. Je pourrais citer des exemples de familles où depuis plusieurs générations, les femmes elles-mêmes fument comme si ce destin pesait sur elles. Cette propension est la même que celle qui fait des lignées d'individus tout prêts à contracter certaines tares, comme celles du jeu ou de l'alcool.

B. — *Tabac et Alcool.*

Ce même besoin d'excitation, de relèvement du tonus, incite à ajouter l'alcool au tabac. Ces deux toxiques, s'ils ne sont pas apparentés par la chimie, le sont tout au moins par l'usage : association de malfaiteurs. Ils se complètent physiologiquement. Le tabac produit une vaso-constriction (pâleur), l'alcool une vaso-dilatation (rougeur). Il n'est pas étonnant que celui qui éprouve les symptômes de l'un de ces effets cherche à les contrebalancer (2).

Les lieux où l'on boit sont ceux où l'on fume. Je ne parle pas seulement des cabarets et des bouges. Il y a l'alcool-tabagisme mondain. Pas de banquet, pas de dîner fin sans vins et liqueurs, et sans que ceux-ci soient suivis de tabagie. Les deux produits combinent leurs effets et les additionnent, produisant une surexcitation passagère suivie d'effets stupéfiants. Ce sont les oculistes et les neurologues qui ont le plus observé les effets de l'association.

Lors de la cure de désintoxication, les sevrages alcool et tabac doivent marcher de pair. L'alcoolique chronique est déséquilibré, si, cessant de boire, il continue à « fumer à sec ».

La maladie et la mort de Buffon. — *Extrait d'un article du Docteur P. Lemay.* LE COURRIER MÉDICAL, 4 octobre 1936) :

Comme d'Alembert et comme Barthez, le plus populaire de nos naturalistes : Georges-Louis Leclerc, comte de Buffon, fut emporté par la pierre pour n'avoir point voulu se faire tailler. Il est vrai qu'il avait 81 ans et qu'à cet âge il faut bien se décider à mourir de quelque chose.

Rouste, de haute taille, mais de proportions harmonieuses, Buffon était ce qu'on a convenu d'appeler un bel homme. Jeune il prenait part avec fougue aux jeux de ses camarades ; on raconte qu'il grimpa à un clocher avec une corde à nœuds et qu'il se battit en duel. Or cet homme plein de vie et de force s'est astreint, dans l'intérêt de son œuvre, à une existence sédentaire, ne prenant d'exercice qu'en de courtes promenades dans les allées de son parc. Bien sûr, il trouvait un exutoire avec des jeunes mercenaires qui se livraient à lui l'espace d'un moment, car il était pressé et considérait l'amour comme un besoin physiologique qui ne justifiait point la perte de temps que l'on est obligé d'accorder à des femmes plus âgées et plus raffinées, mais ce n'était pas suffisant. La superbe machine finit par s'encrasser, irrémédiablement.

Levé à dix heures, il prend à neuf heures un premier repas composé d'un morceau de pain trempé dans un ou deux verres de vin. Vers deux heures, il dîne avec ses amis, et donne alors libre cours à sa fantaisie, ses propos sont quelquefois si choquants que les dames se croient obligées de sortir ! Quel contraste entre

---

(1) N'oublions pas l'influence du film. Cigarettes et cigares sont les accessoires permanents obligatoires des personnages. Les spectateurs imprègnent leur subconscient de gestes de cinéma.

(2) Prof. Ch. RICHET. — L'homme stupide, p. 77. Flammarion, édit.

(1) Docteur Paul FAREZ. — L'art de bien gérer sa santé ; p. 159 : Pourquoi et comment devient-on toxicomane ? Expans. scient. franç., 1928.

(2) V. Docteur J.-H. KELLOG. — Rapport entre l'usage du tabac et autres habitudes du même genre et l'intempérance alcoolique. VII[e] Congrès internat. contre l'abus des boissons alcool. ; session de Paris, 1899. Au siège social de l'Union franç. antialcool, 5, rue de Latran, Paris ; 1900, t. II, p. 220.

son style ordonné et chatié et son véritable tempérament. Quelle force de volonté a donc ce franc luron pour rester cinquante ans de sa vie devant son bureau. On retrouve le même contraste chez Voltaire dont je viens de voir des lettres inédites à Mme Denis, lettres inouïes qui pourraient être signées Céline et qui ne laissent plus aucun doute sur la nature des relations de l'oncle et de la nièce dont il apprécie si bien les grosses fesses qu'ici je dois mettre des points... Chez ces êtres d'exception la chair et l'esprit sont à la même échelle, éternelle loi de l'équilibre qui ferait faire bien des trouvailles dans les vies privées.

Mais revenons au menu de son dîner : un bouillon, régulièrement deux œufs à la coque, peu de viande de boucherie, des légumes, du poisson, du gibier de Montbard dont il était très friand, beaucoup de fruits, du vin, mais jamais de café ni de liqueurs.

Il ne soupait jamais, par hygiène.

Toutefois le mal s'installait ; à un âge peu avancé il avait déjà les jambes raides, puis le temps finit par lui rendre pénibles les cahots des voitures et, en 1779, il ne pouvait plus voyager qu'en litière. Dans son voyage à Montbard, en 1785, Herault de Séchelles raconte qu'à son arrivée Buffon endurait des douleurs de pierre excessives, qu'il grinçait des dents et frappait du pied, qu'il était enfermé dans sa chambre et ne voulait voir absolument personne, pas même ses gens, qu'il ne souffrait auprès de lui aucun de ses parents et qu'il permettait tout au plus à son fils d'entrer quelques instants. Dans ses entretiens avec lui, comme l'irritation des besoins était continue, il priait souvent Herault de se retirer, puis il le faisait rappeler au bout d'un quart d'heure, et peu à peu les quarts d'heures devinrent des heures entières.

Henri Nadault de Buffon, son arrière-petit-neveu, nous dit qu'à plusieurs reprises on voulut faire appeler le frère Côme, mais que notre entêté vieillard ne voulait pas entendre parler d'opération et refusa même de se laisser sonder par Portal et Petit.

C'est ce qu'affirme aussi Faujas de Saint-Fond dans une lettre à un de ses amis de Grenoble (*Collect. pers.*) :

« Je m'adresse à vous dans le moment, mon cher ami, comme à quelqu'un d'actif et d'obligeant, pour vous prier d'une petite commission que vous ferez avec d'autant plus de plaisir qu'elle intéresse notre illustre père en histoire naturelle : M. de Buffon. Ce grand homme que j'ai le bonheur de voir tous les jours est attaqué d'une maladie de la vessie qui le tourmente sans cesse et qui, selon moi, a tous les symptômes de la pierre. Mais, comme il ne veut pas se faire sonder, il est impossible de vérifier le fait. Ses amis en sont dans la plus grande affliction. Il est, malgré ses souffrances et son âge qui touche à 80 ans, si fort et si robuste qu'il serait en état de supporter l'opération, mais comme rien au monde ne peut le déterminer à permettre qu'on le sonde, et qu'il assure sans cesse qu'il a la gravelle et non la pierre, il s'occupe à suivre de petits remèdes qui ne diminuent en rien son mal.

« Un des plus habiles médecins de Parme vient de lui envoyer une dissertation imprimée sur l'uva ursi, remède très anciennement reconnu comme très bon pour les maladies de la vessie. Mais le médecin qui en a fait de très grands usages a observé que sa vertu est plus efficace encore en faisant prendre les feuilles de ce sous-arbuste à la dose d'un gros, avec la condition essentielle que l'uva ursi doit être recueilli à la fin d'avril et lorsqu'il entre de nouveau en végétation, et qu'il faut le cueillir non dans les jardins botaniques où il croît très bien, mais sur les montagnes et à l'exposition du midi. Je vous demande donc en grâce de la part de M. de Buffon de vouloir bien nous procurer environ une livre de cette plante ». Paris, le 9 avril 1787.

Un an après, le 16 avril 1788, Buffon mourait. Trois jours avant sa mort, dit Nadault de Buffon, les urines ayant mal coulé dans la journée et la sueur de veille l'ayant encore affaibli, il fut pris de nausées et de douleurs vésicales intolérables. Il tremblait et suait en même temps de tous ses membres, il demandait presque à chaque moment à boire, disait sans cesse : j'étouffe.

L'autopsie fut pratiquée : on trouva dans la vessie 57 calculs dont les plus gros étaient de la taille d'une fève. Tous les autres organes étaient sains.

Les Livres de la semaine

Affections du pancréas. Coll. Nutrition. (16 24,5). 100 p. (Br. : 20 fr. *G. Doin et Cie.*

BAUFLE (P.). — **Eléments de pathologie médicale. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques. des glandes endocrines, de la nutrition**. (15 /25). 258 p. Br. : 28 fr. *Le François.*

BELTRAM (Géo). — **Alimentation et morphologie. La révolution alimentaire actuelle. Ses conséquences biologiques**. (25 /16,5), 192 p., 55 fig. Br. : 30 fr. *Vigot Frères.*

BIRON. — **De l'utilisation des courbes glycémiques après injection veineuse en pathologie viscérale**. (15 /24). 172 p. Br. : 35 fr. *Le François.*

BROTTEAUX (Pascal). — **Hypnotisme et scolapochloralose**. (24 /16). 64 p. Br. : 12 fr. *Vigot Frères.*

BUSSILLET (H.). — **Voyage à la capitale des microbes**. Ill. J. Hémard. 229 p., 21 dessins. Br. : 15 fr. *Le François.*

BUVAT-COTTIN. — **Considérations cliniques et thérapeutiques sur les toxicomanies, leur lien avec les maladies mentales**. (15 /25). 170 p. Br. : 25 fr. *Le François.*

CHARENTON. — **Le docteur Thomas W. Evans, dentistes de Napoléon III et les dentistes de son époque**. (15 /25). 127 p. portr. et fig. Br. : 18 fr. *Le François.*

Congress (Fyth.) of the international society of urology. Vol II. discussions. (16 /25). 430 p. Br. : 60 fr. *G. Doin et Cie.*

COUSIN (Marthe). — **L'Assistance publique dans les Blésois avant 1789**. (15 /25). 182 fig. Br. : 25 fr. *Le François.*

FELDSTEIN. — **Les néphropathies d'origine nerveuse**. (15 /25). 84 p. Br. : 12 fr. *Le François.*

FRESNAIS (J.). — **L'ablation isolée de la première côte en chirurgie pleuro-pulmonaire**. (15 /25). 140 p., 37 fig. Br. : 30 fr. *Le François.*

FRUMERIE (de). — **Le massage pour tous**. (18,5 /11,5). 64 p. 29 fig. Br. : 2 fr. *Vigot Frères.*

GOGNY (P.). — **Action sur le sang des amines biologiques et d'autres substances azotées produites par fermentations bactériennes**. (15 /25). 71 p. Gr. : 12 fr. *Le François.*

Grandes endémies tropicales (les). Etudes de pathologie et de prophylaxie. 8e année 1936. (26 /16,5). 168 p. Br. : 18 fr. *Vigot Frères.*

GRÉGOIRE (F.). — **Etudes pharmacologique des produits dérivés du pétrole, leurs applications médicales**. (15 25). 95 p. Br. : 15 fr. *Le François.*

JOLY (Henry). — **La collapsothérapie hypotensine**. (16 /24,5). 320 p. Br. : 50 fr. *G. Doin et Cie.*

JOMAIN (J.). — **L'urethrographie, technique et résultats**. (15 25). 79 p., 13 pl. Br. : 25 fr. *Le François.*

KOEHLER (H.). — **Rœntgenologie**. Coll. Médecine. 750 p. Rel. Fr. 300 fr. *Delachaux et Niestlé.*

LANGEARD (P.). — **L'intersexualité dans l'art. Psychologie intersexuelle en général et chez Michel-Ange en particulier**. (15 25). 186 p., 4 pl. Br. : 25 fr. *Le François.*

LEHMANN (R.). — **Les atrophies gastriques dans les anémies idiopathiques et les métanémies**. (15 /25). 119 p., 5 pl. Br. : 24 fr. *Le François.*

LEJEUNE (Roger). — **L'anesthésie péridurale segmentaire**. (25 16,5). 128, p. 26 fig. Br. : 20 fr. *Vigot Frères.*

LEROUX-ROBERT. — **Epithéliomas intralaryngés**. (16 24,5). 172 p. Br. : 45 fr. *G. Doin et Cie.*

Livre Blanc (le). 1936. Formulaire médical. (10 15). 950 p. Rel. : 25 fr. *Le François.*

MARTIN (J.). — **Traitement local de la douleur rhumatismale par les injections anesthésiantes sulfo-iodées**. (15 /25). 79 p. Br. : 12 fr. *Le François.*

MATHY (P.). — **La paresse intestinale**. (12 /17). 148 p. Br. : 12 fr. *Le François.*

MICOUD (Robert). — **Contribution méthodologique à l'investigation du fonds mental**. (16 /24,5). 110 p. Br. : 18 fr. *G. Doin et Cie.*

OLIVERO DE RUBIANA (L.). — **Contribution à l'étude des formes médicales du rhumatisme tuberculeux chronique**. (25 15). 109 p. Br. : 12 fr. *Le François.*

PANISSET (L.). — **La lutte contre la tuberculose bovine en France**. (25 16,5). 132 p. Br. : 15 fr. *Vigot Frères.*

Fondé en 1873. — N° 43 LE NUMÉRO : 50 Centimes 24 OCTOBRE 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Vᵉ
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

Travaux originaux

H. WAREMBOURG : L'embolie gazeuse ... 1641

Actualités

Les enseignements du XLVe Congrès de Chirurgie, par J. DE FOURMESTRAUX ... 1655

Sociétés savantes

Académie de Médecine ... 1660
Académie de Chirurgie ... 1663
Société Médicale des Hôpitaux ... 1663
Société de Médecine de Paris ... 1664

Notes cliniques et thérapeutiques

A propos d'un cas d'abcès volumineux d'origine Eberthienne. — Un cas de tétanos à porte d'entrée minime. Guérison par la sérothérapie à hautes doses associée au somnifène. — Phrénicectomie préalable pour le traitement des grosses hernies. Etc. ... 1664

Nouvelles ... 1635

Echos et Glanures ... 1667

Bibliographie ... 1652

Les Livres de la semaine ... 1670

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Composition écrite : Anatomie.* — *Question sortie* : Nerf médian à partir du pli du coude. Ses branches collatérales, terminales et anastomotiques (sans histologie, ni physiologie).

Questions restées dans l'urne. — 1. Nerf récurrent gauche sans histologie, sans physiologie et sans embryologie. — 2. Anatomie descriptive de l'appareil ligamentaire et meniscal du genou, vaisseaux et nerfs, sans les rapports, sans l'histologie, sans la physiologie. — 3. Glande sous-maxillaire avec ses vaisseaux, ses nerfs et sa physiologie (sans le canal excréteur, sans histologie, sans embryologie). — 4. Question sortie. — 5. Configuration extérieure et rapports de la trachée (sans histologie, sans physiologie, sans embryologie). — 6. Anatomie descriptive et rapports de la tête du pancréas (sans histologie, sans physiologie, sans embryologie). — 7. Tronc de l'artère sous-clavière droite avec l'origine seule des branches (sans histologie, ni physiologie, ni embryologie). — 8. Les deux muscles ptérygoïdiens. Leurs vaisseaux, leurs nerfs et leur physiologie (sans l'histologie). — 9. Nerf phrénique gauche et la physiologie des nerfs phréniques (sans l'embryologie ni l'histologie).

Epreuve écrite de pathologie médicale. — Question sortie : « Symptômes et diagnostic du cancer primitif du poumon ».

Questions restées dans l'urne : « 1. Symptômes et formes cliniques de la pneumonie franche lobaire aiguë (sans complications, ni diagnostic). — 2. Symptômes et diagnostic des angines et des néphrites de la scarlatine. — 3. Symptômes et diagnostic du cancer de la tête du pancréas. — 4. Symptômes, diagnostic des hémorragies et perforations intestinales de la fièvre typhoïde avec les indications thérapeutiques. — 5. Symptômes et diagnostic des paralysies faciales périphériques et centrales. — 6. Sémiologie, diagnostic, étiologique et différentiel des ascites. — 7. Symptômes, formes cliniques et diagnostic des zonas. — 8. Question sortie. — 9. Symptômes et diagnostic des anévrysmes de la crosse de l'aorte. »

Epreuve écrite de pathologie chirurgicale. — Séance du 14 octobre. — Question sortie : « Les phlegmons de la paume de la main. »

Questions restées dans l'urne : « 1. Fractures fermées récentes du tiers inférieur du fémur, chez l'adulte. — 2. Luxations récentes traumatiques antéro-internes de l'épaule, sans les luxations récidivantes. — 3. Examen d'un blessé atteint d'une plaie pénétrante de poitrine, siégeant dans la région précordiale. Indications thérapeutiques. — 4. Hémorragies et perforations de l'ulcère du duodénum. — 5. Invagination intestinale aiguë du nourrisson. — 6. Examen clinique et diagnostic des tumeurs du testicule. — 7. Tumeur blanche du genou chez l'enfant. — 8. Signes diagnostic et traitement du cancer du côlon pelvien. — 9. Question sortie. »

Répartition du jury : *Anatomie*. — MM. Rivet, Barbé, Chifoliau, Toupet, Veil (Prosper).

Pathologie médicale. — MM. Péron, Richet, Courcoux, Laubry, Lelong.

Pathologie chirurgicale. — MM. Thalheimer, Bloch, Sorrel, Braine, Desnoyers.

Réunion du jury : *Anatomie* (Saints-Pères, Charité. — *Pathologie chirurgicale* (hôpital Laënnec). En principe, tous les soirs, à 20 h. 30, sauf samedi et dimanche.

— Liste alphabétique des candidats ayant remis trois copies :

MM. Abeille, Adam, Albahary, Alison, Alpérine, Amado, Mlle Ancel, MM. André, Anquetil, Arnaud, Arnavielhe, Arsitch, Aslanian, Astié, Attali, Mlle Aubin, MM. Abouy Marcel, Audoly, Audry, Aurégan, Aurenche, Azaiz, Azoulay.

MM. Bachet, Bailly, Ballade, Ballerin, Baucaud, Barbier Jacques-Pierre, Barbier Pierre-Louis, Bareau, Barré, Yves-Louis, Barrier, Bastard, Bastin, Bauchart, Baudon, Bauer, Beaufils, Beaugrand, Belletoille, Mlle Bellettre, M. Ben-Haïm, Mme Benoit née Muller, Mlle Bentkowski, MM. Bernard Lucien-Edouard, Bernard Pierre, Bertrand Jean, Bessières, Bessil, Bibas, Blancard Pierre, Blanchon, Blestel, Blinder, Bolivar, Bolo, Bonduelle, Bonnet Jacques, Boreau, Bouche, Boudon, Boulay André, Bourdeau, Bourdin, Bourgine, Bourhy, Bourlière, Braconier-Leclerc, Brault, Bretton Roger, Bricaire, Mlle Brille, MM. Brisset, Brochenin, Buchenaud, Bugaut, Butel, Butzbach Jacques-René, Butzbach Jean-Cmille, Buy.

MM. Cabrières, Cahen, Callerot, Campagne, Camus Jean-Louis, Capron, Carasso, Carballo, Carlotti, Castaigne, Castany, Caufment, Mlle Caulliez, Mme Cauvy née Saint-Paul, MM. Chabasseur, Chalochet, Champagne Pierre-Louis, Champagne Raymond-Marcel, Chaouli, Chappé, Chartrain, Chessebeut, di Chiara, Chigot, de Chirac, Clamageran, Claracq, Clerfeuille, Clotteau, Cluzeau, Coblentz, Cohen José, Compagnon, Comte Joseph, Cornet, Mlle Corre, MM. Cossart, Costa, Cotillon, Couchet, Coutin, Coville, Cuvéreaux.

M. Dailly, Mlle Damiens, MM. Danel, Danion, Danset, Mme Darhowsky, MM. Darricau, Darris, Dastugue, Daverne, Debost, Debusschére, Deguillaume, Delabroise, Delair, Delatour, Delcambre, Delormeau, Delouché, Demassieux, Denizet, Deprez, Desclaux, Desfosses, Deuil, Didier, Dissez, Dos-Ghali, Mlle Doumic, M. Douville, Mlle Dreulle, M. Druilhe, Mlle Dubois Cécile, MM. Dubost, Ducournau, Dufour Jean, Dufourmentel, Dufresne, Dugrenot, Mlle Dunand-Henry, MM. Dupuis, Durgeat, Durupt, Duval René.

MM. Ebstein, El Baz, Eman-Zadeh, Enel, Etienne, Eudel, Mlle Eyraud.

MM. Faugeroux, Fayen, Mlle Feder, MM. Feld, Feldmann, Fénelon, Ferrand, Feuillette, Filippi, Fischgrund, Florès, Fonteix, Fortin, de Fourmestraux, Fournier, François, Fraquet, Frebet, Freret, Fressinaud-Masdefeix, Froidefond, Froissant, Frouville.

MM. Gaullaut, Gallimard, Galmiche, Gandrille, Mlle Garnier, MM. Galoviky, Gaulier, Gauthey, Gauthier, Geffriaud, Geismar, Genthou, Germain, Gertzberg, Gheorghiu, Gibert, Gibon, Gibrat, Gimaut, Giraud, Mlle Giret Rose-Marguerite, M. Girod, Mlle Gontcharoff, MM. Gougerot, Goulesque, Goury-Laffont, Grand, Mlle Granier Régine, MM. Granjon, Grislain, Mlles Grould, Grumbach, MM. Gueret, Guimezanes, Guiot, Gérard.

MM. Habas, Hadengue, Haguet, Hallé, Mlle Haller, MM. Haquin, Hardel, Hauser, Hausmann, Hébert, Hertzog, Mlle Heulot, MM. Houdart, Huber, Mlle Hufnagel.

MM. Isorni, Israel.

MM. Jacquemin, Jardel, Joinville, Joubli, Jouon, Joussemet.

MM. Kaeppelin, Kartun, Kavoussi, Klein, Klotz, Kreisler, Kropf, Kuss.

MM. Labayle, Lacombe, Lacroix, Mlle Laisney, M. Lajoua-

nine, Mlle Lambert Alice-Amélie, MM. Lambert Léon-Claude, Lambert Raymond-Jean, Landau, Laneuville, Lang Paul, Lange Eugène, Langevin, Lanvin, Larcelet, Mlle de Larminat, MM. Lartigue, Laumonnier, Leandri, Lebet, Leboff, Lebovici, Le Borzec, Le Brigand, Lebrun, Lecœur, Lecointe, Mlle Lecuyer, M. Lefer, Mlle Lefèvre Jacqueline, MM. Le Floch, Loger, Legrand, Lelièvre, Lemanissier, Lemierre, Lenoël, Lenoir, Leprat, Lesca, Le Sourd, Mlle Leuthreau, MM. L'Hirondel, Libert, Lichnewsky, Leinard, de Lignières, Mlle Lindeux, MM. Loeper, Logeard, Loiseau, James-Samuel-Henri, Lolmède, Mlle Lotte, M. Loubrieu.

Mlle Magallon-Graineau, M. Magder, Mlle Mage Edith-Marie-Henriette, MM. Mage Jean-Jacques-Louis, Maignan, Maillard Claude-Emile, Maillard Jean-Edouard, Maille, Maillez, Mlle Mangenot, MM. Mantoux, Marchon, Mlle Maréchal Ernestine, MM. Mariani, Marmier, Martin Paul-Félix-Hubert, Martin de Frémont Henri, Martinet, Martinon, Masson René Daniel, Matteï Marc, Mme Matteï Marie-Madeleine, MM. Maurice Meillon, Menanteau, Mendelsohn, Meizger, Mlle Meugé, MM. Meyer Henri, Mignon, Minkowski, Moch, Molimard, Momon, Monod Marc, Mlle Montalent, MM. Morel, Motte, Mouchot, Moullé, Mouton, Muller Jean-Noël, Musset René.

MM. Nadiras, Néel, Negellen, Nespoulous, Mlle de Neyman Marie-Lily, MM. Nguyen-Trung Nam, Nick.

MM. Olbinsky, Orgogozo, Orliac, Oudot.

MM. Pahmer, Paley, Mlle Papot, MM. Parant, Parsy, Mlle du Pasquier, MM. Pastier Jean, de Paulo, Payer, Perigois, Pérol, Perrier, Pestel, Petit Camille-François, Petit Jacques-René-Marie, Petit Jean-Maurice, Petit Norbert-Georges-Edmond Peyron, Phéline, Philippe Bernard, Philippe Mathieu-François, Piarrat, Piguet, Pillet, Mlle Pinard, MM. Pineau, Pinet, Pinot, Placa, Pointeau, Poissonnet, Pons, Pouret, Poussier, Pradelle, Mlle Prettre, MM. Prin, Prochiatz, Mlle Provendier, MM. Prudhommeaux, Pruvot.

MM. Radzievsky, Raymond Jean-Justin. Mlle Raymond Maria-Amalia, Raymondaud, Raynaud, Mlle Rémond Simone, MM. Renault, René-Boisneuf, Revel, Reynaud, Mlle Rist, M. Ristelhuber, Mlle Rivet, MM. Robert Jean, de Rocca Serra, Rochlin, Rodde, Roger, Rognon, Rometti, Ronsin, Mlle Rosental, MM. Rouault, Rouget, Roujon, Roulland, Rouset, Rouzaud, Roy Bernard, Ruel.

Mlle Sachnine, MM. Salet, Salinesi, Saltet de Sablet, Mlle Saulnier Micheline-Léonie, MM. Scebat, Schermann, Schneider, Sclafer, Sénechal André-Jean, Sénechal Jean-Jacques, Sénechal-Robert-Louis-Paul, Serane, Mlle Seror, MM. Serre, Serreau, Sevileano Eugène, Sevileano Nicolas, Seyer, Mlle Seyrig, MM. Sicard Pierre, Simon René, Sobieski, Sohier, Soulier, Sriber, Mlle Stahland, MM. Statlender, Stefani, Steinberg, Sterboul, Stevenin.

MM. Tabar, Ternier, Tetreau, Thaon, Thieblot, Thorel, Thoyer-Rozat, Tiret, Torre, Mlle Tostivint, MM. Toufesco, Toulouse, Mlle Tourneville, MM. Tran-Van-Hoa, Trémolières, Tricot, Tulou, Tzannetis,

M. Undenstock,

MM. Vakili, Vasquez, Verdez, Verliac, Vermenouze, Vernes, Verriez, Verstraete, Veyrières, Vialard-Goudou, Viguié, Vila, Villanova, Villebrun, Vissian, Vittrant, Vivien,

MM. Weill, Wetterwald, Mlle Wetzlar, MM. Weyl, Wintrebert Mlle Wolfromm Hélène-Jeanne, M. Wolfrom René.

Concours pour la nomination à deux places de stomatologiste des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le mercredi 25 novembre 1936, à 8 h. 30, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (salle des Commissions).

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 heures, du lundi 26 octobre au mercredi 4 novembre 1936 inclusivement (dimanches et fêtes exceptés).

Amphithéâtre d'anatomie (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de pratique courante), en dix leçons, par M. le Docteur J.-C. Rudler, prosecteur, commencera le lundi 26 octobre 1936, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure. Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Programme du cours. — I. *Chirurgie courante de la main* : Traitement des panaris, des phlegmons de la main ; sutures tendineuses ; amputations de phalanges et de doigts. — Les assistants répéteront : les incisions de drainage des panaris et phlegmons de la main, les sutures tendineuses des extenseurs et des fléchisseurs, les amputations des doigts.

II. *Chirurgie des parois thoraciques* : Résection costale, pleurotomie ; ablation du sein pour cancer (opération de Halsted). — Les assistants répéteront : la pleurotomie avec résection costale, l'incision sous-mammaire, l'opération d'Halsted.

III. *Chirurgie des parois abdominales* Hernies inguinale, crurale, ombilicale. — Les assistants répéteront : la cure opératoire des hernies inguinale, crurale, ombilicale.

IV. *Chirurgie du tube digestif* : Gastrostomie, gastro-entérostomie. — Les assistants répéteront : la gastrostomie, la gastro-entérostomie.

V. *Chirurgie du tube digestif* : Appendicectomie, anus contre nature. Généralités sur les sutures intestinales ; la suture bord à bord. — Les assistants répéteront : l'appendicectomie, l'anus cæcal et l'anus iliaque gauche, les sutures intestinales.

VI. *Chirurgie de la vésicule biliaire* : Cholécystostomie, cholécystectomie. — Les assistants répéteront : la cholécystectomie, la cholécystostomie.

VII. *Chirurgie de l'appareil génital de la femme* : Hystéropexie, colpopérinéorraphie. Colpotomie. — Les assistants répéteront : l'hystéropexie, la colpopérinéorraphie, la colpotomie.

VIII. *Chirurgie de l'appareil génital de la femme* : Hystérectomie subtotale et totale. Castration unilatérale. — Les assistants répéteront : la castration unilatérale, l'hystérectomie.

IX. *Chirurgie de l'appareil génital de l'homme* : Opérations sur le testicule et ses annexes (hydrocèle, épididymectomie, castration). — Les assistants répéteront : le retournement de la vaginale, l'épididymectomie, la castration.

X. *Chirurgie du rein* : Néphropexie, néphrostomie, pyélostomie, néphrectomie. — *Chirurgie vésicale* : La cystostomie suspubienne. — Les assistants répéteront : la néphrostomie, la néphropexie, la pyélostomie, la néphrectomie, la cystostomie.

Clinique des maladies mentales (Professeur : M. Henri Claude). — *Cours élémentaire de séméiologie psychiatrique* (année 1936-1937). — 22 novembre, M. Lévy-Valensi : Généralités. Examen d'un psychopathe. — 29 novembre, M. Borel : Hallucinations. — 6 décembre, M. Cénac : Idées délirantes. — 15 décembre, M. Lévy-Valensi : Syndromes d'excitation. — 20 décembre, M. Lévy-Valensi . Syndromes de dépression. — 10 janvier 1937, M. Cénac . Syndromes confusionnels (1re leçon). — 17 janvier, M. Cénac : Syndromes confusionnels (2e leçon). — 24 janvier, M. Cellier : Troubles mentaux de l'épilepsie. — 31 janvier, M. Codet : Obsessions, phobies, impulsions. — 7 février, M. Codet : Perversions, toxicomanies. — 14 février, M. Borel : Syndromes démentiels (1re leçon). — 21 février, M. Borel : Syndromes démentiels (2e leçon). — 28 février, M. Borel : Syndromes démentiels (3e leçon). — 7 mars, M. Baruk : Psychiatrie infantile (1re leçon). — 14 mars, M. Baruk : Psychiatrie infantile (2e leçon). — 21 mars, M. Cellier: Médecine légale psychiatrique (présentation des malades).

Ce cours, facultatif, public et gratuit, est destiné particulièrement aux internes et externes dispensés du stage.

Ce cours aura lieu tous les dimanches à 9 h. 1/2 à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis (XIVe), à partir du dimanche 22 novembre 1936, à 10 h. 30, leçon clinique de M. le Professeur Claude.

Marine. — Ont obtenu, après concours, le titre de professeur agrégé des écoles de médecine navale :

I. *Branche physiologie. Médecine.* — M. Mondon, médecin principal, médecin des hôpitaux miaritimes.

II. *Branche anatomie chirurgie.* — Section chirurgie générale. — M. Badelon, médecin de 1re classe, chef de clinique chirurgicale, est nommé chirurgien des hôpitaux maritimes à partir du 6 octobre 1936.

Association française de chirurgie. — *Bureau pour* 1937. — Président : M. Rouvillois (armée) ; vice-président : M. Léon Imbert (Marseille).

Questions à l'ordre du jour : Physiologie pathologique des brûlures. — Traitement des fractures de jambe. — Traitement chirurgical des embolies artérielles des membres.

Faculté libre de Lille. — Par décision du Conseil supérieur, M. Marcel, Poget, pharmacien supérieur, agrégé de chimie biologique de la Faculté libre, est nommé professeur titulaire à la Faculté libre de médecine et de pharmacie.

Association française des Femmes médecins. — La prochaine réunion aura lieu le dimanche matin 25 octobre, à 9 heures, aux Institutions municipales de Suresnes.

Pour tous renseignements s'adresser à la secrétaire générale, Mlle Serin, 11 boulevard Port-Royal, Paris (XIIIe).

Association corporative des Etudiants en médecine de Paris. — *Les médecins inscriront leurs fils étudiants à l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris.* — Le Comité de *l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris* adresse, en ce début d'année scolaire, un pressant appel aux médecins ayant des fils étudiants en médecine à Paris, et leur demande de les faire inscrire à l'Association corporative comme membres actifs.

Le jeune étudiant peut, en arrivant au Quartier-Latin, ignorer quelle est, l'association utile pour celui qui à l'intention de faire des études sérieuses et vraiment médicales ; il peut également ignorer les services rendus par l'Association corporative à la cause de la profession médicale : et ceux-ci ne sont pas des moindres.

Mais le praticien qui se tient au contact de ses associations professionnelles et qui lit les journaux médicaux, n'ignore pas le rôle joué par l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris dans les campagnes tenaces menées depuis la guerre pour la réforme des études médicales et contre l'invasion médicale étrangère.

Le praticien n'ignore pas que le grade de médecin-auxiliaire dans l'armée qui devait disparaître en 1933 a été maintenu grâce aux incessantes interventions de l'Association corporative.

Tous les médecins français savent que c'est l'Association corporative qui, la première, a jeté le cri d'alarme en 1935 contre l'ébauche du projet de loi Pomaret ; ils savent aussi avec quel verdeur de termes l'Association corporative a dénoncé en juin 1936 dans la presse, dans les milieux médicaux, et dans les couloirs du Parlement l'ébauche du dit projet devenue la proposition de loi Pomaret.

Les médecins savent enfin que, de tout temps, l'Association corporative s'est essentiellement préoccupée, dans ce qu'on peut appeler sa politique intérieure, de la formation médicale de ses adhérents ; à cet effet elle dirige ceux-ci sur les services hospitaliers où elle compte des amis dans le personnel enseignant, et elle organise à leur intention des conférences très suivies pour la préparation de l'externat et de l'internat des hôpitaux.

Il sera donc facile aux médecins, dans un but de juste camaraderie, d'envoyer leurs fils à l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, où ceux-ci trouveront, parmi les anciens, des camarades prêts à les guider dans leurs études.

Prière de s'adresser au siège social, 8, rue Dante, Paris (Ve), (*Communiqué.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

L'embolie gazeuse

Par H. WAREMBOURG

Médecin des Hôpitaux de Lille

L'embolie gazeuse répond au cheminement de bulles de gaz libres dans le système vasculaire. Ce gaz peut être libéré dans le plasma sanguin même, à la faveur de circonstances sur lesquelles nous reviendrons ; il peut reconnaître aussi une provenance extérieure, d'où il est possible de diviser d'emblée les embolies gazeuses en deux grandes classes selon leur origine *endogène* ou *exogène*.

L'embolie gazeuse est une manifestation rarement rencontrée en clinique, elle reconnaît pourtant des causes multiples, ainsi qu'un bref examen de son historique permet d'en acquérir la certitude.

Au cours d'une première étape, en effet, l'embolie gazeuse apparaît comme une affection purement chirurgicale. Elle naît, en quelque sorte, avec l'observation de Beauchène, qui, au cours de l'ablation d'une tumeur de l'épaule, voit brusquement son malade succomber à une syncope, que l'autopsie lui permet de rapporter à une blessure d'une veine jugulaire externe et à l'embolie gazeuse qui s'en était suivie. Par la suite, toute une série de faits identiques dus à Pott, Warren, Delaporte, etc., montrent la relative fréquence de l'embolie gazeuse par blessure veineuse, au cours des interventions portant sur la région cervicale ou brachiale supérieure, et Couty consacre sa thèse à la mise au point de cette question, alors d'actualité. Puis le silence se fait sur l'embolie gazeuse ; c'est que cet accident est maintenant bien connu dans ses modalités cliniques ; c'est qu'une expérimentation déjà riche est venue en éclairer, tout au moins partiellement, le mécanisme. Et il faut les progrès de la technique industrielle moderne pour que l'embolie gazeuse attire à nouveau l'attention, sous la forme, cette fois, d'une maladie professionnelle, de la maladie des caissons, selon la dénomination que lui attribue Oliver. Sur cette affection, les travaux de Boudet et Piery, de Lépine, de Cassaet, de Carnot apportent bientôt toutes les précisions désirables, en même temps que l'on ne tarde pas à apprendre comment traiter et surtout prévenir de tels accidents ; de sorte, qu'une fois de plus, l'embolie gazeuse cesse d'occuper l'esprit des médecins.

Enfin, dans une troisième phase, l'embolie gazeuse va constituer une conséquence accidentelle de certaines de nos thérapeutiques. Elle apparaît en effet capable de compliquer les traumatismes pleuraux quelle que soit leur nature.

Le premier Roger rapporte une observation de ce type ; dès 1910, l'école allemande, avec Brauer, Wever et Hengler, admet l'origine embolique de la plupart des accidents nerveux observés à la suite des interventions sur la plèvre. En France, cette façon de voir n'est tout d'abord admise qu'avec un certain scepticisme et l'origine réflexe de tels accidents garde longtemps la faveur du plus grand nombre des auteurs.

En réalité, depuis plusieurs années déjà, les faits cliniques et expérimentaux sont venus s'accumuler suffisamment nombreux pour que la théorie embolique des accidents nerveux consécutifs au traumatisme pleural recueille actuellement la majorité des suffrages ; nous aurons l'occasion d'ailleurs de revenir sur ce point.

Il n'est besoin de considérer que d'un œil rapide les notions qui viennent d'être exposées pour se rendre compte de la diversité des faits cliniques auxquels donnera lieu l'embolie gazeuse.

Ces faits méritent d'être considérés en ce qui concerne successivement :

Les embolies gazeuses d'origine chirurgicale ; la maladie des caissons ; les accidents consécutifs aux traumatismes pleuraux.

Les embolies gazeuses d'ordre chirurgical succèdent le plus souvent à l'ouverture accidentelle d'un vaisseau veineux, au cours d'une intervention portant de préférence sur la région du cou ou de l'épaule.

Les faits cliniques sont fort simples : brusquement, à peine la veine a-t-elle été blessée, le chirurgien perçoit un sifflement, un gargouillement hydo aérique répondant à la pénétration d'air dans le vaisseau ; en même temps, le malade ressent un malaise intense ; il pâlit, se couvre de sueurs profuses ; le pouls s'accélère ; on entend parfois à l'auscultation du cœur des bruits musicaux répondant au brassage d'un mélange d'air et de sang dans les cavités cardiaques. Quelques secondes se passent ; puis tout rentre dans l'ordre, et le malade survit sans la moindre séquelle à cet accident dramatique ; ou bien au contraire, la syncope s'affirme et la mort ne tarde pas à survenir.

Parfois un tableau clinique plus complexe a pu être observé, fait de convulsions, parfois d'hémiplégie, d'amaurose ou d'aphasie passagère. Dans tous les cas, l'évolution garde le même caractère de rapidité, qu'elle aboutisse à la guérison complète, ou à l'issue fatale.

Dans la très grande majorité des cas, les embolies gazeuses de ce type naissent au niveau des veines du cou ou de l'aisselle, dans une région que, pour cette raison, les chirurgiens ont qualifiée de zone dangereuse. On explique aisément ce fait, si l'on songe que la pénétration d'air dans une veine réclame deux conditions : tout d'abord, une pression négative à l'intérieur du vaisseau ; ensuite la béance de celui-ci.

Or ces deux conditions sont réunies de façon remarquable dans les veines du cou, soumises d'une part à l'aspiration exercée par l'ampliation thoracique, maintenues béantes d'autre part, après leur blessure, par les aponévroses cervicales (Bérard).

On comprend ainsi que l'embolie gazeuse soit presque toujours consécutive à l'effraction des veines jugulaires, sous-clavières, axillaires, plus rarement des veines faciales, sous-scapulaires, prétrachéales, etc. On se rend compte aussi comment la congestion des vaisseaux cervicaux, que réalise par exemple le goître exophtalmique, prédispose de façon toute particulière à l'embolie gazeuse, s'il advient que, pendant la thyroïdectomie, ces vaisseaux soient blessés (Peycelon).

Surtout fréquente dans les conditions qui viennent d'être précisées, l'embolie gazeuse dite chirurgicale, peut toutefois s'observer aussi en d'autres circonstances.

Elle suit en particulier assez souvent la blessure des veines utérines, surtout dans le cas de gravidité qui assure, au niveau des sinus veineux de l'utérus, la béance nécessaire à la réalisation de l'embolie gazeuse.

Pour cette raison, l'embolie gazeuse peut-être une complication de manœuvres abortives de natures diverses, comme Neller, Moeller, Henck et Freudenberg, en particulier, en ont rapporté des exemples.

Balthazard considère même cet accident comme une cause fréquente de mort dans l'avortement criminel. Une simple injection intra utérine peut engendrer l'embolie gazeuse, que l'on a vu succéder aussi, mais de façon beaucoup plus exceptionnelle à une opération césarienne (Krause), à l'énucléation d'un fibrome, à l'ablation d'un cancer utérin.

Enfin, l'embolie gazeuse a pu succéder, dans des cas rarissimes, à un examen uréthroscopique (Nicolich, Ma-

rion, Mathé), à l'ablation d'hémorroïdes (Schuster), à la blessure de sinus veineux craniens, à des fractures, à l'injection d'oxygène dans un genou (Kleinberg). Il n'est pas jusqu'aux gaz du tube digestif qui ne puissent être à l'origine d'embolie, à la faveur, par exemple, de la rupture d'un ulcère gastrique, comme Jurgensen, Cornil et Babès en ont rapporté des observations.

Très différentes, tout au moins dans leurs circonstances d'apparition, sont les embolies de la maladie des caissons. Celles-ci répondent à la libération, dans le courant sanguin, de gaz qui s'y était au préalable dissout en excès, libération qu'assure une décompression brusque de l'atmosphère environnante : c'est le coup de pression de Carnot, ou mieux, comme l'affirme cet auteur même, le coup de dépression, puisque les accidents, dans la maladie des caissons, surviennent surtout lors de la décompression de l'atmosphère.

Cette maladie est d'ordre purement professionnel. On la voit survenir chez les tubistes, les plongeurs, les scaphandriers, toutes conditions où le travail s'effectue sous l'eau, la pression supplémentaire supportée par l'ouvrier étant précisément représentée par la colonne d'eau qui pèse sur lui.

Nous n'envisagerons ici que pour mémoire les accidents qui se produisent pendant la compression ou pendant le travail de l'ouvrier : ils sont en effet toujours discrets, et, surtout, reconnaissent pour cause, non pas l'embolie gazeuse, mais des mécanismes beaucoup plus complexes sur lesquels nous ne voulons pas insister. Ce sont, pendant la compression, la dyspnée, la tachycardie, la céphalée, des vertiges, des nausées, des bourdonnements d'oreille surtout. C'est, pendant le travail, un simple ralentissement du pouls avec hypertension discrète.

Beaucoup plus importants et aussi plus intéressants de notre point de vue, parce que dus directement à l'embolie gazeuse, sont les accidents de la décompression : comme disent Pol et Watelle, dans cette maladie « on ne paye qu'en sortant ».

Ces accidents surviennent surtout lors des décompressions rapides. Ils débutent aussitôt, ou quatre à cinq heures après la sortie de la chambre de décompression et sont d'ordre extrêmement divers : accidents auriculaires, sous la forme de bourdonnements d'oreille, de surdité, de vertige de Menière ; accidents oculaires, surtout à type de cécité passagère ; hémorragies nasales, pulmonaires, digestives ; accidents digestifs, surtout constitués par des douleurs épigastriques ; accidents respiratoires, faits de dyspnée, d'œdème aigu du poumon.

Enfin et surtout accidents nerveux : ceux-ci sont parfois discrets, consistent en céphalée, vertiges, fourmillements à fleur de peau, ou « puces », comme les appellent les ouvriers, douleurs articulaires, musculaires ou « moutons », selon un autre terme bien connu chez ce type de travailleurs.

Mais il peut s'agir aussi d'accidents plus graves. Ce sont des troubles psychiques, à type de délire, plus ou moins durable. Ce sont surtout des troubles moteurs : tantôt il s'agit de convulsions ; tantôt et plus souvent, ce sont des troubles paralytiques que l'on observe : parésies ou paralysies complètes, de type rarement monoplégique ou hémiplégique, beaucoup plus souvent paraplégique et répondant alors à des lésions médullaires.

A ces troubles moteurs s'ajoutent souvent de l'hypoesthésie au tact et à la douleur, des troubles sphinctériens, vaso-moteurs et trophiques divers.

L'évolution est extrêmement polymorphe : tantôt très passagère, un simple dérobement des jambes constituant toute la maladie ; tantôt plus durable, amenant une tendance à la paralysie en contracture, avec d'ailleurs régression plus ou moins tardive mais complète des troubles ; tantôt très longue, et susceptible même de comporter des séquelles importantes et définitives ; il faut savoir enfin que ces diverses manifestations nerveuses peuvent être immédiatement très graves et amener rapidement la mort dans le coma.

Tels sont les accidents de l'embolie gazeuse dans la maladie des caissons. On voit que les plus remarquables sont d'ordre nerveux ; constitués par des convulsions, des paralysies, ils sont identiques à ceux que nous avions vu s'ébaucher déjà dans certaines formes d'embolies gazeuses d'ordre chirurgical ; ce sont les mêmes aussi que nous allons retrouver au cours des embolies gazeuses consécutives aux traumatismes pleuraux.

Les accidents de l'embolie gazeuse peuvent être réalisés en effet par toute intervention sur la plèvre, si minime soit-elle.

La simple ponction pleurale exploratrice est parfois à leur origine, ainsi que Mollard et Cordier en ont apporté la première observation. Plus souvent, c'est la thoracentèse suivie d'évacuation de liquide qui représente la cause de tels accidents.

Les chirurgiens observaient avec une relative fréquence l'embolie gazeuse, au temps où ils préconisaient sur une large échelle le lavage pleural dans le traitement des pleurésies purulentes. Mais c'est surtout la pratique du pneumothorax artificiel qui a multiplié le nombre des accidents dus à l'embolie gazeuse ; ceux-ci se produisent souvent au cours de la première insufflation ; mais on peut aussi les voir apparaître pendant une réinsufflation, surtout dans les cas où l'entretien du pneumothorax est difficile, quand existent de nombreuses adhérences, lorsque les injections de gaz sont douloureuses.

C'est souvent après introduction dans la plèvre d'une quantité plus ou moins abondante de gaz que les accidents éclatent ; mais ils peuvent aussi survenir en dehors de toute injection gazeuse, immédiatement après la ponction pleurale.

Enfin, s'ils sont dans presque tous les cas contemporains du traumatisme pleural, ils peuvent aussi lui succéder plus ou moins tardivement et Olbrecht rapporte une observation où les accidents suivirent plus de trois mois après la dernière insufflation pleurale.

L'embolie gazeuse peut aussi compliquer diverses interventions chirurgicales portant sur la plèvre : l'opération d'Estlander par exemple (Weil), ou la résection pulmonaire partielle (Sergent).

Notons enfin que l'embolie gazeuse par traumatisme pleural est plus fréquente chez les jeunes gens, entre 20 et 30 ans, qu'elle est très exceptionnelle chez l'enfant ; enfin, fait important sur lequel insistent Poix et Renier, qu'elle n'est pas plus fréquente chez les émotifs, les épileptiques ou les pithiatiques que chez les autres sujets.

La description clinique de l'embolie gazeuse par traumatisme pleural a été faite remarquablement par Cestan, puis par Cordier. Toujours ces accidents frappent par leur allure dramatique ; selon leur modalité, on les divise en accidents syncopaux, épileptiformes, paralytiques.

L'accident à forme syncopale est d'allure particulièrement impressionnante.

On vient, chez un tuberculeux, de planter dans le thorax le trocard de l'appareil à pneumothorax, quand soudain, sans gêne préalable, sans un cri, ni un soupir, ni un effort de toux, sans que la moindre écume apparaisse à la bouche, le malade s'affaisse et pâlit ; ses yeux exorbités, sa pupille en mydriase, ses lèvres décolorées accusent la profondeur de la syncope où il est plongé et qui, de fait, ne tarde pas, dans la quasi totalité des cas, à entraîner la mort.

Plus rarement, le tableau se déroule moins brutalement et se trouve précédé de quelques prodromes : congestion de la face, sueurs froides, agitation des mains.

Plus rarement encore, la syncope n'est pas pure et s'accompagne de quelques convulsions ; ce qui permet à Cestan de décrire une forme syncopale avec convulsions, fait de passage vers la variété suivante.

Chez tel autre malade, en effet, c'est à des accidents d'un genre différent que l'on assiste. Au cours d'une ponction

pleurale exploratrice, le patient ressent une douleur violente qui, du lieu de la piqûre, ne tarde pas à irradier dans l'épaule, le membre inférieur du même côté : ce n'est là autre chose que l'aura d'une crise épileptiforme typique et généralisée. En effet, le malade pousse un cri, perd connaissance et tombe. Dès lors, toutes les phases de l'épilepsie la plus caractérisée vont se dérouler : phases de convulsions toniques, puis cloniques, débutant ou non du côté de la ponction pleurale, accompagnées de relâchement des sphincters, de morsure de la langue, suivies d'une période plus ou moins longue de coma stertoreux : bref, le tableau classique du grand mal comitial.

Dans d'autres cas, c'est un tableau d'épilepsie bravais-jacksonienne qui est réalisé ; les convulsions peuvent intéresser toute une moitié du corps ; elles peuvent être aussi extrêmement discrètes, le malade ayant à peine le temps de percevoir quelques secousses convulsives d'un bras ou d'un membre inférieur.

L'évolution de ces divers accidents est extrêmement diverse. Dans près de 60 % des cas, elle est particulièrement grave, puisqu'elle aboutit plus ou moins rapidement à la mort ; dans d'autres circonstances, au contraire, la guérison ne tarde pas à survenir complète et définitive ; rarement, la crise convulsive se reproduit, à de longs jours d'intervalle, sans cause provocatrice apparente. Cette récidive est d'ailleurs toujours unique, si l'on en croit les affirmations de Bard et de Koch. Enfin, la crise épileptique peut, après s'être calmée, se trouver suivie de séquelles paralytiques à la descriptions desquelles nous arrivons maintenant.

Les manifestations paralytiques de l'embolie gazeuse par traumatisme pleural réalisent le plus souvent une hémiplégie. Celle-ci, ainsi que nous venons de le noter, est souvent précédée d'accidents d'autre nature : syncope et surtout couvulsions. Mais elle peut aussi survenir d'emblée et n'être annoncée que par quelques paresthésies, par un léger engourdissement dans les membres qui vont être paralysés.

Cette paralysie est rapidement complète ou bien se limite à une parésie discrète. Sa topographie est, comme nous l'avons dit, le plus souvent hémiplégique, beaucoup plus rarement monoplégique ou paraplégique.

C'est une paralysie flasque que l'on observe toujours au début ; elle s'accompagne d'abolition des réflexes.

Son évolution est variable : tantôt en effet l'hémiplégie est passagère et rétrocède complètement, en 24 heures, 48 heures ; tantôt sa durée est plus longue, s'étend à huit jours ou à plusieurs mois. La paralysie tend à évoluer vers la spasticité, mais elle finit par rétrocéder, le plus souvent de manière complète ; cependant, parfois, des séquelles définitives persistent, souvent très localisées, affectant la forme par exemple d'une paralysie cubitale, d'une atrophie musculaire limitée, plus rarement de mouvements choréiformes, de troubles vaso-moteurs localisés d'un côté du corps.

Il faut savoir, enfin, que l'évolution de telles hémiplégies est aussi parfois immédiatement grave ; les paralysies persistent, des escharres, une altération profonde de l'état général ne tardent pas à apparaître et le malade succombe, à la façon d'un sujet frappé d'hémorragie ou de ramollissement cérébral.

Tels sont les accidents les plus fréquemment observés à la suite d'embolie gazeuse par traumatisme pleural. D'autres, plus rares, peuvent se rencontrer aussi : ils ont été bien décrits par Jeanselme. Ce sont des accidents visuels, à forme d'amaurose complète (Legroux et Raymond), plus rarement d'amblyopie, d'hémianopsie, de lacunes du champ visuel ; des accidents sensitifs : hémianesthésies, hyperesthésies, dans lesquelles il importe d'ailleurs de déméler le facteur névropathique fréquemment associé ; des manifestations vaso-motrices : érythèmes, escharres ; enfin des troubles psychiques, souvent discrets, à forme de délire tranquille, de torpeur, d'hébétude, persistant plusieurs jours, plusieurs semaines à la suite du traumatisme pleural, mais parfois aussi d'une gravité relative : hallucinations, aliénation mentale passagère, comme Cestan en a rapporté des exemples.

Tous ces phénomènes peuvent d'ailleurs s'intriquer selon des modes variés, réalisant autant de formes cliniques diverses sur lesquelles nous ne saurions insister.

Signalons enfin que de tels accident peuvent récidiver, parfois de façon multiple : il en fut ainsi chez un malade de Lhermitte et Aman-Jean, qui à la suite d'un traumatisme pleural, fut frappé à plusieurs reprises d'accidents hémiplégiques transitoires.

Il est facile de reconnaître la nature neurologique de toutes les manifestations dont nous venons de faire la description : ceci témoigne bien de la sensibilité élective du tissu nerveux à l'embolie gazeuse, comme d'ailleurs à bien d'autres agents. Il ne s'ensuit pas toutefois que, dans des cas à vrai dire assez rares, des signes de souffrance n'extériorisent l'embolie gazeuse en dehors de la sphère nerveuse, C'est ainsi que des manifestations cutanées : érythème, purpura ; des phénomènes de vaso-constriction locale, limités par exemple à un côté de la langue, qui frappe alors par sa pâleur ; un bruit de roue de moulin, dû au brassage hydro-aérique intra-cardiaque et perçu à l'auscultation du cœur (Kromeke) ; enfin de l'albuminurie, entrent, à titre exceptionnel il est vrai, dans le cadre de l'embolie gazeuse par traumatisme pleural.

Il n'est pas besoin d'insister plus sur la description clinique de l'embolie gazeuse pour se rendre compte que celle-ci est de diagnostic facile ; les circonstanees étiologiques qui président à son apparition permettent en effet de toujours la reconnaître aisément. Le chirurgien qui intervient sur la région cervicale, le médecin appelé à soigner un ouvrier sortant d'une cloche à plongeur, le phtisiologue, au cours d'une insufflation intra-pleurale, diagnostiquent d'emblée les manifestations de l'embolie gazeuse, qu'ils ont appris à connaître et à redouter. Il faut cependant savoir éliminer parfois des accidents de même ordre survenant dans les mêmes circonstances étiologiques, mais dont un mécanisme réflexe, et non plus le processus de l'embolie gazeuse, représente la cause véritable. Nous verrons que certains accidents consécutifs à la piqûre pleurale ne peuvent s'expliquer que par une théorie réflexe ; de même, Mondor admet que certaines morts subites au cours des tentatives d'avortement doivent trouver dans un mécanisme réflexe et non dans l'embolie gazeuse leur origine véritable.

Comment différencier ces divers faits ? En clinique, seules des nuances permettent un essai de diagnostic dans ce sens : ainsi, les accidents qui suivent la simple piqûre pleurale, sans injection de gaz, ont plus de chance d'être d'ordre réflexe. Les manifestations syncopales répondraient plus souvent à un réflexe inhibiteur, les manifestations épileptiques plus souvent à une embolie gazeuse : il est inutile d'insister sur le caractère très relatif de tels arguments ; d'ailleurs, il s'agit là d'un problème de diagnostic moins clinique que pathogénique et nous aurons l'occasion de revenir sur lui.

D'un point de vue plus pratique, il est utile d'établir une différenciation rigoureuse entre les accidents dus à l'embolie gazeuse et les manifestations d'hystéro-traumatisme ou de simulation, capables de naître dans des conditions étiologiques identiques. Le règlement de ce problème diagnostique est particulièrement important dans le cas de la maladie des caissons, affection professionnelle, où, en cas de séquelles durables, se pose la question de l'indemnisation de l'ouvrier.

Enfin, le diagnostic de l'embolie gazeuse peut se poser du point de vue médico-légal, à la suite, par exemple, d'une mort subite par avortement criminel : c'est ici l'autopsie qui, permettant de reconnaître la présence de bulles gazeuses en certains points du système vasculaire, autorisera à admettre la certitude d'une embolie gazeuse et des conséquences qui en découlent. Ceci nous amène

d'ailleurs à envisager un problème que nous n'avons pas abordé encore, celui des lésions anatomo-pathologiques de l'affection qui nous occupe.

Dans la maladie des caissons, lorsque l'issue en a été mortelle, il est relativement aisé de mettre en évidence à l'autopsie la réalité de l'embolie gazeuse. On trouve des bulles de gaz dans les ventricules du cœur (Silberstein) ; on en trouve aussi dans un grand nombre d'autres organes, où les bulles gazeuses, disposées dans les vaisseaux à la suite les unes des autres, affectent l'aspect de collier de perles bien décrit par Vermuch.

Les embolies gazeuses de la maladie des caissons sont à la source de lésions viscérales multiples et très diverses selon leur localisation : les poumons sont en état d'œdème aigu, le cœur est dilaté, le foie, la rate, les reins, la muqueuse vésicale sont le siège d'hémorragies diffuses ; mais surtout les lésions nerveuses attirent l'attention : ce sont des foyers d'anémie, de ramollissement, d'infarctus hémorragique ; ils siègent dans le cerveau et surtout dans la moelle épinière, ainsi que Lépine y a insisté ; les lésions d'hématomyélie, de myélomalacie, parfois de sclérose médullaire secondaire sont fréquentes en effet après les accidents de la maladie des caissons et rendent bien compte de la prépondérance des accidents paraplégiques observés dans cette affection.

Dans l'embolie gazeuse des chirurgiens ou dans celle des traumatismes pleuraux, la réalité de l'embolie gazeuse est d'ordinaire bien plus difficile à mettre en évidence que dans la maladie des caissons : l'embolie, en effet, n'est plus ici multiple dans sa topographie, mais étroitement limitée à un territoire restreint ; toutefois, dans quelques observations, la présence de bulles gazeuses a pu être indiscutablement affirmée dans les artères cérébrales ou les artères coronaires ; la possibilité d'embolie gazeuse, en de tels cas, est donc rigoureusement prouvée.

Quant aux lésions secondaires à l'embolie, elles sont essentiellement d'ordre nerveux. Rarement elles sont massives, consistant en de vastes foyers de ramollissement cérébral, comme dans les observations classiques de Tixier, Bertrand, de Séze et Dumas, Laignel-Lavastine, Ryet et Odinet, Sergent, Baumgartner et Kourilsky. Beaucoup plus souvent, il s'agit de lésions discrètes, dont seul un examen histologique minutieux permet d'affirmer l'existence. Ce sont de petits foyers disséminés de corticalite cérébrale, faits de nécrose de coagulation, d'altérations cellulaires ischémiques : Spielmeyer les a appelés aires de dévastation corticale. Elles affectent une disposition lamellaire que commanderait leur topographie vasculaire. De telles lésions ont été reproduites expérimentalement chez l'animal par Lhermitte, qui avec Barrelet, a aussi vérifié leur réalité en clinique humaine.

Ces notions d'anatomie pathologique nous permettent d'aborder avec fruit le problème de la pathogénie de l'embolie gazeuse ; mais auparavant, il n'est pas inutile d'envisager la mesure dans laquelle l'expérimentation chez l'animal est aussi capable de nous apporter à cet égard des enseignements utiles.

L'embolie gazeuse peut être réalisée expérimentalement par des procédés multiples.

Tout d'abord par compression, puis décompression de l'air ambiant, selon un procédé exactement identique à celui de la maladie des caissons.

Sont particulièrement instructifs à cet égard les travaux de Paul Bert, Catzara, Lépine et surtout ceux d'Olivier qui, chez la grenouille, a vérifié sous le microscope l'apparition de bulles gazeuses dans les capillaires de la patte, lors de la décompression.

L'injection intra-vasculaire de certaines substances, comme l'eau oxygénée, le perhydrol, à partir desquelles s'effectue un dégagement spontané de gaz peut aussi provoquer l'embolie gazeuse (Achard). Mais c'est surtout à l'injection directe d'air dans les veines que les expérimentateurs se sont adressés. Les travaux de Magendie, Laborde et surtout de P. Delbet et Mocquot sont particulièrement instructifs sur ce point. Ils ont montré qu'on peut sans dommage faire pénétrer dans les veines une quantité importante de gaz (jusqu'à 40 litres chez le cheval) pourvu que ce gaz soit introduit lentement, bulle à bulle, selon la technique préconisée chez l'homme pour les injections intraveineuses d'oxygène. Au contraire, la pénétration brusque de gaz, sous forte pression, entraîne inévitablement des accidents. Ceux-ci sont en effet fonction, comme l'ont bien montré P. Delbet et Mocquot, de la distance entre le point d'injection et le cœur, de la masse du sang, c'est-à-dire du poids de l'animal, enfin et surtout de la vitesse d'injection qui constitue le facteur essentiel. Chez le chien, le coefficient de danger serait de 5 à 6 c. c. de gaz par kilogramme de poids d'animal et par minute.

Nous sommes maintenant en mesure d'aborder le problème complexe de la pathogénie de l'embolie gazeuse, et, de ce point de vue, nous nous poserons pour chaque cas considéré, les trois questions suivantes :

Où et comment naît l'embolie gazeuse ?

Quelle voie emprunte-t-elle au cours de sa migration ?

Où s'arrête-t-elle et comment provoque-t-elle les accidents et les lésions que nous lui avons décrits ?

Pour les embolies gazeuses endogènes, c'est-à-dire celles de la maladie des caissons, ces divers problèmes apparaissent faciles à régler.

La compression a entraîné une dissolution excessive de gaz dans le plasma sanguin. Lors de la décompression, si celle-ci est rapide, ce gaz est libéré dans les vaisseaux sous forme de bulles. L'embolie gazeuse naît ainsi à la fois en tous les points du système vasculaire et détermine sur place les manifestations cliniques et les lésions anatomiques dont elle est la cause. Quant à savoir quel gaz est surtout à l'origine des accidents observés, la question est également facile à régler. Sans doute l'oxygène est dissous en excès dans le plasma lors de la compression, mais il est l'objet de la part des tissus d'une telle avidité que sa libération dans le sang ne concourt guère à réaliser l'embolie gazeuse ; il en est de même de l'anhydride carbonique qui entre rapidement après son dégagement dans la constitution de la réserve alcaline. Au contraire, l'azote, qui se dissout dans le plasma proportionnellement à la tension de l'atmosphère et qui, lors de sa libération intravasculaire, n'entre rapidement dans aucune combinaison chimique, est le grand agent de l'embolie gazeuse. Ce gaz, lors de la compression, ne se dissout d'ailleurs pas seulement dans le sang, mais aussi dans les tissus environnants, surtout dans le tissu graisseux qui lui offre un coefficient de solubilité considérable : ce fait explique la fréquence, dans la maladie des caissons, des lésions du tissu nerveux et surtout de sa substance blanche, particulièrement riche, comme l'on sait, en lipoïdes.

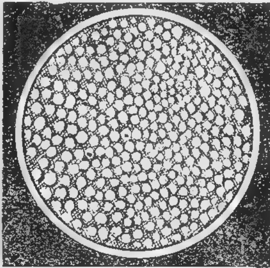
Si la pathogénie de l'embolie gazeuse endogène est aisée à concevoir, il n'en est pas de même de celle des embolies gazeuses exogènes, qui offre à cet égard des difficultés plus grandes.

De ce point de vue nous distinguerons les embolies exogènes selon qu'elles prennent naissance dans la grande ou dans la petite circulation.

Le premier cas est réalisé dans l'embolie gazeuse dite chirurgicale ; c'est aussi celui de la plupart des embolies gazeuses expérimentales.

Nous avons indiqué déjà les circonstances particulières d'apparition de ces embolies, le rôle qu'y peuvent jouer l'aspiration thoracique et la béance spéciale de certains vaisseaux veineux ; nous ne reviendrons pas sur ces points.

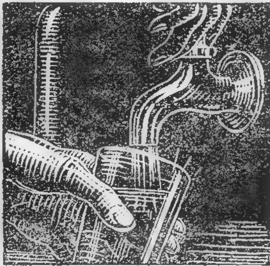
Pour ce qui est du cheminement de l'embolie, la question importante qui se pose est de savoir si l'embolie, après avoir parcouru la grande circulation veineuse de retour et atteint le cœur droit, est capable de traverser



Goutte de Loraga dans laquelle on se rend compte de la ténuité et de la régularité des globules d'huile de paraffine, constituant une véritable émulsion très homogène.

LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine



Pour les malades aimant absorber leur médicament dans de l'eau : une cuillerée à soupe de Loraga dans un verre, ajouter de l'eau et boire le tout.

Régulateur physiologique de l'intestin

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

INDICATIONS : Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.



Pour les enfants qui répugnent, par principe, à prendre des médicaments : une ou deux cuillerées à café dans du lait.

TOLÉRANCE PARFAITE - AUCUNE ACTION SECONDAIRE
PAS D'ACCOUTUMANCE NI DE SUINTEMENT HUILEUX

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS



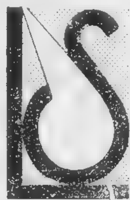
"Une émulsion doit couler aisément", dit le bon pharmacien. Le Loraga satisfait à cette exigence sous tous les climats.

LABORATOIRES SUBSTANTIA

M. GUÉROULT, Pharmacien

13, Rue Pagès

SURESNES (Seine)





le réseau capillaire pulmonaire et d'émigrer ensuite vers les artères de la grande circulation, en particulier de la circulation cérébrale.

Il n'en serait rien pour certains auteurs, qui voient dans les capillaires pulmonaires, un barrage infranchissable par l'embolie gazeuse et affirment la persistance anormale du trou de Botal, chaque fois que des accidents nerveux surviennent dans ces conditions. D'autres, au contraire, Nysten, Magendie, Cl. Bernard, Laborde, etc... admettent que les capillaires du poumon sont perméables à l'embolie gazeuse ; ils ont vérifié que, même sous une faible pression, le sang spumeux traverse le réseau capillaire des membres ou du cerveau, que, par exemple, de l'air injecté dans la carotide ne tarde pas à apparaître dans la jugulaire et ils admettent qu'*a fortiori* il en est de même au niveau des capillaires pulmonaires, dont on sait qu'ils sont plus larges que ceux de la circulation générale. C'est très certainement à cette opinion qu'il convient de se ranger.

Quant au lieu d'arrêt des embolies gazeuses issues de la grande circulation et au mécanisme de la mort dans ce cas, ils ont été fort discutés. Quilliot qui, dans sa thèse, fait de cette question une étude très complète, distingue à cet égard trois théories :

Dans la théorie cardiaque, défendue par Magendie, Nysten, etc., de telles embolies entraînent la mort par distension du cœur, par dilatation mécanique des cavités droites où le gaz vient s'accumuler. Effectivement, l'embolie gazeuse trouble profondément l'hydraulique circulatoire ; elle abaisse considérablement la tension artérielle, parfois même la supprime complètement ; elle élève la tension veineuse (Villaret et Justin-Besançon), entraîne enfin des modifications importantes de l'électro-cardiogramme.

La théorie pulmonaire voit dans une véritable obstruction, dans un bloquage du poumon par le gaz, la cause de la mort dans l'embolie gazeuse. C'est donc à un trouble profond de l'hématose, à une véritable asphyxie que l'on aurait ici affaire : et effectivement, on a pu observer, au cours des embolies gazeuses expérimentales, que l'arrêt de la respiration était souvent le premier accident en date.

Enfin, la théorie dite cérébrale voit dans une atteinte des centres encéphaliques ou bulbaires, la cause de beaucoup la plus importante des accidents de l'embolie gazeuse. Pour les uns, il s'agit d'un phénomène réflexe ; celui-ci, né de l'irritation par le gaz, soit de l'endocarde (Arloing et Tripier), soit de l'endothélium des capillaires pulmonaires (Alajouanine), aboutirait à l'inhibition des centres bullaires et à la mort. Pour d'autres, au contraire, c'est l'embolus gazeux lui-même qui accéderait au cerveau, y déterminant sur place les lésions d'anémie, de ramollissement, d'hémorragie sur lesquelles nous nous sommes étendu.

En réalité, chacune de ces théories renferme probablement une part de vérité et sans doute convient-il de se ranger à une opinion qui accorde aux accidents pulmonaires, ou cardiaques, ou nerveux de l'embolie gazeuse, un rôle plus ou moins prépondérant, selon les cas.

Reste à régler la question, particulièrement intéressante pour le médecin, de la pathogénie des embolies gazeuses nées dans la petite circulation, c'est-à-dire en pratique de celles qui suivent les traumatismes pleuraux.

Tout d'abord, la réalité clinique de ce type d'embolie est aujourd'hui indiscutablement prouvée et admise de tous. Les arguments abondent dans ce sens.

Nous avons relaté déjà ceux qu'apporte l'anatomie pathologique. Expérimentalement, Brauer et Spengler, Wever, Roch et Wholers reproduisent, par injection de gaz dans les veines pulmonaires, des convulsions, des paralysies exactement analogues à celles observées chez l'homme à la suite de traumatismes pleuraux. Chez l'animal et chez l'homme même, enfin, les accidents nerveux par blessure pleurale ont pu s'accompagner de la présence de bulles gazeuses dans les vaisseaux rétiniens, ainsi que le montrait l'examen ophtalmoscopique (Wever). La réalité de l'embolie gazeuse dans les traumatismes de la plèvre est donc certaine. S'ensuit-il que tous les accidents nerveux observés après contusion pleurale doivent se réclamer de l'embolie? Sans doute non. Le mécanisme réflexe de tels faits, autrefois à l'honneur, aujourd'hui un peu tombé en désuétude, n'en reste pas moins valable dans certains cas ; son rôle est certain dans les accidents nerveux spontanés, compliquant une affection pleurale contre laquelle nulle intervention, si minime soit-elle, n'a été exécutée. Sans doute convient-il dans ces conditions, d'adopter, avec Bezançon et Azoulay une opinion mixte qui voit, tantôt dans l'embolie gazeuse, tantôt dans le réflexe, la cause des accidents nerveux consécutifs au traumatisme pleural. Encore faut-il savoir que l'embolie gazeuse occupe, à cet égard, et de loin, la première place, puisqu'elle a pu être incriminée avec grande vraisemblance chez plus des trois quarts des 180 malades de ce type entrant dans la statistique de Mlle Rénier.

Comment naît donc l'embolie gazeuse dans ces conditions ?

Il faut admettre avec Troizier que c'est presque toujours à une piqûre du poumon avec blessure vasculaire qu'il faut la rapporter.

On s'explique ainsi que les accidents observés soient plus fréquents lors de la première insufflation d'un pneumothorax, qui expose au maximum à la blessure du poumon, ou, s'il s'agit de réinsufflation, en cas d'adhérences pleurales solidarisant de près le moignon pulmonaire et la paroi thoracique. On comprend aussi pourquoi bien souvent, en cas d'accidents de ce genre, on voit un peu de sang refluer dans le trocart de l'appareil à pneumothorax ; ou pourquoi ce trocart apparaît souillé de liquide hématique lorsqu'on l'enlève du thorax ? Peut-être d'ailleurs les larges lacs sanguins qui se constituent parfois dans le tissu malade des moignons pneumothoraciques réalisent-ils une condition de choix à la production de tels accidents.

Dans des cas plus rares, l'embolie gazeuse reconnaît une autre origine : elle répond à la rupture d'une adhérence vasculaire, à la faveur, par exemple, d'une insufflation trop poussée.

Comment le gaz pénètre-t-il dans le vaisseau blessé ? Ce peut-être par le fait de l'injection même exécutée par l'opérateur, pendant l'entretien d'un pneumothorax par exemple : mais il n'en est pas toujours ainsi, et, en dehors de toute injection, l'aspiration thoracique suffit largement à assurer la pénétration de gaz dans le vaisseau pulmonaire lésé : Wever a, à juste titre, insisté sur ce fait.

C'est ici le lieu de faire état d'une conception récemment défendue par Sergent, Baumgartner et Kourilsky, et qui voit, non pas dans le gaz seul, mais dans la spume résultant d'un mélange d'air et de sang, le matériel de l'embolie par traumatisme pleural. Lors de l'ouverture du vaisseau pulmonaire, la forte pression négative qui y règne émulsionne le sang et le gaz, et aspire le fragment spumeux ainsi formé qui ira servir au loin de matériel embolique. Effectivement, dans un cas, Sergent put, au cours d'une ponction pleurale, voyant un peu de spume sanglante refluer dans la seringue, prévoir l'apparition d'accidents emboliques, qui, de fait, ne tardèrent pas à survenir. Et expérimentalement, Komis put reproduire des accidents nerveux bien plus facilement par injection de spume sanglante, que par celle de gaz pur. Cette conception revêt donc un grand intérêt et mérite d'être retenue.

Quant au cheminement de l'embolie ainsi formé, il est aisé à concevoir, la bulle gazeuse gagne rapidement le cœur gauche, puis essaime dans le domaine de la grande circulation ; elle s'arrête parfois dans les vaisseaux coro-

◆◆

naires, plus souvent dans les vaisseaux cérébraux : ainsi éclatent les accidents cliniques que nous avons décrits et dont la gravité dépend sans doute, tout au moins pour une part, du volume des bulles déplacées, les grosses bulles déterminant les syncopes mortelles, les paralysies massives, les plus petites étant au contraire à l'origine des convulsions passagères, des parésies transitoires.

Enfin, à côté du rôle de l'embolie même dans le déterminisme des phénomènes observés, il ne faut pas oublier celui du spasme, que crée, *in situ* ou à distance, l'irritation des endothéliums vasculaires par le gaz.

Villaret a récemment montré combien de petites embolies étaient capables de déterminer par voie réflexe des manifestations importantes et étendues ; ces notions sont parfaitement applicables à l'embolie gazeuse remarquable précisément par son faible volume. Effectivement, la réalité de spasmes vasculaires réflexes a été parfois démontrée à l'évidence à la suite de l'embolie gazeuse. Ce spasme, l'examen ophtalmoscopique a pu le déceler au niveau des artères rétiniennes ; il peut siéger dans les vaisseaux de la langue, dont la pâleur devient alors caractéristique ; enfin, c'est par lui que Sergent explique les tableaux neurologiques complexes réalisés parfois en pareil cas et que seules des lésions à localisations multiples sont capables d'engendrer.

Mais revenons sur un terrain plus pratique et envisageons le problème pronostique que pose l'embolie gazeuse.

Ce pronostic est extrêmement variable selon les cas. Il est relativement bon dans la maladie des caissons où les accidents graves sont exceptionnels et peuvent être combattus efficacement par un traitement sur lequel nous reviendrons.

Il est grave dans l'embolie gazeuse d'ordre chirurgical où l'issue fatale est loin d'être rare. Enfin il varie beaucoup selon les cas dans l'embolie consécutive au traumatisme pleural ; et, de fait, nous avons vu comment, en ce cas, les accidents aboutissent tantôt à la guérison rapide et complète, tantôt à l'établissement de séquelles définitives, tantôt même à la mort, sans que rien permette d'apprécier au préalable le degré de leur gravité.

Cette incertitude dans le pronostic doit-elle nous conduire à priver les malades d'un moyen d'exploration et de traitement aussi précieux qu'est la ponction pleurale, dans la crainte d'accidents qui peuvent certes être graves, mais dont la survenue reste toujours très hypothétique ? Certes non, et d'autant moins que nous disposons, pour combattre l'embolie gazeuse, d'une thérapeutique curative et surtout préventive extrêmement efficace et à l'étude de laquelle nous arrivons.

En ce qui regarde la maladie des caissons, un traitement très efficace des accidents graves consiste dans la recompression rapide de l'ouvrier. Aussitôt les gaz se redissolvent dans le sang, les manifestations même les plus sérieuses ne tardent pas à disparaître, et il suffit ensuite de décomprimer très lentement le sujet pour se mettre à l'abri de l'apparition de nouveaux troubles. Cette thérapeutique, bien mise au point par Catsaras, Heller, von Schroetter, a permis de faire disparaître à peu près complètement les accidents mortels de la maladie des caissons.

De plus, en vue de prévenir l'apparition de tels accidents, la mise en œuvre de toute une série de mesures prophylactiques est de rigueur : elles consistent dans la sélection préalable rigoureuse des ouvriers, dans la lenteur de la compression avant le travail, dans le maintien d'une pression constante pendant le travail, dans la réduction de la durée de celui-ci en fonction de l'importance de la pression, enfin et surtout dans la lenteur de la décompression, qui doit être d'autant plus progressive que la pression initiale était élevée. Moyennant l'observance de ces précautions, les accidents sont devenus extrêmement rares à la suite du travail sous pression.

Le traitement curatif des embolies gazeuses exogènes, qu'elles soient d'origine chirurgicale ou dues à un traumatisme pleural, est toujours identique. Il consiste en cas de syncope, dans la respiration artificielle, les tractions rythmées de la langue. Dans tous les cas, on se trouvera bien de l'administration de stimulants du système nerveux (strychnine), de tonicardiaques (camphre, ouabaïne), de toniques du centre respiratoire (caféine, lobéline, dérivés soluble du camphre). Les vaso-dilatateurs ont été préconisés, sous la forme d'atropine administrée par la voie intraveineuse, ou d'acétylcholine (Sergent). Ces médicaments auraient en effet le double avantage, d'une part, de favoriser le cheminement des bulles dans les vaisseaux et d'empêcher leur arrêt, d'autre part, de combattre le spasme vasculaire dont nous avons vu le rôle néfaste en ces circonstances.

Enfin, dans le seul but d'être complet, nous rappellerons que certains auteurs ont pu préconiser le traitement de l'embolie gazeuse par la ponction de l'oreillette gauche ou de l'oreillette droite (Gebenegger).

Il est inutile d'insister sur la hardiesse excessive de telles tentatives dont la justification reste à faire.

Mais il est surtout important de prévenir, dans la mesure du possible, les redoutables accidents de l'embolie gazeuse par des mesures préventives adéquates.

Ces mesures comportent pour le chirurgien la nécessité de n'opérer qu'avec grand soin dans certaines régions qui prédisposent à l'embolie gazeuse et que lui-même a, pour cette raison, qualifiées de dangereuses.

Mais c'est essentiellement dans l'installation et l'entretien du pneumothorax thérapeutique que le traitement préventif de l'embolie gazeuse revêt un intérêt considérable. Il importe, à cet égard, de respecter toute une série de précautions, d'énumération peut-être fastidieuse, mais dont l'application est indispensable.

Tout d'abord, un examen radiologique précèdera toujours la piqûre pleurale, de façon à fixer le lieu de la ponction, avant le décollement, au niveau du plus grand diamètre de la cavité pleurale.

On effectuera la ponction selon une technique méthodique, plan par plan, permettant le repérage de la plèvre.

On vérifiera manométriquement l'interstice où l'espace pleural est atteint, préalablement à toute aspiration ou à toute insufflation.

On utilisera le trocart de Kuss pour les premières insufflations, réservant l'aiguille à mandrin aux pneumothorax constitués.

On utilisera, lors des premières insufflations, l'oxygène, moins nocif que l'azote, comme nous l'avons vu, du point de vue qui nous occupe.

Il importera de ne pas répéter plus de deux ou trois tentatives de décollement dans une même séance.

Jamais on ne poussera la pression intra-pleurale au delà de + 10 ou + 12, surtout en cas de pachypleurite symphysaire exposant à la rupture d'adhérences vasculaires.

Pendant toute la durée de l'insufflation, la main de l'opérateur fixera l'aiguille ou le trocart de façon rigoureuse.

Enfin, l'on interrompra l'intervention dès la survenue du moindre signe d'alarme.

Grâce au respect de ces multiples précautions, les accidents emboliques du pneumothorax sont devenus de plus en plus rares : Forlanini n'en observe que 4 sur 1.400 insufflations ; Poix, 6 sur 70.000 insufflations ; enfin Fromel et Demolé, dans une statistique globale portant sur plus de 229.000 insufflations, ne relèvent que 63 accidents, soit 2 pour 10.000.

Nul doute d'ailleurs qu'avec le perfectionnement toujours plus grand des techniques, l'embolie gazeuse ne disparaisse quasi complètement du cadre des complications qui grèvent encore lourdement le pronostic du pneumothorax provoqué.

Tel est le problème de l'embolie gazeuse. On pourrait croire au premier abord qu'il n'intéresse que des points



BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Les lésions organiques du cœur. *Etude clinique, anatomique et thérapeutique*, par R. Lutembacher. Un volume grand in-8 de 352 pages avec 185 figures. Relié toile en un volume : 300 francs. Masson et Cie éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Quelle que soit l'importance des méthodes de précision qui, en cardiologie, permettent une exploration méthodique du système cardio-vasculaire, l'examen anatomique des lésions, *leur confrontation avec les faits cliniques* restent le fondement de l'enseignement suivant la grande tradition de la clinique française fixée par Laennec.

On sait que le Docteur Lutembacher a consacré une partie importante de ses travaux aux méthodes graphiques, à la cinématographie du cœur, à l'expérimentation ; ces recherches ne l'ont pas détourné des préoccupations de la pratique médicale journalière d'ordre clinique, anatomique et thérapeutique.

Pour cette raison il a cru utile de faire bénéficier étudiants et praticiens de l'admirable collection de pièces anatomiques lentement rassemblées par lui et groupées au centre de cardiologie qu'il a organisé. L'installation photographique spécialisée dans ses laboratoires lui a permis de réaliser une documentation parfaite : c'est de cette longue et précieuse élaboration qu'est sorti le livre qu'il publie aujourd'hui.

Le lecteur qui parcourra cet ouvrage ressentira tout d'abord une impression qui est presque du domaine de l'art : la qualité des images, le souci a présidé à leur exécution matérielle depuis le moment de la dissection des pièces jusqu'à celui de la photographie et de l'impression typographique, tout contribue à créer une iconographie de la cardiologie dont l'intérêt n'avait jamais été poussé aussi loin. Pour rendre comparables tous les éléments de cette documentation par l'image et identifier avec la réalité chaque figure, toutes ces illustrations sont ici représentées *dans la grandeur naturelle* des pièces anatomiques correspondantes.

Il importe cependant de prévenir une méprise. Quel que soit l'intérêt de l'enseignement par l'*image* que comporte une iconographie, cette documentation ne formerait pas un tout complet si cette collection n'était pas « œuvrée ».

L'auteur, loin de se contenter de réunir des images, a poursuivi une fin pratique : *l'étude des affections*. Il a donc groupé les 185 figures originales de ce livre selon un plan que lui imposa la seule clinique. Il a joint les observations concrètes correspondant à chacune des pièces anatomiques.

On trouvera ici, groupés et systématisés, les plus caractéristiques des faits cliniques recueillis par lui en vingt ans d'expérience.

Les figures sont accompagnées de schémas destinés à faciliter la compréhension, schémas dessinés par l'auteur, démontrant le détail nécessaire, laissant sans insister les parties sans portée médicale. Enfin chaque observation comprend non seulement une description clinique, mais les indications thérapeutiques.

A propos de chaque groupe de faits, le Docteur Lutembacher a pris le soin de rappeler les notions indispensables concernant les grands chapitres de séméiotique ainsi que le traitement des syndromes cardiaques.

Malgré la part prépondérante de l'illustration il s'agit donc bien d'un « livre » — livre original — d'une formule inédite et dans lequel sont rassemblés les documents essentiels intéressant les maladies cardio-vasculaires, écrit à l'usage des médecins, tout autant que des spécialistes.

Les épithéliomas intra-laryngés. *Formes anatomo-cliniques. Voies d'extension. Etudes comparées clinique, radiographique et anatomo-topographique*, par Jean Leroux-Robert. 1 vol. in-8° de 172 p. avec 61 figures : 45 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe).

Ce travail a pour but de préciser le diagnostic des épithéliomas intra-laryngés et en particulier leur diagnostic d'extension à l'aide des études parallèles et comparées de l'*anatomie pathologique*, de la *clinique* et de la *radiographie* de ces tumeurs. Il repose sur soixante observations étudiées à ce triple point de vue d'épithéliomas de l'endo-larynx, opérés par le Docteur A. Hautant et ayant nécessité soit une laryngectomie totale, soit une hémilaryngectomie, soit une thyrotomie.

Pratique médico-chirurgicale publiée sous la direction de A. Couvelaire, A. Lemierre, Ch. Lenormant. Supplément (tome IX). Un volume de 960 pages avec 276 figures, relié tête dorée : 165 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Les huit volumes de la *Nouvelle pratique médico-chirurgicale* ont paru en 1931.

Dès la publication de cet ouvrage, il avait été entendu que des *suppléments* seraient publiés pour le tenir à jour et au besoin le compléter. A vrai dire, il a été, pendant plusieurs années, difficile de trouver matière à éditer (d'une façon utile) un volume complémentaire. Les conceptions théoriques évoluent plus vite que la pratique médicale et chirurgicale, et les directeurs de la P. M. C. n'ont pas voulu sacrifier à un mode facile et se donner l'apparence de faire « du nouveau », alors que rien ne la justifiait. Il fallait savoir attendre.

C'est donc en septembre 1936 que paraît le premier de ces *Suppléments* qui s'ajoute à une œuvre encore vivante et pleinement adaptée aux besoins actuels.

Ce volume (tome IX) comporte à la fois des *articles nouveaux*, dont l'utilité s'est manifestée depuis la publication de la *P. M. C.* et des compléments aux articles anciens. Exceptionnellement, quelques chapitres ont été repris entièrement pour permettre à des données nouvelles de trouver leur place dans un exposé systématique.

Complétée ainsi par ce tome IX, la *P. M. C.* réalise sans doute la mise au point la plus pratique et la plus complète des données médicales utilisables aujourd'hui.

Comme dans les autres volumes de la *P. M. C.*, ces articles sont présentés dans l'ordre alphabétique, mais une table placée en tête du volume indique les articles additionnels, les compléments apportés aux articles anciens, et enfin les articles nouveaux, entièrement substitués à ceux qui avaient été publiés précédemment.

Divers

Ignace de Loyola, le Dictateur des Ames, par L. Marcuse. Traduction française de P. Degon. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque historique* : 24 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris. « A qui veut, rien n'est difficile. » (Loyola).

Ce que l'auteur a voulu, son avant-propos nous l'explique : « Loyola, dit-il, n'appartient pas seulement au passé. Pour sa volonté de transformer les masses anarchiques en un royaume de la communauté humaine, Loyola, fougueux homme d'action, appartient aussi à l'avenir. Il est difficile d'écrire un livre édifiant sur Loyola. Cet homme n'était pas édifiant. Il ne l'était déjà pas pour beaucoup des siens. Pourtant, il a délivré des forces bonnes et qui, aujourd'hui encore, n'ont pas épuisé leur effet. Toutes les grandes figures du passé n'appartiennent pas seulement au passé. L'essentiel de leur grandeur ne réside pas dans ce qui était déjà réalité de leur temps, mais dans ce qui alors n'avait pas encore atteint son plein développement... Loyola rendait encore au ciel tous les honneurs traditionnels mais prenait déjà lui-même, d'une main ferme, la direction de l'humanité. Il révolutionna la chrétienté, moins violemment, mais beaucoup plus profondément que Luther. Loyola était aussi, ainsi qu'on peut le lire dans les livres d'histoire, un des plus grands représentants de la contre-réforme. Mais il est plus important qu'il ait été un organisateur du bien qui a étendu son action sur toute la terre.

« Il reste à Loyola les mérites d'avoir rendu utilisables pour un idéal terrestre les énergies que le christianisme a déchaînées. Le vieux rêve des hommes, d'une vie digne et juste, rêve qui, de Platon à Marx, n'a pas évolué, n'est plus, grâce à Loyola, l'objet d'une prière, mais un but de combat.

« C'est lui, et non Napoléon, qui a été le plus grand organisateur européen de l'Univers humain.

« .... De plus, nous ne devons pas laisser Loyola à ceux auxquels jusqu'ici il a surtout servi. Il est facile de lui délivrer une étiquette qui le classe définitivement dans la société européenne du XVIe siècle ; il porte sur le front le sceau de sa classe. Il est beaucoup plus difficile, mais aussi beaucoup plus important, de rechercher en quoi il a été la dynamite qui mine le chemin de l'avenir. *Ite omnia incendite et inflammate*, ordonnait-il aux siens ; cet homme de Dieu, serviteur des Princes, était un grand révolutionnaire. Il ne connaissait qu'un moyen de salut : l'abandon total de soi, pour la réalisation de son lointain but temporel ; une humanité unie et fraternelle. »

Autour de son héros, L. Marcuse ressuscite, avec maints détails documentés, l'Espagne puissante mais souvent tragique du XVIe siècle et tous les lieux où vécut Loyola : la Navarre et Pampelune, où l'officier Ignace de Loyola fut blessé ; la Catalogne, Barcelone, le célèbre monastère de Monserrat où il fit un long séjour ; Alcala, Tolède, l'Université de Salamanque. L'auteur fait revivre un pèlerinage à Jérusalem, les querelles de l'Université de Paris, la Venise du temps de l'Arétin, le sac de Rome, etc... Il nous raconte les faits et les laisse conclure.

Les Sociétés secrètes en Italie. *Les Carbonari. La Camorra. La Mafia*, par Albert Falcionelli. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque Historique* : 18 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

« Certains termes jouissent dans le public d'une popularité qui ne correspond pas à la compréhension exacte de leur signification et à une connaissance véritable de ce qu'ils évoquent. Carbonari, Camorra, Mafia, nul n'ignore ces mots. Qui donc sait à peu près à quelles réalités sociales et historiques ils ont trait ?

« Il est cependant impossible de comprendre les événements qui préparèrent, après les traités de 1815, le *Risorgimento*, c'est-à-dire la réalisation de l'unité italienne, en négligeant les sociétés secrètes au sein desquelles ce mouvement politique commença de s'élaborer.

« De même, l'œuvre d'épuration sociale accomplie dans l'ancien royaume de Naples et en Sicile par les gouvernements italiens modernes et, plus spécialement, par le régime fasciste, ne se peut entendre qu'à la condition de savoir à quelles organisations puissantes, comparables à la Main noire et au gang d'Amérique il a fallu s'attaquer, à savoir la Camorra napolitaine, la Mafia sicilienne.

« Bien entendu, l'histoire de ces associations constitue l'une des pages les plus hautes en couleur de la vie italienne contemporaine. Elle n'est pas seulement indispensable pour comprendre l'évolution d'une grande nation, elle est aussi d'une incomparable richesse anecdotique. Jusqu'ici, néanmoins, cette étonnante chronique n'avait tenté la plume d'aucun historien français. C'est dire tout le prix qu'il convient d'attacher au livre de M. Albert Falcionelli qui, puisant aux meilleures sources, a su débrouiller avec une clarté remarquable l'écheveau compliqué des faits et gestes accomplis par les affiliés de ces associations ténébreuses. Il est juste d'ajouter que l'auteur s'est efforcé de développer son sujet sur un ton de bonne humeur qui rend la lecture de son livre particulièrement attrayante.

« Aucun de ceux qu'intéresse l'Italie en général, et plus spécialement l'Italie nouvelle, ne poura se dispenser de lire un ouvrage qui l'éclairera sur les dessous pittoresques d'une société en gestation qui s'est muée jourd'hui en une des plus grandes nations européennes. »

très particuliers de la pathologie. En réalité, nous venons de voir comment il permet de soulever des questions importantes de clinique, de physiopathologie, de pathologie générale. Il nous montre comment une même affection, d'abord purement chirurgicale, fut capable de se muer par la suite en une maladie professionnelle typique, pour constituer enfin une conséquence accidentelle de nos thérapeutiques : exemple remarquable des constantes vacations qui assurent à la médecine un perpétuel renouvellement.

ACTUALITÉS

Les enseignements du XLVe Congrès français de chirurgie

5-10-octobre 1936

La réunion annuelle de l'Association française de chirurgie, née, il y a quarante-cinq ans, de la volonté du bordelais Demons, attire tous les ans dans l'amphithéâtre de la Faculté auquel Roussy a donné une nouvelle jeunesse, des chirurgiens étrangers, trop peu de parisiens, de nombreux provinciaux.

Les solitaires, dont Témoin d'une façon magnifique a évoqué autrefois le rude labeur, y viennent auprès de leurs pairs et de leurs maîtres, chaque année, retrouver l'enthousiasme et la foi.

On a beaucoup médit des Congrès. Les travaux scientifiques qu'ils révèlent sont, certes, bien souvent d'inégale valeur ; quelques orateurs auraient un intérêt réel à garder le silence. Il n'en est pas moins vrai que l'Association française a fait beaucoup pour les progrès de la chirurgie depuis l'heure déjà lointaine où s'affrontaient, en des joutes oratoires passionnées, les partisans de la voie haute, ou de la voie basse, dans l'hystérectomie. Heures ardentes où Péan, le beauceron aux larges épaules et Doyen, le rude lutteur aux idées hardies, revendiquaient avec ardeur la paternité d'une technique qui semble bien, en réalité, appartenir à Kœberlé.

Nos réunions ont pris une allure plus médicale. Les chirurgiens isolés ont compris l'utilité du travail en commun, la nécessité immédiate du laboratoire, l'aide du médecin voisin, sans laquelle nous ne saurions demeurer que des serviteurs de la main. Il est aujourd'hui peu de régions de notre vieux pays où l'on ne travaille suivant l'esprit de la ruche ; conception parfaite, quand on veut bien rester persuadé que son propre miel n'est pas d'une qualité infiniment supérieure à celle de la ruche voisine.

Les travaux du Congrès français, quand on les considère avec le recul du passé qui s'éloigne, semblent bien, par leur valeur même, montrer combien la création de centres chirurgicaux officiels paraît, à l'heure actuelle, constituer une technique rétrograde et un geste inutile.

Don Quichotte autrefois sous le ciel des Asturies pourfendait les moulins à vent !

Le meilleur test de cette évolution est fourni par l'aspect même des travaux présentés au Congrès, qui s'éloignent des sentiers grégaires de la technique pure, pour prendre une allure plus physiologique à la claire lumière du laboratoire. Les questions mises à l'ordre du jour cette année en sont la preuve tangible et nous pensons en dépit de quelques critiques qu'elles furent logiquement posées. Nous sommes persuadés qu'un jour, le bureau du Congrès proposera à ses rapporteurs l'étude physiologique de la maladie opératoire...

Malgré l'incertitude de l'heure, ce Congrès de 1936, connut un franc succès, et nombreux furent ceux d'entre nous, qui vinrent apporter au médecin général inspecteur Rouvillois son président, chirurgien de haute valeur, et chef incontesté, l'assurance de leur affection.

Le vieil amphithéâtre n'avait pas connu une telle profusion d'uniformes depuis la présidence de G. Maunoury, aux dernières heures de la guerre. La séance inaugurale fut présidée par le général Gamelin, chef d'état-major général de l'armée, qui sut, en quelques mots, dire avec précision l'importance du Service de santé et tout ce qu'attend de lui sans angoisses, le commandement, quand à sa tête se trouvent des hommes comme Rouvillois. A côté du président avaient pris place le recteur Charléty, le doyen Roussy, les médecins inspecteurs Oudart, Botreau Roussel, Vincent, Sieur, Sacquépée, Morvan, les Professeurs Hartman, Mauriac, Leriche, Lenormant, Duval, Grégoire secrétaire général dont l'unanimité de ses collègues fera le président de 1937.

Les chirurgiens étrangers étaient venus en plus petit nombre que d'habitude. Parmi ceux-ci des amis fidèles de l'Association : Alessandri (Rome), Daniel (Bucarest), Schumaker (La Haye), Hansen et Wessel (Copenhague), Hybinette (Stockolm) ; nos amis belges au cœur si proche, Verhoogen, Danis, Dejardin, Mayer, Spehl, Brohée, Bonzen, Herman, Sebrechts, Cahen, Albert, etc...

Dans le discours d'ouverture, d'une haute tenue, le médecin général Rouvillois fit un rapide tableau de ce que fut le Service de santé aux armées hier, et de ce qu'il pourrait être demain.

Il faut, hélas, évoquer ce que serait un conflit armé aujourd'hui. Il est fort probable que les hostilités commenceraient par une attaque brusquée avec le concours d'avions puissants s'adressant au cours de cette guerre totale, non seulement aux formations militarisées, mais à la population civile. Attaque aérienne, doublée par des raids de puissantes formations motorisées. C'est dans l'horreur des bombardements aériens et le fracas des moteurs que devrait se faire la mobilisation. Rouvillois, pour porter un remède immédiat à cet horrible état de choses, créé par la guerre totale, propose la création de villes sanitaires, strictement neutralisées, qui, au milieu de la tourmente, constitueraient le dernier refuge des lois normales d'une humanité atteinte de démence sanglante. Les médecins, aux éléments de destruction, continueront à opposer un persévérant et infatigable effort. Leur tâche reste effrayante quand on prévoit les conséquences immédiates d'une guerre européenne !

Trois questions d'intérêt inégal avaient été mises à l'ordre du jour du Congrès :

Résultat des greffes ovariennes. — Chirurgie chez les diabétiques. — Pneumectomies.

I. — Ce dernier rapport (*Pneumectomies*) fit l'objet d'un intéressant travail de Robert Monod (Paris) et d'Albert Bonniot (Grenoble) qui, exemple à suivre nous semble-t-il, présentèrent leur mémoire en commun.

La question des indications et de la technique des pneumectomies reste fort incertaine et comporte des inconnues redoutables ; le nombre des malades opérés en France est insignifiant...

L'effort de Monod et de Bonniot en est d'autant plus méritoire, au cours d'un travail qui aurait eu peut-être sa place mieux marquée au cours d'un Congrès international.

La question présentée à Madrid en 1932, serait avec fruit reprise, nous le pensons, dans quelques années. A ce moment, seulement, pourront être précisés les résultats éloignés de cette chirurgie nouvelle qui apparaît encore à l'heure actuelle comme entachée d'une lourde mortalité.

En France, il semble bien que les premières tentatives d'abord direct et de résection pulmonaire aient été réalisées

par Tuffier en 1891. Ces tentatives d'exérèse des lésions pulmonaires tuberculeuses furent rapidement abandonnées pour les méthodes de collapsothérapie.

Entre 1900 et 1918, époque des grandes discussions sur le pneumothorax opératoire qui mettent aux prises les partisans de l'utilisation des appareils à pression différentielle (Ecole allemande Sauerbruch, Brauer) et leurs adversaires (Ecole française Bazy, Delagénière, P. Duval).

A la veille de la guerre, Tuffier publie sa monographie qui résume l'état de la chirurgie thoracique (1914).

De 1918 à nos jours, l'histoire de la pneumonectomie est presque uniquement constituée par les travaux des chirurgiens américains. Lilienthal publie en 1922 sa statistique comportant dix-sept observations avec dix morts. En 1924, Guibal présente en France, le premier cas de lobectomie suivi de guérison (Lobectomie pour dilatation bronchique. *Bull. et mém. de la Société de Chirurgie*, 1924).

En 1933, Graham et Singer (*Journal of the American Association*). Ablation totale d'un poumon pour carcinome des bronches, (octobre 1933), publient le premier cas de cancer du poumon opéré avec succès.

Depuis lors, des observations assez nombreuses ont été publiées à l'étranger : Archibald Haight, Overholt et Rienhoff.

En France, pas d'observation de cancers opérés, Monod et Demirleau présentent à la Société de Chirurgie deux cas de lobectomie en plèvre libre en un temps et guéris, (bronchectasie et abcès bronchectasiant, malades de Sergent et d'Ameuille.

Monod et Bonniot dans leur rapport étudient tour à tour, le problème au point de vue technique. Voie d'abord en plèvre libre et en plèvre cloisonnée. Il semble bien que la lobectomie en plèvre libre, faite en un temps (méthode de Brunn Shenstone) constitue le meilleur procédé ; opération logique et réglée, elle permet de pratiquer une résection relativement complète au lobe malade. Entre les mains des chirurgiens anglais, Roberts, Tudor Edwards et Nelson, elle a donné sur plus de 150 cas, des résultats excellents.

Le problème de l'anesthésie est difficile à résoudre, l'anesthésie locale donne en général d'assez médiocres résultats chez un malade qui doit être absolument immobilisé.

Contrairement à ce qui était admis il y a quelques années, il est inutile de faire un large volet thoracique. L'incision la plus employée est l'incision intercostale longue, sectionnant les parties molles de l'espace intercostal sans résection de côtes, mais avec section des arcs osseux sus et sous-jacents. L'incision pratiquée, la plèvre ouverte, un puissant écarteur de Tuffier permet l'écartement au maximum des côtes sus et sous-jacentes et procure une large ouverture de la cavité thoracique.

M. et B. dans un chapitre très documenté, étudient le problème de la résection immédiate ou retardée, du lobe malade, celui de la ligature des pédicules vasculaires et du drainage.

Ils concluent en précisant les indications des pneumectomies, indications cliniques qui restent encore entourées d'obscurité.

Il faut bien avouer que, dans les bronchectasies, la gravité des opérations d'exérèse pulmonaire et la bénignité relative de celles-ci, constituent une sérieuse objection à l'intervention radicale.

Au Congrès de Madrid en 1932, Lilienthal accusait une mortalité de 61 pour 100, qui n'est plus pour Tudor Edwards que de 12.5 pour cent, amélioration certaine ; mais quelle est en réalité la valeur précise d'une statistique !

Dans les abcès du poumon, les indications sont assez restreintes et semblent devoir se limiter aux cas où un abcès collecté s'accompagne de bronchectasie plus ou moins développée. L'indication est alors la même que dans une bronchectasie infectée.

En cas d'évolution traînante, la lobectomie paraît être le traitement de choix du vieil abcès centro-lobaire à paroi fibreuse.

La mortalité est lourde dans les lobectomies pour cancer du poumon : soixante pour cent de mortalité immédiate, un peu plus de dix pour cent de guérisons durables ; mais il semble bien qu'ici, toutes les audaces bienfaisantes soient permises :

La pneumectomie totale avec ligature et section isolée des éléments du pédicule par voie antérieure précédée d'un pneumothorax artificiel paraît être le seul traitement à envisager en cas de cancer des grosses bronches.

A mesure qu'augmentera le nombre des cas observés et opérés précocement peut-être se dégagera-t-il de l'ensemble des cancers du poumon, un certain nombre de formes favorables à l'exérèse dont la discrimination est à l'heure actuelle impossible.

II. — *Résultats des greffes ovariennes.* P. MOCQUOT (Paris), G. COSTE (Lyon).

Depuis l'époque déjà lointaine où Morris (1895) eut l'idée de faire chez des malades atteintes d'insuffisance ovarienne des greffes auto ou homoplastiques, les travaux parus sur cette question ont été bien nombreux et d'inégale valeur.

P. Mocquot étudiant la question au point de vue purement expérimental, expose les résultats acquis depuis les premières recherches de Paul Bert jusqu'aux travaux les plus récents. Un fait est précis : c'est que l'utilisation des greffes ovariennes expérimentales est possible, quand il s'agit de transplantations auto ou homoplastiques. Les transplantations hétéro-plastique chez les animaux supérieurs échouent de façon constante.

Il semble bien alors que le fragment transplanté, au lieu de rester intact ou d'évoluer, agisse simplement comme une culture temporaire de tissus sur un milieu vivant.

Cotte, après avoir fait le bilan des faits rapportés jusqu'ici en France et à l'étranger, étudie successivement les diverses modalités de transplants, auto-homo et hétéro-greffes ovariennes.

Les auto-greffes paraissent avoir deux indications principales. La transplantation de l'ovaire dans l'utérus peut, d'une part, permettre de traiter certaines stérilités d'origine tubaire, et, d'autre part, conserver la menstruation ou prévenir l'apparition de troubles secondaires à la castration. Greffes libres avec ou sans conservation de l'utérus. Auto-greffes ovariennes avec greffes utérines. Elles ont été faites surtout pour voir l'influence que l'endomètre peut exercer sur l'ovaire greffé. L. Mayer, Desjardins M. Cheval ont obtenu ainsi des résultats intéressants. Il ne semble pas que la méthode puisse être employée sans quelque réserve :

Les homogreffes ont été utilisées soit pour stimuler l'activité ovarienne, soit pour parer aux troubles consécutifs à la castration.

Si l'on fait abstraction des faits bien surprenants de Moris et de Croom... dans lesquels on fit suivre l'ablation des deux ovaires, d'une greffe ovarienne au niveau du ligament large, et dans lesquels il y eut une grossesse ultérieure quatre ans après l'intervention... il est intéressant de constater avec les rapporteurs, que dans vingt-deux cas présentant des caractères précis d'authenticité, une grossesse avait pu survenir chez des malades où la greffe avait été faite pour remédier à un état d'insuffisance ovarienne plus ou moins accentuée. Il est bien probable du reste que chez la plupart de ces malades l'intervention elle-même a pu suffire à stimuler le fonctionnement de l'ovaire. L'utilisation des hétéro-greffes ovariennes ne paraît bien avoir, en général, donné que des résultats précaires ; plus ou moins tardivement elles sont appelées à disparaître par résorbtion.

A la suite de ce rapport, Mayer, Knudtzon (de Copenhague), Dziembowski (de Bydgoscz), Heybert (Copenhague), Murro (Turin), Chalier, Delagenière vinrent apporter les résultats de leur expérience personnelle. Conclusions assez peu optimistes en général. La statistique importante et précise de Douay (167 cas) vint confirmer ce fait qui paraît évident que, seule l'autogreffe paraît susceptible de donner un résultat satisfaisant, encore ne faut-il pas se faire trop d'illusions sur sa durée qui, d'après lui, ne dépasse guère deux ans.

III. *La chirurgie chez les diabétiques.* Pierre FREDET et G. JEANNENEY.

Il s'agit là d'une question toute d'actualité et d'un pro-


VITAMINE A
NATURELLE
des huiles de foie de poisson
FLÉTASE

blème quotidien. Ce remarquable rapport suscita une vive attention. Au cours de la discussion, Chabanier, Rathery, Mauriac vinrent apporter les résultats de leur expérience personnelle.

S'il est évident que si la découverte heureuse de Banting a, depuis quatorze ans, changé le pronostic chirurgical chez les hyperglycémiques, bien des inconnues persistent encore dans la chirurgie chez les diabétiques. Notre maître Fredet considérant avec la précision qui lui est propre, les conditions générales de l'acte opératoire chez les diabétiques, schématise le déséquilibre neuro-hormonal du à l'insuffisance de la fonction endocrinienne du pancréas. Insuffisance qui se traduit par un trouble du métabolisme des glucides qui ne peuvent plus être mis en réserve comme à l'état normal sous forme de glycogène, ni être brûlés dans l'organisme, d'où accumulation de glucose dans les tissus ; hyperglycémie et hyperglycystie et élimination par le rein, glycosurie, un trouble du métabolisme des protéines qui ne peuvent plus être dégradées par le foie jusqu'à leur terme ordinaire, l'urée, d'où présence dans le sang d'acides aminés et de corps cétoniques et rejet dans les urines dans la mesure où le rein s'y prête. Un trouble enfin du métabolisme des corps gras, production possible également de corps cétoniques.

Naunyn avait qualifié « acidose », la présence des corps cétoniques. A l'heure actuelle ce mot a pris une signification plus concrète, on persiste néanmoins à l'employer dans le langage courant pour désigner l'état des diabétiques cétonémiques et cétonuriques. L'utilisation de l'insuline suppléant à l'insuffisance pancréatique permet d'introduire dans l'organisme des hydrates de carbone en quantité suffisante et de les y brûler en même temps que le glucose résiduel. Les diabétiques atteints d'affections chirurgicales sans relation directe avec le diabète peuvent être opérés avec une proportion de risques immédiats infiniment moindres.

En principe une intervention ne doit être entreprise chez un diabétique que lorsque le métabolisme de celui-ci a été ramené à la normale, que la glycosurie a disparu, que la glycémie, la production des corps cétoniques ne dépasse pas le taux ordinaire.

Dans un chapitre tout à fait intéressant, P. Fredet étudie le rôle de l'anesthésie sur la maladie post-opératoire. Etude riche en déductions fécondes, chapitre peu exploré et dans lequel pour notre part, nous avons pu faire des constatations d'apparence paradoxale.

Il semble bien que les anesthésiques généraux tels que le chloroforme, l'éther, agissent avant tout sur le cortex cérébral, les barbituriques sur les centres sous-thalamiques, tandis que les anesthésiques locaux ou régionaux, bloquent les terminaisons, les troncs nerveux ou les racines rachidiennes.

La narcose par l'éther ou le chlorure d'éthyle déterminent toujours une augmentation de la glycémie de l'ordre de 50 à 80 %. L'action du chloroforme paraît identique.

On imagine combien ces effets déjà nuisibles sur un sujet normal, sont redoutables chez le diabétique. La déviation de l'équilibre acide-base dans le sens acidose commence d'autre part dès le début de la narcose.

Il semble bien que les anesthésies locales ou régionales, et nous ajouterons l'anocie anesthésie, dérivée de la technique de Crile, paraissent le mieux indiquées chez les hyperglycémiques.

L'insuline, merveilleux auxiliaire, ne peut être administrée par voie entérale. Injection sous-cutanée en solution aqueuse.

Son action est limitée et semble ne pas dépasser huit heures. Nécessité de répéter les injections suivant un horaire régulier. Pour ne pas provoquer d'accidents hypoglycémiques toute injection doit être accompagnée d'injection d'hydrate de carbone en pratique, 10 à 15 grammes de glucose dans un verre d'eau suffisent à contre-balancer l'effet de vingt-unités d'insuline.

Fredet termine son travail en rapportant la statistique de Mc Kittrick qui, sur 548 diabétiques, aurait eu, en utilisant l'insuline, 9,3 % de mortalité, et celle de Walters, Meyerding Judd et Russel (Collected papers of the Mayo Clinic) qui eux n'auraient eu sur 2.086 opérés que 3,3 % d'accidents mortels. C'est, il faut le reconnaître tout à fait remarquable, mais nous devons avouer que notre statistique personnelle moins importante est beaucoup plus sombre, et nous croyons que nos collègues français doivent être dans le même cas. Soixante et onze gangrènes des membres inférieurs traitées par l'amputation primitive de jambe n'auraient, à Rochester, donné que cinq décès (7 %) c'est vraiment là un résultat magnifique et paradoxal.

Jeanneney dans la deuxième partie de ce travail expose les faits relatifs aux affections proprement diabétiques ou compliquées d'une façon spéciale par l'existence du diabète, et tour à tour, il envisage la conduite à tenir dans la furonculose si grave parfois en terrain sucré.

L'anthrax traité suivant une technique prudente et médicale. Anthrax auquel il faut, dit Rathery, toucher le moins possible, est en dehors des cas graves et évolutifs. Opinion fort éloignée de celle de beaucoup de chirurgiens qui pensent que la large incision cruciale donne de bons résultats. Opinion à laquelle nous refusons de souscrire de façon absolue après avoir tant de fois constaté les résultats excellents que donne son exérèse large à la façon d'une tumeur maligne et l'ablation en un bloc des tissus attrits et infectés.

Les lymphangites, les cellulites diffuses qui vous donnent parfois l'impression si pénible de l'impuissance, et où la vaccinothérapie a donné quelques résultats impressionnants.

La chirurgie abdominale est redoutable chez les diabétiques ; il semble bien qu'un large drainage doive être une règle absolue après une intervention rapide sans traumatisme, sans chocs inutiles.

Trois éléments sont nécessaires à la vie normale d'un tissu : une innervation, une trophicité correcte, une irrigation suffisante en qualité, une irrigation suffisante en quantité. Dans la gangrène diabétique perturbation de ces trois facteurs. Troubles nerveux (évolution vers le mal perforant). Troubles circulatoires (gangrène ischémique). Troubles humoraux caractérisés par l'imbibition des tissus par un milieu sucré impropre à les nourrir et favorable au développement microbien. La gangrène sèche ou humide, complication redoutable et fréquente sous ses deux formes sèche ou humide entraînera une mutilation partielle ou totale des membres qui sera commandée par la valeur ciculatoire du membre, l'état général du malade. Jeanneney attache une grande valeur aux renseignements que donne l'oscillométrie. L'abolition des oscillations est toujours un signe fâcheux traduisant une vitalité précaire, une persistance au contraire un signe favorable. Ceci est exact, mais peut-être ne faut-il pas accorder à l'oscillométrie une valeur trop absolue. L'artériographie ne semble avoir que des indications limitées et n'est pas exempte de dangers. Quand on doit amputer, il faut tenir compte certes de la limite apparente de la gangrène, et il est logique de penser que l'aphorisme de Rocher « pour une gangrène des orteils amputer l'avant-pied, pour une gangrène du pied, amputer la jambe ou la cuisse » reste exact.

Comme Fredet, Jeanneney insiste sur la nécessité du traitement médical. Neutraliser les toxines, juguler l'acidose, réduire la glycosurie et la glycémie, ce sont là des notions évidentes et que vont répéter tour à tour les médecins inscrits à cette discussion. Chabanier, Rathery, Mauriac que confirment Mayer et Jentzer.

En réalité, nulle part peut-être plus que dans la chirurgie chez les diabétiques existe la nécessité de la collaboration médico-chirurgicale. Le chirurgien a opéré après avis médical dans les meilleures conditions techniques, son malade n'a pas saigné et n'a pas été traumatisé, il est remis dans son lit le plus rapidement possible. Symbiose médico-chirurgicale féconde en résultats proches, où le médecin doit tenir les leviers de commande. Un des orateurs inscrits à la discussion déclarait de façon spirituelle, que le chirurgien n'avait aucun intérêt à se parer du faux nez d'un biologiste. Cet aphorisme lapidaire nous paraît renfermer une grande part de vérité.

J. DE FOURMESTRAUX

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 13 octobre 1936

Recrutement des sages-femmes. — L'Académie adopte les conclusions d'un rapport présenté par ***M. Couvelaire.***

« 1° Le décret de 1917, qui prévoit la suppression des maternités-écoles de sages femmes ne justifiant pas d'une activité suffisante et d'une organisation convenable de l'enseignement, devra être appliqué ;

« 2° Les maternités-écoles de sages-femmes seront dotées d'un statut commun ;

« 3° Les titres initiaux exigés pour l'entrée dans les maternités-écoles des candidats au diplôme de sages-femmes seront :

a) Comme titre universitaire minimum, le brevet élémentaire ; b) un diplôme d'infirmière d'Etat, la mention hospitalière étant nécessaire et suffisante ;

« 4° Au cours de la scolarité dans les écoles de sages-femmes, un enseignement théorique et pratique de la Protection maternelle et infantile devra être réalisé dans les mêmes conditions que dans les écoles d'infirmières préparant un diplôme d'infirmière visiteuse de l'Enfance ».

La lutte contre la contamination intérieure dans les hôpitaux d'enfants. — ***M. Robert Debré.*** — Autrefois parents et médecins redoutaient l'entrée d'un enfant à l'hôpital, craignant à juste titre que l'enfant n'y contracte une maladie infectieuse, dont les effets nocifs viendraient s'ajouter à la maladie même pour laquelle il est hospitalisé. Grâce aux immenses progrès réalisés dans l'aménagement et la discipline des hôpitaux d'enfants, cette terreur a presque disparu.

Et cependant le problème des contaminations hospitalières est bien loin d'être résolu et la quiétude parfaite à cet égard n'est pas justifiée. C'est qu'en effet, malgré l'efficacité remarquable des mesures matérielles, malgré l'éducation hygiénique et la haute conscience du personnel infirmier et médical, la contagion pénètre dans nos services d'enfants et s'y propage, et on doit ajouter qu'il ne peut en être autrement. L'isolement individuel est souvent interrompu par la complexité des techniques de diagnostics et de traitements exigeant que l'enfant hospitalisé quitte son boxe en dehors duquel il rencontre de multiples occasions de contamination.

D'autre part, le personnel médical et infirmier, les étudiants en médecine, les visites font également pénétrer dans les services des germes de contagion.

Enfin il est impossible d'empêcher l'entrée d'une maladie contagieuse dans les services de médecine et chirurgie d'enfants incubant une maladie, même contractée au moment de l'admission, à la porte de l'hôpital.

Il est difficile d'exprimer par des chiffres la fréquence des contagions hospitalières. Pour donner une idée de la pénétration de sujets contaminateurs, nous rapporteront les chiffres suivants :

A l'hôpital Hérold, en quinze mois (du 15 mars 1935 au 15 juin 1936), sont entrés en médecine :

Rougeole	54
Coqueluche	18
Scarlatine	17
Oreillons	5

Par ces chiffres, on peut apprécier le péril que court l'enfant hospitalisé, si la propagation de la maladie contagieuse n'est pas arrêtée.

Notre devoir est d'empêcher pour nos petits hospitalisés, la complication grave que constitue une maladie supplémentaire, sans compter les troubles de fonctionnement du service par des épidémies hospitalières, même discrètes, qui obligent fréquemment à fermer le pavillon ou la salle où une maladie contagieuse a pénétré et exercé ses ravages.

Pour lutter contre la contagion hospitalière, si les moyens matériels ne suffisent pas, on obtient un succès éclatant en y joignant les efforts d'un assistant spécialisé. Sa mission est la suivante :

I. — Dépister et repérer tous les cas de contagion, même au cours du séjour éphémère d'un enfant contagieux dans le service, qui peut être pour les enfants hospitalisés, gros de conséquences fâcheuses. Tenant soigneusement registre des enfants contagieux et suspectés, sachant parfaitement chaque entrant, l'assistant spécialisé épie l'éclosion des maladies contagieuses.

II. — Il établit par la réaction de Dick la réceptivité vis-à-vis de la scarlatine ; en recherchant le streptocoque hémolytique dans la gorge suspecte, il aide au dépistage des cas frustes de scarlatine et des porteurs de germes capables de disséminer cette maladie. Grâce à l'identification du bacille diphtérique isolé de la gorge des sujets considérés comme porteurs de germes non pathogènes, on rend à la liberté des enfants voués à d'interminables séjours hospitaliers.

III. — Le second devoir imposé à cet assistant est l'immunisation des sujets réceptifs et exposés à la contagion, surtout par injection de sérum de convalescent. L'assistant, dont c'est la tâche, parvient à alterner les doses suffisantes de ce sérum, ou éventuellement de sérum d'anciens rougeoleux, anciens coquelucheux, convalescents d'oreillons et convalescents de scarlatine.

IV. — Les enfants contagieux viennent de foyers externes et lorsqu'ils sortent de l'hôpital en période d'incubation, ils vont déterminer de nouveaux foyers. L'assistant spécialisé doit donc avertir l'œuvre, école ou collectivité d'enfants et les parents, de l'éclosion possible de telle ou telle maladie contagieuse contractée à l'hôpital, ou les prévenir de l'existence chez eux d'un foyer contagieux.

L'efficacité de ce service est indéniable.

De même que le service social à l'hôpital est devenu un rouage indispensable dans nos services, de même, croyons-nous, un service spécial de lutte contre la contagion hospitalière doit être créé dans tous les hôpitaux d'enfants.

Cette communication est renvoyée à une commission composée de MM. Nobécourt, Renault, Lesage, Lesné, Mourier, Lereboullet, Ombrédanne, Debré, Lemierre.

L'immunité antitétanique et l'immunité antityphoparatyphoïdique chez l'adulte soumis à la vaccination associée triple antityphoparatyphoïdique, antidiphtérique et antitétanique. — ***MM. E. Sacquépée, M. Pilod*** et ***A. Jude.*** — Le degré de l'immunisation antitétanique a été apprécié par des titrages de sérum sanguin à diverses époques après vaccination : huit jours, un mois, dix mois, environ un an.

Pendant ce laps de temps, presque tous les sérums renferment au moins 1/300e d'unité antitoxique ; la plupart en sont d'ailleurs beaucoup plus riches, 91,48 à 97,94 % d'entre eux (suivant la date du prélèvement) en renferment au moins 1/3 d'unité et habituellement beaucoup plus.

Cette immunisation se montre persistante ; elle se manifeste encore après environ un an.

Nous ne possédons en matière de tétanos aucun indice qui permette de préciser à partir de quel taux d'antitoxine l'immunité peut être considérée comme établie. Mais les faits acquis chez le cheval, animal au moins aussi sensible que l'homme et comme tel plus difficile à protéger, permettant de penser que vraisemblablement le taux de 1/300e et surtout de 1/100e d'unité doit être suffisant ; s'il en est ainsi, la presque totalité des vaccinés serait protégée. Ceci n'est qu'une probabilité : seule, l'expérience clinique permettra de conclure.

Les réactions observées sont analogues à celles qui peuvent suivre la vaccination T A B seule ou associée avec l'anatoxine diphtérique ; elles sont cependant parfois un peu moins éphémères.

Le kala-azar autochtone de l'adulte. — ***M. d'Œlsnitz*** (de Nice). — Beaucoup moins fréquent que celui de l'enfant, le kala-azar autochtone de l'adulte a une incubation parfois très longue et présente, au cours de son évolution, des atténuations, des rémissions spontanées, parfois même une tendance à la chronicité.

La courbe fébrile présente parfois plusieurs paroxysmes quotidiens ; l'accès le plus intense, généralement vespéral, est habituellement suivi de sueurs abondantes.

La splénomégalie, modérée au début, devient importante dans les cas anciens, en même tempe que s'accentue la consistance de la rate.

L'augmentation du volume du foie est inconstante, mais toujours et même en l'absence d'hépatomégalie, existe un syndrome d'insuffisance hépatique plus ou moins apparent.

L'anémie globulaire subit des variations spontanées.

Chez la femme jeune, peuvent apparaître des troubles restrictifs de la menstruation allant jusqu'à l'aménorrhée.

Les téguments sont pâles, mais d'une pâleur modifiée en certaines régions électives (face, seins, zone périgénitales), par l'association d'une pigmentation irrégulière variant en intensité d'un aspect sale, à peine perceptible, à une couleur chamois plus ou moins intense.

Parmi les modes d'identification biologique de la maladie, l'auteur donne aujourd'hui la préférence à la photométrie de floculation du sérum sanguin au contact d'une solution d'un sel d'antimoine, signe de présomption, et à la recherche directe des parasites dans la moelle osseuse obtenue par ponction sternale, cette intervention excluant les risques rares, mais certains, de la ponction splénique.

Le traitement spécifique de la maladie est réalisé par les injections intraveineuses de sels d'antimoine, de préférence organiques et de la moindre toxicité possible. L'auteur préconise, sous surveillance attentive des réactions, l'application d'un traitement d'attaque intense et prolongé jusqu'aux limites de la tolérance.

Fréquence et topographie des différentes formes de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. — *MM. Paul Armand-Delille, Lestocquoy, V. Bayle* et *Mme Lebreton* présentent une étude portant sur 1.000 cas de tuberculose pulmonaire de l'enfant étudiés depuis dix ans dans son service d'hôpital.

Ce nombre important a permis d'établir une statistique précise, qui montre qu'au point de vue de la fréquence, les maxima sont à la deuxième année et de la douzième à la quinzième année. Les quatre premières années ne présentent que des formes de primo-infection avec une forte proportion de généralisations miliaires, tandis qu'au moment de la puberté, on observe presque exclusivement des formes de réinfection avec très peu de généralisations miliaires.

En ce qui concerne la topographie, la tuberculose de primo-infection atteint avec prédilection le sommet (131 cas sur 270 et seulement 65 localisations à la base). Chez le grand enfant, 70 % des formes de réinfection débutent aux sommets et seulement 15 % à la base des poumons.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 14 octobre 1936

Septicopyohémie à staphylocoques dorés. — *M. Desplas* communique une observation de M. Bréhant concernant une septicémie grave, secondaire à un phlegmon diffus. Seul parmi les traitements employés, le bactériophage intraveineux se montra efficace, mais son emploi n'empêcha pas l'apparition ultérieure d'un phlegmon périnéphrétique.

Invagination de l'appendice. — *M. Yovanovitch* fut obligé d'inciser la paroi cœcale antérieure pour pratiquer l'ablation d'un appendice invaginé avec mucocèle enkystée. (Rapport de *M. Desplas*).

Gangrène du membre inférieur. — *MM. Stoïan* et *Costesco* ont traité une gangrène du membre inférieur par résection du tronc fémoral thrombosé. Le résultat fut heureux mais temporaire. Secondairement ils pratiquèrent une ablation de la chaîne sympathique lombaire en utilisant la voie transpéritonéale. Le résultat fut excellent et durable. Le rapporteur, *M. Moure*, passe en revue les voies d'abord du sympathique lombaire. Il accorde la préférence à la voie sous-péritonéale. La voie transpéritonéale lui paraît convenir aux cas où il faudrait aborder les deux chaînes sympathiques.

Nécrose des maxillaires après curiethérapie interne. — *M. Louis Bazy* présente un rapport de *M. Dechaume*. Les nécroses maxillaires consécutives aux injections de sels radioactifs ne sont pas rares. Ces sels en effet s'accumulent dans l'organisme ou s'opère leur désintégration. La dose maxima à ne pas dépasser ne peut être fixée, l'accumulation se montrant très variable d'un sujet à l'autre. La localisation maxillaire prépondérante s'explique par l'élimination salivaire de ces sels, et par l'action favorisante de la septicité bucco-dentaire. La nécrose s'installe et évolue lentement. L'intervention chirurgicale ne semble pas l'enrayer et elle n'est indiquée qu'en cas d'accidents infectieux graves. La nécrose maxillaire n'est pas la seule lésion due à ces corps radio-actifs. On connaît aussi des ostéosarcomes (Béclère) et des fractures spontanées. L'emploi de ces agents médicamenteux doit donc être réservé.

Cellulo-dermite inguino-crurale. — *M. Dupas, Daydé* et *Soubigou* (Marine) ont observé chez un jeune sujet quarante deux poussées inflammatoires avec abcès, survenant au niveau de l'aine. Cultures et réactions sérologiques n'ont donné aucun résultat. Il semble s'agir de l'affection dite cellulo-dermite inguino crurale à germe inconnu, décrite par *Favre, Chevallier* et *Fiehrer*.

Lymphangite avec gangrène de la main. — *M. Métivet* a observé l'apparition d'une gangrène brutale des trois premiers doigts chez un malade atteint de lymphangite par piqûre.

Anus sous-angulo-colique. — *M. Rouhier* emploie cet anus selon la technique autrefois décrite par Chevassu et le préfère à l'anus iliaque gauche.

Sur un mélange anesthésique complémentaire de l'anesthésie locale. — *M. J. Ch. Bloch, Rolland* et *Vieillefosse* utilisent un mélange de scopolamine, morphine, narcotine et éphédrine, dérivé de la solution de Krischner comme complément de l'anesthésie locale. A dose faible intraveineuse cette solution permet de poursuivre chez les sujets résistant à l'anesthésie locale, des opérations de longue durée. L'expérimentation animale a montré l'innocuité de la préparation. Dix-sept cas d'opérations chez l'homme ont prouvé son efficacité.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 octobre 1936

Erythème annulaire rhumatismal et streptococcémie à « streptococcus viridans ». — *MM. Robert Debré, Maurice Lamy* et *Mlle J.-L. Jammet* ont observé à six reprises chez des enfants atteints de maladie de Bouillaud un érythème d'un type particulier, décrit autrefois par Rayer et plus tard par Besnier. Il s'agit d'éléments de couleur rosée et légèrement cuivrée, non surélevés, de macules dessinant sur la peau des sortes de festons, de guirlandes dont la coloration est d'ordinaire maxima à la périphérie. Souvent la réunion de plusieurs macules aboutit à la constitution d'une plaque de contour polycyclique d'aspect circiné. Fréquemment aussi se forment de véritables anneaux d'un dessein plus ou moins régulier. L'éruption demeure d'ordinaire discrète et prédomine habituellement sur le tronc.

C'est essentiellement dans les formes sévères de la maladie que l'érythème se développe d'où la valeur qu'il possède pour le pronostic. Il semble qu'elle existe seulement dans les cas compliqués d'endocardite. Deux enfants chez lesquels l'éruption était floride et avait récidivé à plusieurs reprises souffraient d'un rhumatisme sévère, hautement fébrile et compliqué de graves lésions cardiaques auxquelles l'un d'eux succomba.

C'est précisément dans ces cas sévères que les cultures du sang ont démontré la présence de streptocoques du type « viridans » identiques à ceux que l'on rencontre dans l'endocardite maligne à évolution lente.

Tout en considérant qu'il est impossible d'assimiler l'une à l'autre la maladie de Bouillaud et l'endocardite maligne à évolution lente, les auteurs estiment qu'il existe entre elles des liens cliniques et bactériologiques indéniables. On est autorisé à penser que les particularités symptomatiques et évolutives de l'une et de l'autre maladie tiennent en réalité à des différences dans l'état de sensibilité ou d'immunité vis-à-vis du même germe infectant.

M. Etienne Bernard a observé trois enfants ayant présenté une éruption analogue. L'évolution se fit en trois semaines vers la guérison sans manifestations articulaires. Il croit pouvoir rattacher ces cas à la cinquième maladie.

M. Cathala se demande si certains érythèmes marginés décrits par M. Marfan dans la diphtérie ne seraient pas à rapprocher des faits présentés par M. Debré, d'autant plus que ces éruptions marginées se voient dans les diphtéries graves et peut-être dans les strepto-diphtéries.

M. Debré pense qu'il faut bien distinguer l'érythème rhumatismal de celui de la cinquième maladie. Dans cette dernière, l'érythème, bien que morphologiquement comparable, est cependant très fugace, non récidivant ; il ne s'accompagne pas de signes de la maladie rhumatismale et présente nettement un caractère épidémique.

Quand à l'érythème marginé aberrant décrit par Marfan, ce n'est pas un érythème infectieux, mais un aspect un peu particulier de la maladie sérique.

Endocardite maligne à staphylocoques. — *MM. Læderich, Robert Worms* et *A. Rubens-Duval* rapportent une observation dans laquelle l'affection évolua au début sous l'aspect d'une septicémie pure. A la troisième semaine apparaît un souffle systolique, dont la nature est en même temps démontrée par les hémocultures et par une embolie de l'artère fémorale.

L'embolectomie est pratiquée vingt-quatre heures après le début des accidents. Malgré l'imperfection des résultats anatomiques, puisqu'à l'autopsie on retrouvera la fémorale thrombosée, l'intervention prévient l'apparition d'une gangrène qui semblait imminente et c'est sans avoir éprouvé la moindre douleur que la malade meurt une semaine plus tard.

Les auteurs insistent également sur quelques particularités bactériologiques. Le germe isolé par hémoculture donnait naissance à des colonies blanches qui, par repiquages successifs, viraient au jaune d'or. Ce fait confirme le caractère contingent de la fonction chromogène du staphylocoque, indépendante en particulier de sa virulence.

M. Debré signale qu'il n'est pas tout à fait exceptionnel de voir un staphylocoque blanc devenir doré par repiquages.

Il est difficile de dire s'il s'agit là d'une mutation ou d'une association des deux espèces.

Méningite lymphocytaire bénigne. — *MM. Urechia* et *Elekes* rapportent un cas de méningite lymphocytaire curable précédé par une amygdalite. Ils en discutent la nature et concluent à la probabilité de la nature ourlienne de cette méningite.

Quadriplégie brusque et mort rapide. Destruction d'un ménisque intervertébral. Ecrasement médullaire consécutif. — *M. L. Langeron.*

Oreillons à forme cérébrale et à début psychosique. — *MM. Urechia* et *Elekes* (de Cluj).

A propos d'un cas d'asystolie avec grande éosinophilie sanguine. — *MM. G. Maire, J. Fricker, J. Warter* et *H.-R. Bloch* rapportent l'histoire d'un malade atteint d'asystolie chez lequel l'éosinophilie sanguine atteignait jusqu'à 80 %. Les auteurs discutent la cause de cette éosinophilie et concluent la probabilité d'une filariose sanguine.

A propos d'une tumeur anévrysmale de l'aorte abdominale. — *MM. Mollaret* et *Mallet* présentent un homme de 72 ans porteur d'une volumineuse tumeur abdominale battante et nettement expansive. La syphilis ne peut être mise en évidence.

Les auteurs discutent la nature de la tumeur et pensent qu'il s'agit vraisemblablement d'une ectasie de l'aorte abdominale.

Présentation de pièce. — *MM. Etienne Chabrol, A. Busson* et *Sallet* présentent la pièce d'un cancer végétant et métastatique du corps du pancréas avec localisation oculaire.

Michelle Zagdoun-Valentin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 octobre 1936

Anthrax de l'avant-bras et hémocrinothérapie. — *M. Filderman* présente un malade soumis à l'hémocrinothérapie pour un anthrax de l'avant-bras. Au troisième jour de traitement l'anthrax est complètement détergé, vidé et le pourtour en est affaissé et décongestionné.

Extraits hépatiques et syphiligraphie. — *M. Galliot* insiste sur l'intérêt de l'opothérapie hépatique comme médication adjuvante dans le traitement de la syphilis. L'auteur qui, depuis une quinzaine d'années, l'utilise au cours des traitements arsenicaux et bismuthés, a constaté qu'on pouvait ainsi diminuer considérablement les phénomènes d'intoxication et d'intolérance qui surviennent au cours de cette thérapeutique. La médication hépatique paraît, outre son pouvoir antitoxique, avoir une action stimulante sur le foie et permettre ainsi une action plus rapide et plus énergique de l'arsénobenzène et du bismuth.

Insuffisance cardiaque et vagotonie. — *M. A. Pruche* en utilisant son cardio-dynamomètre présenté au cours d'une séance antérieure, a recherché la valeur fonctionnelle du cœur d'un grand nombre de sujets vagotoniques ou hyposympathicotoniques à rythme sinusal particulièrement lent. Il montre qu'à côté de l'insuffisance de contraction qui caractérise l'hyposystolie classique il existe aussi une hyposystolie par insuffisance de fréquence dans laquelle le myocarde ne parvient pas à compenser par une énergie systolique cependant accrue et à la longue épuisante la rareté de ses contractions : le débit ventriculaire à la limite demeure insuffisant. Cet état s'accompagne de dyspnée, d'effort ou d'algies thoraciques à caractère constrictif et angoissant, parfois discrètes au début. Ces algies, en l'absence de tout contexte pathologique, avec bruits du cœur bien frappés, énergiques, sont souvent considérées, bien à tort, comme « nerveuses » ; elles sont en réalité le signal d'alarme du ventricule soit droit, soit gauche. L'auteur insiste sur la nécessité d'interdire complètement les sports à de tels sujets même s'ils sont d'aspect vigoureux ; ce sont des candidats à l'hypotrophie du cœur ou au « cœur forcé ». Les digitaliques qui allongent encore la pause diastolique sont formellement contre-indiqués ; il faut, dans la mesure du possible, s'efforcer d'agir sur l'état neuro-végétatif : adrénaline, hydrothérapie fraîche, frictions alcoolisées quotidiennes, etc...

Des pseudo-colibacilloses urinaires. — *M. Grimberg* nous dit que le colibacille étant le plus souvent à l'origine du syndrome entéro-rénal d'Heitz-Boyer on a tendance à l'incriminer toujours dans les cas de ce genre. L'erreur est d'autant plus facile à commettre que d'autres bacilles peuvent être facilement confondus avec lui, si l'on n'utilise pas l'ensemble des techniques qui permettent de l'identifier à coup sûr. Confirmant des recherches antérieures dues à d'autres auteurs, MM. Agasso-Lafont, Mutermilch et A. Grimberg ont apporté une intéressante contribution à ces recherches, en étudiant 150 cas étiquetés colibacillose urinaire, et parmi lesquels ils ont décelé un cas dû en réalité au bacille de Friedlander et 3 cas dus au pyocyanique. L'existence d'un grand nombre de variétés de colibacilles et en outre celles de pseudo-colibacilloses urinaires explique et justifie l'utilisation et le succès des auto-vaccins.

G. Luquet.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

A propos d'un cas d'abcès volumineux d'origine Eberthienne

MM. Vires, Mas et Serre ont observé, plus de deux mois après la fin d'une fièvre typhoïde, un volumineux abcès dont le point de départ siégeait dans les masses musculaires de la fesse, dont le diagnostic fut malaisé ; les auteurs insistent sur la rareté de telles localisations au cours des suppurations éberthiennes dont ils rappellent les caractéristiques (*Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier*, juillet 1936.)

Un cas de tétanos à porte d'entrée minime. Guérison par la sérothérapie à hautes doses associée au somnifène.

MM. Vires, Nias et Serre insistent sur l'efficacité des hautes doses de sérum, ici 1.880 c. c. de sérum antitétanique purifié à 5.000 U. S. injecté par voie endoveineuse surtout, dilué dans du sérum glucosé isotonique et associé au somnifène injecté par voie intramusculaire (*Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier*, juillet 1936.)

Phrénicectomie préalable pour le traitement des grosses hernies

En présence de grosses hernies difficilement réductibles, par suite du « manque de place » dans la cavité abdominale, éventualité qui se présente parfois au chirurgien chez les obèses à mésos très gras, M. Y. Delagenière préconise (*Journ. intern. de chir.*, mai-juin 1936) une manœuvre qui lui a réussi dans un cas de ce genre.

En pratiquant, en effet, une phrénicectomie gauche, côté où l'ascension diaphragmatique est maximale, on assiste à la réintégration progressive de la masse intestinale dans l'abdomen permettant ainsi une cure opératoire facile dans les jours qui suivent.

La valeur antiscorbutique des conserves alimentaires

Les études effectuées ces dernières années aux Etats-Unis et en Allemagne avaient montré que la vitamine C est préservée à peu près en totalité lors de la mise en conserve des fruits et des autres végétaux acides par le procédé Appert et qu'elle est encore présente dans une proportion très importante dans les conserves de légumes.

Les recherches de MM. Giroud, Ratsimamanga, Machebœuf, Cheftel et Mlle Thuillot (*Bull. de la Soc. scient. d'hygiène alimentaire*, n°s 5 et 6, 1936) permettent de dire que les animaux nourris pendant longtemps aux conserves donnent des réactions sensiblement identiques à celles des animaux témoins nourris au régime cru habituel, ce qui confirme les résultats précédents.

Propriétés antianaphylactiques du vin dans un cas d'urticaire par anaphylaxie aux fraises

M. R.-J. WEISSENBACH rapporte une observation, très précise du point de vue des conditions expérimentales, et qui ouvre une voie nouvelle dans l'étude des propriétés thérapeutiques du vin, puisqu'elle démontre que le vin peut, dans certains cas, se comporter comme un puissant agent anti-anaphylactique. Il s'agit d'une jeune femme, atteinte d'urticaire par anaphylaxie aux fraises, chez laquelle l'éruption ne se produit pas lorsque du vin est mélangé à ces fruits dans certaines conditions que l'auteur a pu déterminer avec précision : mélange intime avec écrasement de la pulpe du fruit et contact de durée suffisante avant l'ingestion. L'auteur termine en soulignant que la pratique traditionnelle chez beaucoup du mélange du vin aux fraises n'est peut-être qu'un usage gastronomique ayant pour origine l'observation toute empirique de la suppression, ainsi obtenue, de quelques inconvénients de l'absorption des fraises.

La question de la durée d'entretien du pneumothorax est l'une des plus ardues de la thérapeutique antituberculeuse. Dumarest a même pu écrire qu'elle est insoluble sur le terrain théorique. (R. BURNAND, *Rev. méd. Suisse romande*, 25 sept. 1936.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire, elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE.

A l'ombre de Pasteur — *M. le Docteur Adrien Loir publie* (LE MOUVEMENT SANITAIRE, septembre 1936) *quelques souvenirs sur le temps où il resta près de Pasteur.*

.... Je ne me doutais guère à ce moment de la préhistoire de l'Institut Pasteur que, cinquante ou soixante ans après, on me demanderait d'écrire ces souvenirs.

Je ne prenais aucune note ou plutôt celles que j'écrivais m'étaient dictées par Pasteur et conservées par lui. Mais de Pasteur émanait une telle puissance d'entraînement que dans ma vie ce sont les souvenirs de cette époque qui prédominent. Du reste j'avais été formé par un de ses élèves, mon père, qui, bien jeune, m'a pris pour faire de moi un assistant du maître. Il avait discuté à un moment donné avec Pasteur ce qu'il fallait me faire faire pour que je puisse l'aider dans ses travaux, non pas comme collaborateur mais pour remplacer sa main gauche dont il ne pouvait se servir. Pendant deux ans, après mon baccalauréat, je suis resté à manipuler sous la direction de mon père dans son laboratoire de la Faculté des Sciences de Lyon ; je préparais son cours et nous faisions toutes les expériences. A la demande de Pasteur j'ai appris à ce moment-là à souffler le verre avec un professionnel, j'ai pris des leçons d'écriture avec un professeur Mlle Rachat, chargée de me donner une écriture très lisible, celle que j'ai toujours conservée depuis. Je devais en effet, lorsqu'en 1882, je suis arrivé au laboratoire de Pasteur, être toujours auprès de lui, lui servir de secrétaire, et de manipulateur.

Il m'a pris dès le premier jour et, pendant plusieurs semaines,

il m'a dressé à être ce qu'il voulait que je devinsse. Pendant toute une année j'ai été constamment à sa disposition. Ce n'est qu'au bout d'un an, après être resté complètement auprès de lui, qu'il a hésité à me faire prendre un titre quelconque. Il a pensé d'abord à la pharmacie. Il prétendait que seul les pharmaciens, à l'exemple de Dumas, son maître, et de bien d'autres, étaient capables de faire de bons manipulateurs. Puis il a pensé à me faire suivre les cours de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, mais c'était trop loin du laboratoire où il me fallait être toute la journée à sa disposition. Restait la médecine et c'est cette voie qu'il choisit pour moi. Je m'échappais du laboratoire pendant quelques istants pour suivre les travaux pratiques ou passer à l'hôpital. Lorsque je ne pouvais pas aller à un cours auquel je désirais assister, je le disais à mon père qui était venu me rejoindre à Paris en 1884 ; il allait à la Faculté et me répétait la leçon faite par le professeur.

Lorsque Pasteur savait que je rentrais de la Faculté, il me demandait souvent ce qui avait été dit, et cela lui donnait l'occasion de réagir à sa façon et de se lancer dans des expériences nouvelles.

Pasteur était très exigeant mais il était toujours bienveillant et je ne me souviens pas de l'avoir vu me donner une seule semonce. Du reste, je ne l'ai jamais vu se mettre en colère. Ce qui a donné naissance à la légende de ses écarts de caractère avec son personnel, c'est son acharnement pour ses contradicteurs scientifiques. Dans ce cas, il ne pardonnait pas à son adversaire.

J'étais bien heureux d'entrer au laboratoire de la rue d'Ulm auprès de Pasteur. Mais j'ai des preuves que de son côté il m'attendait avec impatience. Pendant deux ans lorsque je subissais l'entraînement qui m'était donné par mon père, Pasteur me suivait et s'occupait de ce que je faisais. Lorsqu'il m'avait auprès de lui pendant cette période il me questionait et me parlait longuement de ce que je savais de ses travaux, il me les expliquait, faisait des dessins sur du papier ou avec sa canne sur la poussière de la route.

Enfin, lorsque j'arrivai rue d'Ulm, ce fut mon installation et mon initiation dont il s'occupa avec fougue. C'était ue expérience qu'il entreprenait et comme toujours il en prévoyait tous les détails.

Mon premier souvenir de Pasteur date de l'époque de la mort de mon grand-père en 1868, chez mes parents, à Lyon où il demeurait depuis la mort de ma grand'mère.

A mon réveil, le matin, mon père me prit dans ses bras et m'emmena dans la chambre où il était exposé, sur son lit, le corps de mon aïeul M. Laurent. Il reposait la tête un peu élevée coiffé de sa calotte noire en velours comme de son vivant. Je vis une grosse mouche se poser sur son front. L'un des assistants s'approcha du lit et d'un geste chassa l'insecte.

Je me souviens donc fort bien de cette époque et je voyais souvent Pasteur venir voir son beau-père en revenant de faire ses études sur les vers à soie dans le Midi.

Mon grand-père était un vieil universitaire qui, après avoir été professeur de lettres au collège d'Orléans, fut envoyé à Saintes, puis à Sens, à Angoulême et à Cahors, comme principal des collèges dont on voulait remonter le niveau. L'Université luttait contre l'influence des jésuites. Il fallait un doigté et une tenue toute particulière pour celui chargé d'établir le prestige d'un collège en face d'un établissement congréganiste. Mon grand-père avait acquis une influence remarquable dans ces initiatives en faveur de l'Université. Après avoir assuré le succès de plusieurs collèges de province, il vint à Paris prendre la tête d'une institution libre qu'il transforma et qui devint peu après la pension Goubaud, puis le collège Chaptal.

De là, il fut nommé recteur de l'Académie de Strasbourg. C'est dans cette ville qu'il vit arriver dans son personnel universitaire Pasteur comme professeur à la Faculté des sciences. Quelques mois après celui-ci épousait sa seconde fille. L'aînée était déjà mariée avec M. Zévort, professeur de grec, qui devint dans la suite recteur de l'Académie de Chambéry puis de celle de Bordeaux et enfin directeur de l'enseignement secondaire au Ministère de l'Instruction publique.

Peu après l'arrivée de Pasteur à Strasbourg, Persoz, professeur à l'Ecole de pharmacie de Strasbourg fut nommé à Paris. La chaire de Strasbourg devenait libre, deux compétiteurs se présentèrent. L'un, Caillot, le maître de Wurtz, professeur à la Faculté de médecine, l'autre Pasteur, professeur à la Faculté des Sciences, ni l'un ni l'autre pharmacien. Pasteur fut désigné. Caillot fit agir à Paris, et, devant la lutte qui se produisait au sein de l'Université de Strasbourg, le ministre décida, après plusieurs mois, d'envoyer à l'Ecole de pharmacie de Strasbourg un jeune agrégé de l'Ecole de pharmacie de Paris. C'est ainsi que mon père vint occuper la place laissée libre par Persoz. Cette arrivée du nouveau professeur fut mal accueillie dans la famille du recteur. Ma mère se souvenait encore, à l'âge de quatre-vingt-seize ans, de cette arrivée du Professeur Loir, venant prendre la place de Pasteur.

Puis, peu à peu, étant élève à l'Ecole normale supérieure, c'est-à-dire ayant les mêmes attaches que Pasteur, il fut accueilli dans le laboratoire de la Faculté des Sciences et, guidé par Pasteur, il fit une thèse de docteur ès sciences de dissymétrie moléculaire, sur le pouvoir rotatoire de la marmite. Quelques mois après, il épousait la troisième fille du recteur. Peu après, Pasteur fut envoyé à Lille comme doyen de la nouvelle Faculté des Sciences. Mon père allait à la Faculté des Sciences de Besançon puis à celle de Lyon comme professeur de chimie.

Le plébiscite en faveur de l'Empereur avait eu lieu et parmi ceux qui étaient les plus ardents contre cette manifestation se trouvait un jeune agrégé de la Faculté de médecine nommé Kuss, celui-là même qui en 1870 était maire de Strasbourg.

M. de Salvandy, ministre de l'Instruction publique, écrivit au recteur de priver Kuss de son enseignement. Mon grand-père répondit que l'agrégé d'histologie avait une grande autorité auprès des étudiants, que son cours était un des meilleurs professés à la Faculté et que sa mise à l'écart amènerait certainement des incidents (toute la génération médicale d'il y a cinquante ans a étudié l'histologie dans le livre de Kuss et Mathias Duval).

Devant cette attitude énergique du recteur, il fallait une sanction. Mais une mesure était difficile à prendre sans risquer de provoquer un autre incident.

Il fut décidé que, au lieu de seize Académies régionales on créerait une Académie par département et M. Laurent, recteur à Strasbourg fut envoyé comme recteur de l'Académie de Chateauroux dans l'Indre.

Mon grand-père fit valoir ses droits à une pension de retraite. Il vint s'installer à Paris, auprès de Mme Pasteur, dont le mari venait d'être nommé sous-directeur de l'Ecole normale supé-

rieure. Les Laurent s'installèrent boulevard Saint-Michel non loin de la rue d'Ulm où habitaient mon oncle et ma tante.

Mais la famille Pasteur se mit bientôt à faire des voyages et des séjours dans le Midi, en particulier pour l'étude des maladies des vers à soie. M. et Mme Laurent décidèrent d'aller s'installer à Lyon auprès de leur troisième fille Madame Loir, dont le mari était professeur de chimie à la Faculté des sciences de cette ville

M. Laurent qui avait conservé une grande activité intellectuelle fut nommé par le recteur de l'Académie de Lyon, membre du Conseil d'administration du lycée.

Chez un professeur de cet établissement, M. Aniel, qui était mon parrain (celui qui m'a donné le gong que l'on voit dans la maison de Pasteur à Arbois), il rencontrait plusieurs professeurs du lycée, entre autres un camarade de mon père à l'Ecole normale supérieure, Henri Lorenbi, professeur de mathématiques spéciales. C'est dans ce milieu que mon grand-père élabora la fondation de l'Association des anciens élèves du lycée de Lyon, une des premières fondées en France. Lorenbi en fut le premier président fondateur, mais lorsqu'il s'agit de créer cette société, l'administration supérieure de Paris s'émut sachant que M. Laurent s'occupait de la chose. On était en 1867. Quel but politique pouvait-il bien poursuivre ? Il y eut des objections que ceux qui s'occupent de l'historique des débuts de cette société connaissent mais dont ils ne comprennent pas l'origine.

Pasteur passait don fréquemment à Lyon, il s'arrêtait chez mes parents. C'est pendant un de ces voyages que sa fille Cécile, alla voir son oncle Zévort, à ce moment recteur de l'Académie de Chambéry, voyage au cours duquel elle mourut de la fièvre typhoïde.

Au cours de la guerre 1870-71 il fit un long séjour à la maison et je le vois encore, à notre table, un soir où le tambour battait la générale pour réunir les gardes nationaux qui devaient aller se rassembler sur la place Louis XVI voisine de notre maison. Le drapeau rouge de la commune flottait sur l'Hôtel de Ville, c'était le jour du meurtre du commandant Arnaud, tué par les communards. Mon père alla en hâte endosser son uniforme de soldat de la garde nationale tandis que Pasteur continuait tranquillement à manger sa soupe, pendant que je voyais ma mère aider son mari à mettre son ceinturon et l'embrasser avant de partir. Dans mon esprit c'était la guerre, il me semblait étrange que Pasteur ne bougeât pas. Depuis plusieurs semaines je portais fièrement sur la manche de mon petit paletot garni de fourrure les galons de caporal-fourrier, cousus par une amie de ma mère, la fille du capitaine Cognet, dont le père était propriétaire de la fabrique des allumettes Cognet. Cette jeune fille devint plus tard la femme de Frantz Glénard. Celui-ci, de retour de Dresde, où il avait été prisonnier de guerre, rapporta d'Allemagne la méthode de Brandt qui donna lieu à la discussion à l'Académie, cause de la brouille entre Pasteur et Peter.

Idées d'autrefois sur la transmission de la peste. — *Extrait d'un article de M. Pasteur-Vallery-Radot : La Peste : Faits anciens et nouveaux* (REVUE DES DEUX-MONDES, 10 octobre 1936).

Jusqu'à la fin du XIXe siècle, la cause de la peste demeurait inconnue. On attribuait une épidémie à la colère divine ou à des maléfices jetés par des individus possédant certains secrets de sorcellerie. D'autres fois, on incriminait les éclipses, les comètes, les météores. De grands esprits, tels que Aristote, Avicenne, Paracelse, soutenaient que les astres avaient une influence sur la genèse de la peste.

Cependant, depuis le XVe siècle, à la suite de Fracastor, une opinion se répandait : la peste devait être contagieuse ; sa cause devait résider dans un principe inconnu, émanent des malades atteints de cette affection. Ambroise Paré parle de vapeurs fétides, exhalées par les cadavres.

En 1887, dans un traité qui résumait les connaissances médicales de l'époque, on trouve ces lignes :

« Aujourd'hui, il est généralement admis que la peste, comme la fièvre jaune, comme le choléra, prend son origine dans un organisme préalablement atteint de la même maldaie ou bien dans les hardes, dans les objets qui lui ont servi, dans l'air qu'il a contaminé, en un mot qu'elle provint de lui-même ou de ses émanations. La très grande partie des observateurs modernes de la peste sont des partisans convaincus de sa transmissibilité de l'homme malade, du pestiféré, à l'homme sain. »

Des expériences avaient été osées sur l'homme pour démontrer la transmissibilité de la peste.

Le Docteur Sola fit à Tanger, en 1818-1819, des expériences d'inoculations sur quatorze déserteurs espagnols condamnés à mort. Chaque sujet reçut plusieurs incisions avec une lancette chargée de pus prélevé sur des pesteux. Sept des patients présentèrent des symptômes généraux ou locaux, mais aucun ne fut gravement malade. Le Docteur Sola attribue l'action peu nocive du pus pesteux au fait que la peau des sujets, avant les scarifications, avait été frottée, ou que le pus avait été mélangé avec un excipient huileux.

Plus intéressante est l'expérience faite par le Docteur Clot bey et par plusieurs de ses collègues à Alexandrie en 1835. Cinq condamnés à mort leur avaient été livrés. A trois d'entre eux, ils inoculèrent par scarification du pus pesteux : deux furent atteints de peste, le troisième et le quatrième jour. Aux deux autres, ils firent revêtir des chemises de pestiférés et les firent coucher dans des lits où avaient séjourné des malades : ils contractèrent la peste le quatrième jour.

Cependant, d'autres essais de transmission restèrent sans résultat. La plus connue de ces tentatives est celle de Desgenettes, faite sur lui-même pendant la campagne d'Egypte, au siège d'Acre.

« Ce fut, dit Desgenettes, pour rassurer les imaginations et le courage ébranlé de l'armée qu'au milieu de l'hôpital, je trempai une lancette dans le pus d'un bubon appartenant à un convalescent de la maladie au premier degré et que je me fis une légère piqûre dans l'aine et au voisinage de l'aisselle, sans prendre d'autres précautions que celle de me laver avec de l'eau et du savon qui me furent offerts. J'eus pendant plus de trois semaines deux petits points d'inflammation correspondant aux deux piqûres, et ils étaient encore très sensibles lorsqu'au retour d'Acre, je me baignai en présence de l'armée dans la baie de Césarée. »

Mais, très judicieusement, Desgenetttes conclut que cette expérience « n'infirme pas la transmission de la contagion, démontrée par mille exemples ; elle fait seulement voir que les conditions nécessaires pour qu'elle ait lieu ne sont pas bien déterminées ».

Si la transmission de la peste semblait assez certaine aux médecins de la fin du XIXe siècle, le mode de contagion restait mystérieux. Dans le dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de 1887, on lit : « Comme pour la plupart des maladies infectieuses, on a admis pour la genèse de la peste la production d'agents spécifiques appelés miasmes. On a attribué à ces miasmes, une nature ou origine tantôt physique, tantôt chimique, tantôt animale ou végétale, tantôt animée. La nature animale du miasme pestilentiel a longtemps prévalu, appuyée qu'elle était et qu'elle est encore pour quelques observateurs sur l'hypothèse de sa provenance des matières animales en putréfaction, notamment du poison des cadavres.

« On incline maintenant à attribuer l'origine de la peste, comme celle des autres procès infectieux, à l'existence des microbes, qui paraît devoir en expliquer le mieux la pathogénie. Aucune recherche n'ayant été encore faite sur ce sujet, il appartient aux observateurs de l'avenir de rechercher le microbe pestilentiel par les méthodes appropriées, d'ailleurs hérissées de difficultés matérielles et pleines de dangers dans leurs modes d'application à la peste en particulier. »

Pourquoi on fait sa médecine. — *Le Professeur Noël Fiessinger le dit, avec sa longue expérience des jeunes, dans un article* (JOURNAL DES PRATICIENS, 17 octobre 1936) *dont la partie la moins intéressante n'est pas celle où il parle de lui :*

« D'abord, il y a *ceux qui ne peuvent pas faire autrement.* Je fus de ceux-là. Mon grand-père était médecin, mon père ne put jamais supposer que je ne le fusse pas. Je ne dirai pas qu'au

début je n'opposais pas à cette volonté paternelle, une certaine résistance. Je voulais faire mes études d'électricité. La médecine, je l'admirais, la vie de mon père me faisait sentir la grandeur du sacerdoce, mais, faut-il l'avouer, cette diablesse de médecine m'effrayait. Je ne pouvais voir couler du sang sans me trouver mal. A Oyonnax ou à Saint-Claude où mon père exerçait, j'eus le grand honneur de tenir des cuvettes pour des plaies ou durant des pansements, mais cet honneur, si insigne fut-il, me conduisait systématiquement à la lipothymie si ce n'est à la syncope. Je ne pouvais plus tard vo—r un cadavre sans le même malheur. Dites-moi, que pouvais-je devenir ? Je croyais cette tare définitive et comme la timidité brouillait mon entendement, je préparais en cachette un concours de l'École supérieure d'électricité. »

Depuis cette époque, encore toute récente, l'adolescent qui s'enthousiasmait pour l'électricité est devenu professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Les Livres de la semaine

Peau et tube digestif. Les symptoses cuti-digestives.. Coll. Nutrition. (16 /24,5). 206 p. Br. : 40 fr. *G. Doin et Cie.*

PERGOLA (A.). — **Syndromes myo-parathyroïdiens simples ou associés (myopathies scléreuses et scléro-hypertrophiques liées à des troubles para-thyroïdiens.** (15 /25). 88 p., 10 fig. Br. : 20 fr. *Le François.*

RAPPIN (G.). — **Le problème du cancer.** (15 /25). 76 p. Br. : 14 fr. *Le François.*

RISLER-COURSIER. — **Contribution à l'étude des propriétés antiseptiques des huiles essentielles et de leur fixation** (15 /25). 53 p. Br. : 10 fr. *Le François.*

SAIDMAN (J.). — **Héliothérapie de la tuberculose.** (25 /32). 116 p. Br. : 20 fr. *G. Doin et Cie.*

SALLET (J.). — **Injections continues intra-vasculaires en physiologie et en thérapeutique. Application au traitement des états de choc par l'adrénaline.** (15 /25). 260 p. Br. : 35 fr. *Le François.*

SALOMON (J.). — **Les tumeurs épithéliales de l'amygdale.** (15 /25). 195 p. Br. : 25 fr. *Le François.*

SARRAZIN (L.). — **Hémorragies récidivantes rétino-vitréennes des jeunes sujets (Etude critique).** (15 /25). 92 p., 2 pl. Br. : 28 fr. *Le François.*

VALENTIN (H.). — **Plomb tétra-éthyle et hygiène industrielle.** (15 /25). 104 p. Br. : 15 fr. *Le François.*

WEILL (A.-R.). — **Les tumeurs du testicule chez l'homme. Embryologie et pathologie générales.** Coll. Monographies sur les tumeurs. n° XXII. (15 /25). 203 p. fig. Br. : 40 fr. *Le François.*

ZIMMER (L.). — **La diathèse néoplasique dans le système nerveux.. La neuro-fibromatose, ses formes héréditaires et familiales:** Coll. Monographies sur les tumeurs n° XXIII. (15 /15). 336 p. fi. Br. 50 fr. *Le François.*

BONNAFOUS-SÉRIEUX (Hélène). — **La charité de Senlis.** (16,5 /25,5). 340 p. Br. : 40 fr. *Les Presses universitaires de France.*

CANTONNET (Paul). — **Le poumon tuberculeux.** Coll. des Petits Précis (15,5 /12). 230 p. 19 fig. Cart. : 14 fr. *Maloine.*

Conférences préparatoires à l'Externat des hôpitaux de Paris Anatomie. 25 fasc. (27 /18). 48 p. nombr. fig. Br. ch. fasc. 5 fr.. *A. Legrand.*

DARGENT (Dr Marcel). — **La chirurgie du cancer broncho-pulmonaire primitif.** (24-16). 395 p. 21 pl. 3 graph. Br. : 60 fr. *Maloine.*

DUBARBIÉ-DUMAINE (Jeanne). — **Le secret de la jeunesse éternelle.** In-16 jésus. 245 p. Br. : 10 fr. *E. Figuière.*

HENRY (Ch.). — **La lutte antipaludique en Tunisie.** (25 /16). 202 p. tabl. et cartes. Br. : 25 fr. *A. Legrand.*

HOVELACQUE (Pr), MONOD (O.), et EVRARD (H.). — **Le thorax. Anatomie médico-chirurgicale.** Ill. A. Moreaux. (19 /28). 350 p. 125 dessins ou pl. Br. : 125 fr. ; Cart. : 150 fr. *Maloine.*

KOHLER (Alban). — **Rontgenologie. Les limites de l'image normale et les débuts de l'image pathologique.** Trad. Dr G. Meyer, introd. des Drs A. Béclère et A. Rosselet. 2e éd. (18 /25). 750 p. 400 fig. Rel. : 300 fr. *A. Legrand.*

LABORDERIE (Dr J.). — **Physiothérapie.** T. I. **Techniques modernes.** T. II. : **Applications nouvelles.** Coll. des Petits Précis. (15,5 /12). 143-121 p. 59-17 fig. Br. ch. : 14 fr. *Maloine.*

LA FUYE (Dr R. de). — **Une centrothérapie nouvelle : L'Electropuncture.** (24,15,5). 31 p. Br. : 5 fr. *Maloine.*

LATOUR (Y.). — **Les nouvelles méthodes amaigrissantes.** (19 /12). 176 p. Br. : 15 fr. *A. Legrand.*

LATOUR (Y.). — **Nos maladies et notre système nerveux.** 3e éd. (19 /12). 176 p. Br. : 15 fr. *A. Legrand.*

LATOUR (Y.). — **Notre Peau.** (19 /20). 160 p. Br. : 15 fr. *A. Legrand.*

MACAIGNE (Prof. et Mlle). — **La vie dictée par la science.** (19 /12). 196 p. Br. : 10 fr. *A. Legrand.*

MEILLAUD (Dr P.). — **Sur les hypertensions artérielles. Le rôle des nerfs du rein dans les hypertensions.** (24 /16). 295 p. Br. : 40 fr. *Maloine.*

MONTANT (Dr). — **Contribution à l'étude de la physiopathologie des contusions et des fractures fermées des phalanges des doigts. Traitement orthopédique et traitement physiologique par les infiltrations répétées de novocaïne.** (26,5 /18). 77 p., 26 pl. Br. : 30 fr. *Maloine.*

REGNAULT (J.). — **Biodynamique et Radiations (sur les frontières de la science et de la magie).** (25 /16). 286 p. et fig. Br. : 40 fr. *A. Legrand.*

REGNAULT (J.). — **Sorcellerie. Ses rapports avec les sciences biologiques.** 2e éd. (25 /16). 376 p. et fig. Br. : 40 fr. *A. Legrand.*

ROUJANSKY (Dr). — **Des enfants ou des tumeurs. Le problèmes du cancer est-il dans le retour vers la nature ?** (16 /12). 32 p. Br. : 3 fr. *Maloine.*

SCHRAMECK (St.). — **La maladie hémolytique.** (25 /16). 196 p. et fig. Br. : 20 fr. *A. Legrand.*

STEPHEN-CHAUVET (Dr). — **La médecine chez les peuples primitifs (Préhistoriques et contemporains).** Coll. La médecine à travers le temps et l'espace. Vol. 1. (22 /17). 170 p. 103 fig. Br. : 40 fr. *Maloine.*

TCHIJEVSKY (Prof. Dr). — **Les phénomènes électro-dynamiques dans le sang et le moyen de les diriger.** Coll. Hippocrate. Br. : 10 fr. *Hippocrate et Le François.*

VINCHON (J.). — **Mesmer et son secret.** (27 /39). 130 p. et ill. Br. : 28 fr. *A. Legrand.*

(Extrait de la *Bibliographie de la France*).




VIN BRAVAIS

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 44 LE NUMÉRO : 50 Centimes 31 OCTOBRE 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Travaux originaux

L. CORNIL, D. OLMER et J. VAGUE : Recherches anatomiques et biologiques sur l'intoxication apiolique expérimentale 1681

Clinique chirurgicale

J. GUYOT : Sur une malade atteinte d'une volumineuse tumeur du sein. 1682

Actualités

Les enseignements du Congrès de Médecine, par M. PERRAULT 1688

L'actualité médicale

La lutte antialcoolique, par J. LAFONT 1707

Variétés

Sur quelques devoirs du médecin, par G. ICHOK 1708

La vraie cause du ronflement et sa suppression, par E. GANCHE 1709

Sociétés savantes

Académie de Médecine 1702

Société Médicale des Hôpitaux 1703

Nouvelles 1675

Echos et Glanures 1709

Bibliographie 1692

Les Livres de la semaine 1710

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 19 octobre. — M. JUILLE. Les lésions spléno-hépatiques au cours de l'endocardite maligne. — M. VEDEL. Les bacilles Suipestifer européen et Suipestifer américain.

20 octobre, — M. SAILLANT. Etude du traitement radiothérapique des fibromes de l'utérus. — M. FAGARD. Etude de la thérapeutiques des maladies infectieuses. — M. ESQUIROL. L'hystérectomie vaginale par section première des ligaments utéro-sacrés. — M. CAMELOT. La sténose hypertrophique du cardia.

22 octobre, — M. DRUYÉ. Etude du mécanisme de la cutiréaction à la tuberculine. — M. DUPUIS. Traitement des péritonites tuberculeuses. — M. PITAT. Prophylaxie de la lèpre à la Guadeloupe.

24 octobre. — M. RUBINSTEIN. Rôle des facteurs sociaux et moraux dans la bilatéralisation au cours du pneumothorax artificiel. — M. MERCADIER. Etude de l'ulcère gastro-duodénal chez les gens âgés. — M. COQUELIN : Les maladies professionnelles des dentistes.

27 octobre. — M. AVENIER. A propos d'un nouveau cas de lipodyskophie progressive. — M. CRESCENCI. Etude de la primo-infection tuberculeuse par voie cutanée.

28 octobre. — M. RAJZMAN. Etude de la mélanodermie au cours des hépatites.

29 octobre. — M. LAPINE. Etude des fractures et contusions laryngées. — M. QUEREUX. Les phlegmons ligneux pelviens d'origine prostatique.

Faculté de médecine de Paris. — *Clinique d'accouchements et de gynécologie* (Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas). M. le Professeur Brindeau commencera son cours de clinique d'accouchements, le samedi 7 novembre 1936, à 10 h. 30 du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

— *Clinique obstétricale* (Hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital). — M. le Professeur Cyrille Jeannin reprendra ses leçons à la Clinique obstétricale de la Pitié, le jeudi 5 novembre, à 11 heures, et les continuera tous les jeudis, à la même heure.

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE commencera son cours le lundi 16 novembre 1936, à 16 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté de médecine et continuera ce cours les lundis suivants à la même heure.

PROGRAMME DU COURS. — *Histoire de la goutte et du rhumatisme.* — 16 novembre 1936 : Définition et division. — 23 novembre : La goutte : l'humorisme, les asclépiades. — 30 novembre : La goutte à Alexandrie, Rome et Byzance. — 7 décembre : La goutte et les écoles dogmatique, pneumatique, méthodique, galénique. — 14 décembre : La goutte au Moyen-Age et à la Renaissance. — 21 décembre : La goutte du XVII[e] au XIX[e] siècles. — 11 janvier 1937 : Le rhumatisme avant Bouillaud. — 18 janvier : Le rhumatisme articulaire aigu. — 25 janvier : Le cœur rhumatismal. — 1[er] février : Rhumatisme chronique et arthropathies : Charcot. — 15 février : Localisations articulaires des infections et intoxications. — 22 février : La rhumatologie ; la Ligue internationale contre le rhumatisme.

Clinique médicale propédeutique (Professeur M. Emile Sergent. Hôpital Broussais-La Charité, 96, rue Didot). — *Cours de perfectionnement sur les suppurations bronchiques pulmonaires et pleurales.* — Du lundi 30 novembre au jeudi 10 décembre 1936 inclus par MM. Sergent, Aubin, Baumgartner, Francis Bordet, Cottenot, Couvreux, Henri Durand, Kourilsky, Marc Iselin, Mamou, Mignot, Robert Monod, Poumeau-Delille, Racine, Rouget. Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi. Le droit d'inscription est de 250 francs.

PROGRAMME GÉNÉRAL. — Lundi 30 novembre, 9 h. 1/2, M. le Professeur SERGENT : Bases fondamentales de la classification du diagnostic et du traitement. — 10 h. 1/2, Visite dans les salles. — 16 heures, M. le Docteur DURAND : Anatomie pathologique et bactériologie. — 17 h. 1/4, M. le Docteur DURAND : Démonstrations pratiques sur l'anatomie pathologique et la bactériologie.

Mardi 1[er] décembre, 9 h. 1/2 : Démonstrations pratiques dans les salles. — 16 heures, M. le Docteur DURAND : Démonstrations pratiques au laboratoire sur la bactériologie. — 17 h. 1/4, M. le Docteur BORDET : Les suppurations bronchiques. — La dilatation des bronches.

Mercredi 2 décembre, 9 h. 1/2 : Démonstrations pratiques dans les salles. — 16 heures, M. le Docteur POUMEAU-DELILLE : Le radio-diagnostic par le lipiodol. — 17 h. 1/4, M. le Docteur KOURILSKY : Abcès simples du poumon.

Jeudi 3 décembre, 9 h. 1/2 : Démonstrations pratiques dans les salles. M. le Docteur COTTENOT : Exploration lipiodolée par voie nasale. — 16 heures, M. le Docteur MIGNOT : Abcès putrides du poumon et gangrène pulmonaire. — 17 h. 1/4, M. le Docteur ROUGET : La bronchoscopie et la bronchoscothérapie.

Vendredi 4 décembre, 9 h. 1/2 : Démonstrations pratiques dans les salles. M. le Docteur AUBIN : Exploration lipiodolée. — 16 heures, M. le Docteur MIGNOT : Suppurations pleurales. — 17 h 1/4, M. le Docteur MAMOU : Suppurations associées (bronchiques, pulmonaires, pleurales, médiastinales.

Samedi 5 décembre, 9 h. 1/2 : Démonstrations pratiques dans les salles. M. le Docteur COUVREUX : Exploration lipiodolée des trajets fistuleux. — 16 heures, M. le Docteur KOURILSKY : Suppurations pulmonaires et cancer. — 17 heures : M. le Professeur SERGENT : Suppurations pulmonaires et tuberculose.

Lundi 7 décembre, 9 h. 1/2, Démonstrations pratiques dans les salles. — 16 heures, M. le Docteur RACINE : Kystes congénitaux suppurés du poumon. — 17 h. 1/4, M. le Docteur BORDET : Traitement médical.

Mardi 8 décembre, 9 h. 1/2 : Démonstrations pratiques dans les salles. M. le Docteur ROUGET : Démonstration de bronchoscopie. — 16 heures, M. le Docteur BAUMGARTNER : Traitement chirurgical. — 17 h. 1/4 : M. le Docteur BAUMGARTNER : Traitement chirurgical (*suite*).

Mercredi 9 décembre, 9 h. 1/2 : Démonstrations pratiques dans les salles. — 16 heures : M. le Docteur Robert MONOD : Lobectomie et pneumectomie. — 17 h. 1/4, M. le Docteur Robert MONOD : Lobectomie et pneumectomie (*suite*).

Jeudi 10 décembre, 9 h. 1/2, Démonstrations pratiques dans les salles. — 16 heures, M. le Docteur ISELIN : Traitement des pleurésies purulentes. — 17 h. 1/4., M. le Professeur SERGENT : Conclusions générales.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures et salle Béclard, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf samedi après-midi).

Institut de statistique de l'Université de Paris. — Un cours sur l'hygiène, la médecine et l'assistance sociale est fait par M. G. Ichok, tous les jeudis, à 17 h. 30, du 5 novembre 1935 au 28 janvier 1936, à la Faculté des sciences, à la Sorbonne, amphithéâtre Le Verrier, escalier E, 3e étage.

Concours pour la nomination à douze places (au maximum) d'assistants d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 30 novembre 1936, à 9 heures, à l'Administration centrale (salle des Commissions), 3, avenue Victoria.

Cette séance sera consacrée à l'épreuve sur titres.

MM. les Docteurs en médecine qui désireront concourir et qui rempliront les conditions réglementaires seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration, de 14 à 17 heures, du lundi 9 au mardi 17 novembre 1936 inclusivement.

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine. — A propos des projets sur le cumul, la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine nous communique la motion suivante :

« Le droit à la pratique de la clientèle est indispensable aux Professeurs des Facultés et Ecoles de médecine pour assurer la maîtrise nécessaire à leur enseignement.

« Qu'ils soient, en activité ou à la retraite, ce droit est indispensable pour les malades à qui ne peut être refusé le bénéfice d'une science et d'une expérience, alors qu'elles sont susceptibles de donner la plénitude de leurs effets.

« Des mesures de restriction seraient d'autant moins justifiées que, tant pour le Corps enseignant que pour le Corps hospitalier, l'exercice de la profession médicale ne peut se pratiquer que de façon tardive, avec un retard de plusieurs années sur la plupart des autres professions.

« Elles auraient des conséquences désastreuses sur l'enseignement et les soins hospitaliers qui se trouveraient compromis par la diminution de qualité et les difficultés de recrutement. » (*Communiqué.*)

Prix Chauvin (O.-R.-L.). — Le jury présidé par M. G. Laurens et composé de MM. Chatellier (Paris), Hautant (Paris), Lafite-Dupont (Bordeaux), F. Lemaître (Paris), Rebattu (Lyon) Terracol (Montpellier), après discussion des cinq mémoires présentées pour le sujet « Les indications opératoires dans les mastoïdites aiguës », a voté les attributions suivantes.

MM. Aboulker et Coussieu (3.000 francs) ; M. Roger (2.000 francs) ; M. Piaget (1.000 francs).

École du Service de santé militaire. — *Liste complémentaire des candidats admis à l'Ecole du Service de santé militaire à la suite du concours de* 1936 (section de médecine) (1).

1° Candidats à quatre inscriptions : 87 Michel (A.-G.) ; 88 Caron (J.-D.-H.-P.) ; 89 Imbaud (G.).

2° Candidats P. C. B. — 41 Henry (P.-J.-F.) ; 42 Amar (D.-M.).

IIIe Congrès de la Société de broncho-œsophagoscopie de Langue française. — Il a eu lieu à Paris le 18 octobre 1936 sous la présidence du Professeur Jacques, de Nancy, et la vice-présidence de M. le Docteur Baldenweck.

Parmi les éminents spécialistes qui sont venus y assister on remarquait MM. les Professeurs Quix (Hollande), Van Swieten, Eeman (Belgique), Laskiewicz (Pologne), Witkowsky (Tchécoslovaquie), Ferreri et Torrigiani (Italie), Oppikofer et Cheridjian (Suisse), Hautant, Moulonguet, Bouchet (Paris), Calvet (Toulouse), Mounier Kuhn (Lyon) ; Jousseaume (Rouen), Piquet (Lille), etc...

Des démonstrations pratiques, des présentations de malades, de cas cliniques, d'instruments, des communications sientifiques, ont occupé cette intéressante journée, prouvant que la science broncho-œsophagoscopique est en plein essor.

A l'unanimité ont été nommés comme membres du Conseil pour 1937 : président : Docteur Baldenweck ; vice-président : Prof. Portmann ; secrétaire général : Docteur A. Soulas ; trésorier : Docteur André Bloch ; membres du Conseil : Prof. Jacques et Prof. Caliceti.

La nouvelle réunion de la Société a été fixée au mois de mai 1937.

Ecole de médecine de Reims. — Il est créé à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims une chaire d'anatomie pathologique.

Sanatoriums publics. — M. le Docteur Reumaux, médecin directeur du sanatorium de la Bucaille à Aincourt (Seine-et-Oise) a été nommé, sur sa demande médecin directeur du sanatorium de Saint-Sever (Calvados).

M. le Docteur Schouller, médecin directeur du sanatorium de Saint-Sever (Calvados), a été nommé, sur sa demande, médecin directeur de Saint-Gobain (Aisne).

M. le Docteur Augé médecin, directeur du sanatorium de la Grolle-Saint-Ber- nard (Charente), a été nommé médecin directeur du sanatorium de la Bucaille à Aincourt (Seine-et-Oise).

M. le Docteur Thorain, médecin-adjoint au sanatorium de la Chapelle-Saint-Mesmin (Loiret), a été affecté au sanatorium de Saint-Sever pour la période 16 juillet-16 août 1936 ; au sanatorium de la Grolle-Saint-Bernard (Charente), à dater du 16 août 1936.

Mlle le Docteur Fié, médecin adjoint au sanatorium interdépartemental d'Hauteville (Ain), a été nommée, sur sa demande, médecin adjoint au sanatorium de la Chapelle-Saint-Mesmin (Loiret).

Mlle le Docteur Rénié a été nommée médecin adjoint au sanatorium interdépartementale d'Hauteville (Ain).

Mme le Docteur Canto, médecin adjoint au sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais), a été nommée, sur sa demande, médecin adjoint au sanatorium interdépartemental de Saint-Gobain (Aisne).

Mme le Docteur Rougier-Marmet a été nommée médecin adjoint au sanatorium du département du Rhône à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

Conservatoire national des Arts et-Métiers. — *Cours. Physiologie du travail, Hygiène industrielle. Orientation professionnelle* (deuxième année). — Les mercredis et samedis, à vingt et une heures un quart (M. Laugier, professeur). Le cours ouvrira le mercredi 4 novembre.

I. *Les grandes fonctions physiologiques.* — La vie cellulaire, le milieu intérieur, la fonction circulatoire. — La fonction respiratoire ; échanges respiratoires et respiration des tissus. — Besoins alimentaires de l'organisme ; interconvertibilité des aliments ; digestion et assimilation. — Sécrétion et excrétions. — Fonctions musculaires. — Centres nerveux et fonctions psychiques. — Chaleur animale et thermo-régulation.

II. *Hygiène générale.* — Rations alimentaires, croissance, entretien, travail. — Hygiène individuelle. — Hygiène de l'habitation et de l'atelier. — Lutte contre les maladies infectieuses et les grands fléaux sociaux. — Microbes, immunité, anaphylaxie, sérums et vaccins. — Alcoolisme, tuberculose, cancer. — Hygiène mentale des individus et des grandes agglomérations.

III. *Orientation professionnelle.* — La biométrie humaine et la biotypologie. — La connaissance de l'enfant ; la connaissance

des professions. — Profils individuels, profils collectifs, profils professiographiques. — Rôle du pédagogue à l'école, du médecin, rôle du biologiste. — Les techniques d'examen et la valeur prédictive des épreuves d'aptitudes. — Les grilles d'orientation professionnelle.

— *Travaux pratiques. Physiologie du travail, hygiène industrielle et orientation professionnelle*, le dimanche, à neuf heures (M. Laugier, professeur, M. Bonnardet, chef des travaux pratiques). Le cours ouvrira le dimanche 8 novembre.

Les travaux pratiques porteront sur la biométrie et la biotypologie humaines. Les élèves seront initiés aux différentes mesures de tous ordres qui permettent de caractériser les fonctions d'un sujet, au repos et au travail, et, par suite, de différencier les individus en ce qui concerne les aptitudes et leur état physique et mental, à un moment donné.

Anthropométrie. — Mesures anthropométriques. Indices de robusticité et coefficients anthropométriques. — Schématisation staturale des individus.

Système respiratoire. — Spirométrie, capacité vitale. Air courant. Débit respiratoire maximum. — Pneumatométrie. — Epreuve d'apnée volontaire maxima. — Epreuves de Flach, Glatzaer et Rosenthal. — Epreuves fonctionnelles à l'effort.

Métabolisme. — Détermination de la surface corporelle. Mesure des échanges gazeux. — Méthode de circuit ouvert, méthode du circuit fermé. Appareil de Benedict. — Métabolisme de base, de repos, de travail.

Système circulatoire. — Rythme cardiaque. — Enregistrement graphique du pouls. — Pression artérielle. (Pressions maxima, minima, moyenne, différentielle). Indice oscillométrique. Appareils de mesure. — « Pulse-product ». Epreuves fonctionnelles à l'effort. — Eectro-cardiographie. — Etude du sang. Numérations globulaires. Taux d'hémoglobine. — Valeur globulaire. Temps de saignement. Temps de coagulation. Groupes sanguins.

Système urinaire. — Recherche du sucre, de l'albumine, des corps acétoniques, des pigments biliaires. Indices cryoscopiques.

Système musculaire. — Dynamométrie, mesures de la force des différents segments corporels. — Ergographe de Mosso. Dynamographe de Ch. Henry, courbes de fatique. Indices de fatigabilité. — Indice de réparation neuro-msuculaire (Fessart-Laugier).

Système nerveux. — Réflexes. Chronaximétrie humaine.

Organe de sens. — Vision. — Myopie, hyperopie, astigmie, presbytie. Acuité visuelle (différentes échelles). Champ visuel. Vision stéréoscopique, appréciation des distances (test de Michotte). — Hétérophorie. Vision chromatique (tests de Blum et Schaaf, d'Ishihara, de Pollack). — Vision crépusculaire. — Temps de réadaptation après éblouissement.

Audition. — Acuité absolue et discrminative. Audiomètres. Discrimination tonale. Tests d'aptitude musicale (tests de Seashore). Goûts. Odorat. Sensibilités cutanées. Sens stéréognosique.

Aptitudes mentales et psychomotrices. — Tests d'habileté manuelle. Epreuves d'intelligence technique, d'intelligence logique, de performance. — Atention, mémoire, temps de réaction simple et de choix. — Batteries d'épreuve. — Profils mentaux.

Eléments de statistique appliquée aux mesures biométriques. — Classement des résultats ; détermination des tendances centrales et des indices de dispersion des séries de mesures. — Calcul des corrélations.

Médaille d'honneur des épidémies. — La médaille d'honneur des épidémies en bronze a été décernée à M. le Docteur Martin (Antonin), inspecteur sanitaire à Montpezat-sous Bauzon (Ardèche), pour maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions.

La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée, à titre posthume, à Mlle Salembiez (Madeleine), interne à l'hôpital Trousseau, décédée des suites d'une maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Médaille d'or (à titre posthume) : M. le médecin lieutenant Jacob (Tunisie).

Médaille d'argent : M. le médecin commandant Sauvez (Amiens) ; M. le médecin lieutenant Flottes (Avignon).

Médaille de bronze : MM. les médecins auxiliaires Breffel (Hagueneau), Chopard (Toul), Merlin (Lunéville).

Société de Psychothérapie. — La séance annuelle de la Société de psychothérapie aura lieu le 17 novembre 1936, 49, rue Saint-André-des-Arts, à 16 h. 30, sous la présidence du Professeur Cunéo.

Question générale : « La douleur physique et la douleur morale Psychothérapie préventive et curative ».

Des rapports et des communications se rattachant à la question générale seront faits par les Docteurs Sampson (de Londres), Ch. Fiessinger, Henri Bertreux, Bérillon, Marcel Viard, Paul Farez, Pierre Ménard, Artault de Vevey, Courtois, Derecq, Félix Regnault, Martinie-Dubousquet, Philippet, Hollande, Pierre Barbier, H. Lemesle (de Loches), Foveau de Courmelles ; Prof. Peugniez, Bonnet-Lemaire, Prof. Franquet (de Reims), M. le Prof. Maignon (d'Alfort), MM. Lépinay, Legrand Petit, médecins-vétérinaires.

A l'issue de la séance, le banquet annuel aura lieu à la Taverne du Nègre, 17, boulevard Saint-Denis. Prix : 28 francs (service compris). — Les dames sont conviées à assister au banquet. Tenue de ville.

Adresser les titres des communications, les adhésions à la réunion et au banquet au Docteur Bérillon, président, 22, rue Vignon (IXe), Tél. : Opéra, 81-80, et au Docteur Marcel Viard, secrétaire général, 11, rue du Printemps, Paris (XVIIe).

La Société de psychothérapie, dont le but est de contribuer à maintenir les traditions glorieuses de la médecine philosophique, invite cordialement les médecins et les étudiants à assister aux réunions et à la séance annuelle.

Ecole homéopathique de Paris (année 1936-1937). — Les conférences de l'École homéopathique de Paris, qui ont pour but d'étudier, en théorie et en pratique, tout ce qui relève de la science homéopathique, reprendront deux fois par semaine à l'hôpital Saint-Jacques, 37, rue des Volontaires, à Paris (XVe) (métro Volontaires), à 18 heures, à partir du mardi 10 novembre.

A la fin de l'année, un certificat d'assiduité aux cours sera délivré.

Programme des cours. — Docteur Bonnerot : Les petits médicaments voisins des polychrestes (familles de Lycopodium, de Causticum et de Thuya). (17 novembre, 1er-15 décembre, 19 janvier, 2-16 février, 2-16 mars, 6-20 avril, 4-18 mai). — Docteur Bitterlin : Maladies du tube digestif (*suite et fin*). (13-17 novembre, 11 décembre, 8-22 janvier, 12-26 février, 12 mars, 9-23 avril, 14-28 mai). — Docteur Evrain : Matière médicale. (10 novembre, 8 décembre, 12 janvier, 9 février, 9 9 mars, 13 avril, 11 mai, juin). — Docteur Mouezy-Eon : Applications homéopathiques de la phytothérapie. (24 novembre, 22 décembre, 26 janvier, 23 février, mars, 27 avril, 25 mai). — Docteur Allendy : Traitement homéopathique des grands syndromes neuro-psychiatriques (insomnie, épilepsie, névralgies). (20 novembre, 4-18 décembre, 15 janvier, 5-19 février, 5-19 mars, 16 avril, 17-21 mai, 4 juin.)

L'enseignement de l'Ecole homéopathique de Paris est entièrement gratuit.

La Bibliothèque de l'hôpital Saint-Jacques met à la disposition du public les livres et revues homéopathiques et est ouverte tous les jours non fériés de 2 h. 1/2 à 7 heures.


CHOAY

TRAVAUX ORIGINAUX

Recherches anatomiques et biologiques sur l'intoxication apiolique expérimentale

Par L. CORNIL, D. OLMER,
Professeurs à la Faculté de Médecine de Marseille
et J. VAGUE
Interne des Hôpitaux
Préparateur à la Faculté

A la suite des études cliniques récentes sur les polynévrites et les hépato-néphrites dues à l'apiol, les travaux expérimentaux de Lutz et Oudin sur le cobaye, de Flandin, Nachet et J. Bernard sur la souris, permirent de réaliser les caractères convulsifs et paralytiques déterminés par cette intoxication.

Nous avons repris ces investigations en vue de préciser conjointement les troubles biologiques et les lésions anatomiques que détermine cette substance chez l'animal, et nous en résumerons ci-après les traits principaux.

L'apiol que nous avons employé est l'apiol vert liquide.

Nos animaux ont été sacrifiés par section bulbaire et les prélèvements histologiques faits aussitôt : quatre cobayes ont absorbé quotidiennement 50 centigr. d'apiol par 100 grammes de poids ; trois autres ont reçu la même dose par voie sous-cutanée ; enfin, deux femelles gravides ont été intoxiquées comme les premiers animaux.

De ces expériences, nous retiendrons les faits généraux suivants :

1° L'apiol vert est peu toxique pour le cobaye ; la dose léthale pour cet animal étant de 5 grammes par kilogr. et par jour ;

2° La voie d'introduction du poison, digestive ou sous-cutanée n'a pas d'influence sur son effet, la dose toxique parait cependant un peu moindre avec l'injection sous-cutanée, et les troubles réalisés sont les mêmes ;

3° L'intoxication a donné lieu chez le cobaye à un syndrome peu variable qui consiste :

a) dans les plus fortes intoxications et comme signe de début au cours des intoxications un peu prolongées, l'animal paraplégique ou paraparésié traîne ses membres postérieurs. Il présente, en outre, des troubles de type cérébelleux, déviant sa marche tantôt à droite, tantôt à gauche et tombant sur le côté.

b) lorsque l'intoxication se prolonge durant quelques jours, les troubles métaboliques prennent le pas sur les autres :

1° Un amaigrissement intense jusqu'au quart du poids de l'animal s'installe rapidement ;

2° le poil se hérisse, l'animal ne mange plus, il est abattu, parait somnolent dans un coin de sa cage dont il est difficile de le faire partir quoique non paraplégique.

Deux cobayes ont présenté de la diarrhée.

L'animal meurt en quelques jours dans le coma après avoir présenté des convulsions terminales ;

3° On n'observe ni ictère, ni hémorragie externe ;

4° Une azotémie moyennement élevée, mais constante, allant de 0 gr. 90 à 1 gr. 50 s'observe dans tous les cas ainsi qu'une hypoglycémie relative au-dessous du gramme.

5° La formule sanguine subit peu de modifications ;

6° L'albuminurie, la cylindrurie, l'hématurie microscopique sont constantes ;

7° Des deux femelles gravides que nous avons intoxiquées, une seule a mis bas prématurément ;

8° A l'autopsie, on trouve toujours une congestion viscérale modérée ; il y a du sang dans la cavité gastrique ainsi que de petites hémorragies sous-muqueuses sur tout le tractus intestinal.

9° *Examen histologique.*

a) Dans l'intoxication brutale durant de 24 à 48 heures, il existe une nécrose centro-lobulaire du foie, avec conservation relative des cellules moyennes du lobule et de quelques cellules péri-portales sans réaction interstitielle ; des lésions rénales bien moins intenses à type de congestion avec de petites hémorragies interstitielles, tubulite granulo-vacuolaire parfois desquamative ; certains tubes sont peu altérés et présentent uniquement de la tuméfaction trouble. On remarque aussi de la tubulite hémorragique des segments intermédiaires et des tubes excréteurs.

b) Dans l'intoxication subaiguë en sept ou huit jours :

Le foie est modérément congestif ; les cellules de Kupfer sont un peu tuméfiées ; il existe autour des espaces de Kiernan un petit manchon histiocytaire ; les travées hépatiques sont conservées.

On note trois types d'altération cellulaire :

1° Dégénérescence granulo-graisseuse de la région périportale, les noyaux sont tantôt normaux, tantôt pycnotiques ;

2° Cellules claires, hypertrophiées, à noyaux volumineux, riche en chromatine ; elles contiennent quelquefois de petites vacuoles ; on les trouve dans tout le reste du lobule ;

3° Quelques cellules atrophiques érytrophiles au noyau pycnotique, isolées ou groupées par trois ou quatre éléments ; elles se voient de loin en loin au voisinage des espaces portes.

Le rein est fortement congestif, à la fois dans la médullaire et la corticale. Il existe une glomérulite congestive, hémorragique et diapédétique ; quelques lymphocytes et histiocytes entourent parfois les glomérules. Les tubes contournés sont très touchés ; les cellules sont tuméfiées, la lumière ayant souvent tout à fait disparu ; le protoplasma est en dégénérescence granulo-vacuolaire, les noyaux ont des cellules atrophiques, érytrophiles, desquamées. Les segments intermédiaires sont pour la plupart, normaux ; les tubes excréteurs sont fréquemment desquamés.

L'endothélium vasculaire est partout tuméfié ; une infiltration lympho-plasmocytaire bénigne, mais irrégulière, entoure les divers éléments rénaux.

La rate est congestive et hémorragique.

Les surrénales sont également congestives et renferment quelques ilots inflammatoires histiocytaires, de petites hémorragies dans la partie profonde de la corticale, où s'accumule du pigment.

En définitive on aboutit aux résultats suivants :

I. — Expérimentalement, l'intoxication par l'apiol se traduit à la fois par des troubles nerveux et hépatorénaux, ceux-là étant toujours les premiers en date et réalisés électivement dans les formes suraiguës. Nous ajouterons qu'une seule femelle gravide sur deux a mis bas prématurément.

II. — Le rein et le foie paraissent responsables de la mort

dans tous les cas. L'évolution des troubles peut se faire depuis l'hyperplasie hépatique avec association de dégénérescence épithéliale du rein comme chez l'homme, à la nécrose centro-lobulaire du foie en passant par la dégénérescence péri-portale et des lésions associées très variables des tubes contournés.

L'azotémie très élevée dans la forme hyperplasique (chez l'homme), l'est moins que dans les formes dégénératives que nous avons obtenues chez l'animal; l'hypoglycémie est par ailleurs à retenir.

Laboratoire de pathologie expérimentale et d'anatomie pathologique de la Faculté et Laboratoire central des cliniques de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

CLINIQUE CHIRURGICALE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ

Sur une malade atteinte d'une volumineuse tumeur du sein

Par le Professeur J. GUYOT (Bordeaux)

Messieurs,

Je vous présente aujourd'hui une femme de 65 ans, entrée dans le service il y a quelques jours, envoyée par son médecin le Docteur Delas (du Barp) pour une volumineuse tumeur du sein, tumeur qui a cette particularité tout à fait exceptionnelle méritant de vous être signalée de s'accompagner d'un écoulement de sang se reproduisant chaque jour.

Si nous recherchons ses antécédents héréditaires, nous apprenons que son père et sa mère sont morts âgés : son père à 96 ans, sa mère à 93. Au point de vue de ses collatéraux, elle a cinq frères et sœurs, renseignement important, un de ses frères est mort à l'âge de 62 ans d'une tumeur de la région carotidienne qui détermina une ulcération de l'artère ayant entraîné la mort par hémorragie foudroyante.

Ses antécédents personnels ne présentent rien de particulier ni dans l'enfance, ni dans l'adolescence. Elle a toujours joui d'une excellente santé. Elle s'est mariée à 22 ans, a eu cinq enfants. De ces cinq enfants, un fils est mort à la guerre, les autres sont vivants. Elle les a tous nourris au sein sans qu'à aucun moment elle ait présenté le moindre incident pathologique au cours de la lactation : ni gerçures, ni lymphangite, ni abcès. Ce détail est très important chez une femme qui vient vous trouver pour une affection de la glande mammaire.

Au point de vue de l'histoire de sa maladie, elle raconte qu'il y a cinq ans, alors qu'elle faisait son ménage, elle heurta son sein droit contre une bassine. Le choc fut assez violent pour lui en avoir laissé le souvenir mais cependant pas assez intense pour avoir provoqué une syncope, ou nécessité un arrêt du travail.

Les jours suivants elle ne présenta ni ecchymose, ni induration du sein. Elle avait oublié cet incident lorsque, six mois après, elle s'aperçut par hasard qu'il existait, à l'endroit où elle avait reçu ce coup une petite tumeur sur les caractères de laquelle elle nous donne des précisions très nettes. Cette tumeur était grosse comme une petite noix, pas douloureuse et roulait sous le doigt « comme une bille », dit-elle. A ce moment elle ne présentait aucun signe fonctionnel pas le moindre retentissement sur l'état général. Si bien que cette femme ne consulta même pas son médecin. La tumeur grossit très lentement jusqu'au jour, il y a un an et demi de cela, où la malade s'aperçut qu'elle avait considérablement augmenté ; elle avait le volume d'un œuf. Ce qui attira surtout son attention ce furent les caractères de la peau qui prit une coloration plus foncée. Au mois de septembre dernier elle alla voir son médecin ; celui-ci lui conseilla de consulter un chirurgien ; devant son refus, il pratiqua lui-même deux ponctions qui permirent de retirer un peu de sang.

De ce moment, la tumeur augmenta alors très sensiblement de volume ; il y a quinze ou vingt jours un nouveau symptôme se produisit : au niveau d'une des ponctions il se fit spontanément un écoulement sanguin quotidien. Cette femme, depuis une vingtaine de jours, perd chaque jour du sang assez abondamment. C'est ce nouveau signe et le volume de la tumeur qui l'ont décidée à entrer à l'hôpital.

Examen. — Si vous l'examinez, vous voyez tout de suite que le sein droit est le siège d'une tumeur volumineuse. Il y a une asymétrie considérable entre la région mammaire du côté gauche qui est saine et celle du côté droit qui est le siège de la lésion pour laquelle elle vient nous consulter.

Avant de procéder à l'examen de cette tumeur ,voyons l'état général de la malade. Nous sommes frappés par sa pâleur : elle présente des signes indéniables d'anémie se traduisant par la décoloration de la peau et des muqueuses. L'examen du sang confirme cette constatation : on ne trouve que 2.460.000 globules rouges ; le taux de l'hémoglobine est tombé à 50 %, en fait au point de vue physiologique elle n'a que 1.200.000 globules puisque chaque globule sanguin n'a exactement que la moitié de la dose d'hémoglobine qu'il devrait avoir. Il s'agit là d'une anémie sérieuse ; nous devons nous demander si l'écoulement de sang peut seul expliquer une déchéance de l'organisme aussi considérable. Il y a là un point sur lequel j'attire dès maintenant votre attention.

Le nombre des globules blancs est de 5.600 ; la dose d'urée sanguine est de 30 centigrammes ; le Wassermann est négatif ; il n'y a pas de sucre dans les urines ; la tension artérielle au Pachon est Mx 13, Mn 6, I. 1,2.

Nous avons examiné soigneusement cette malade : Sa colonne vertébrale ne présente aucun point douloureux, aucune saillie anorm le ; mais radiographiquement on note une déformation tout à fait caractéristique en « bec de perroquet ». Vous n'en trouverez pas de plus nette chez des sujets atteints de rhumatisme chronique. Nous avons vu dans le service quelques cas très nets de « bec de perroquet », mais aucun n'avait la netteté et l'importance de celui que vous trouvez ici. Cette radio nous permet d'affirmer qu'il n'y a pas de noyau métastatique actuellement appréciable dans le rachis.

Le foie ne déborde pas les fausses-côtes ; l'exploration du squelette ne décèle aucun point douloureux ; les réflexes rotuliens sont normaux ; vous n'ignorez pas que dans les tumeurs du sein c'est là une constatation importante.

Enfin au cours de notre examen la malade n'a pas eu cette petite toux sèche, quinteuse persistante décelant des lésions pleurales latentes : l'exploration clinique et radiographique des lésions pulmonaires a été négative.

Si nous examinons la région thoracique nous voyons que le sein gauche a l'aspect d'un sein d'une femme de 65 ans et tombe normalement sur la paroi thoracique. De l'autre côté, l'aspect change il existe une déformation considérable : le sein n'est plus aplati, tombant sur le thorax mais saillant formant tumeur, la peau qui le recouvre à une coloration brun foncé. Cette tumeur est irrégulière avec de petites bosselures ; à sa partie supérieure on voit une plaque d'aspect noirâtre. Tandis que du côté gauche le mamelon se détache très nettement, à droite il est nettement rétracté.

Essayons de délimiter la tumeur : la peau est atteinte sur une surface carrée de huit centimètres environ, à cet endroit, elle est de coloration anormale, luisante, de grosses veines sillonnent la face antérieure du sein atteint.

La tumeur est séparée de l'aisselle par un pli profon qui n'existe pas de l'autre côté.

Après avoir ainsi tiré de l'inspection à peu près tout ce qu'elle peut donner, nous allons procéder à la palpation.

En palpant suivant la méthode de Velpeau la main à plat refoulant la tumeur sur le gril costal, nous avons une impression générale de *dureté* ; mais la constance, n'est pas égale. Il y a une partie très dure (dureté ligneuse) mais il existe des parties qui sont nettement fluctuantes. La zone dure se trouve à la partie supérieure de la tumeur : sur ce point on trouve très net le phénomène de la *peau d'orange*. Ducuing, dans un travail récent, a justement rappelé que les tumeurs du sein se localisent de préférence dans le quadrant supéro-externe, qui est le siège où nous la constatons.

Chez cette malade donc, tumeur de consistance irrégulière avec des placards durs et des bosselures qui paraissent superficieles et adhérent à la peau. Dans la profondeur, on a la sensation que ces parties superficielles sont soulevées par une grosse masse uniforme, avec la peau tendue à à surface et dans cette zone la fluctuation est évidente. S'il y a donc dans cette tuneur des parties dures, celle-ci, dans son ensemble, est formée par une poche importante où la fluctuation se retrouve suivant les deux axes de la tuméfaction.

Nous devons rechercher si le sein malade est mobile ou s'il est fixé. Il existe, en effet, des tumeurs qui sont collées contre la paroi thoracique et qu'on ne peut mobiliser. Ici, vous le voyez, cette tumeur se déplace de haut en bas, un peu moins latéralement, mais elle se déplace dans les deux sens. Par la manœuvre classique que vous connaissez la tumeur est mobilisable assez largement lorsqu'on fait contracter le muscle pectoral, cette mobilité ne disparaît pas mais elle s'atténue dans une mesure sensible surtout dans le sens transversal. En somme tumeur mobilisable mais ayant déjà des connexions avec la profondeur. L'excellent *signe de Walther* qui consiste dans l'apparition d'un *sillon linéaire* qui creuse la peau lorsqu'on déplace la tumeur est ici positif c'est un bon signe qui a l'avantage d'être précoce.

Dans l'aisselle correspondant à l'exploration on sent contre la paroi thoracique un ganglion gros comme une noix, d'une dureté ligneuse et non douloureux. Et en poussant la palpation un peu plus loin, nous constatons que le muscle grand pectoral est souple, n'a pas de noyau induré mais nous trouvons au sommet de l'aisselle un autre petit ganglion, moins volumineux que le précédent.

Il y a un détail d'examen clinique que vous ne faites pas couramment et sur lequel je tiens à attirer votre attention. Lorsque vous prenez le sein malade à pleine main si vous mettez un doigt de votre autre main sur le ganglion axillaire à mesure qu'on mobilise la tumeur, on peut voir comme ici que le ganglion se mobilise en même temps. Palpant alors la paroi thoracique on peut sentir des cordons indurés qui réunissent le sein au ganglion : c'est là la traduction d'une lymphangite avec péri-lymphangite qui n'existe qu'à un stade assez avancé des lésions.

Nous avons recherché si cette femme présentait des troubles fonctionnels du côté du membre supérieur : nous n'avons rien décelé : pas d'œdème, pas de cyanose, pas de modification de la sensibilité, le pouls radial n'est ni diminué ni retardé.

Dans l'aiselle du côté opposé, il n'existe pas de ganglions ; comme le fait a été signalé par Sanchez Toledo dans le néoplasme du quadrant interne.

Un point important chez ces malades c'est la recherche des ganglions sus-claviculaires : pour cela il faut faire asseoir la malade et, de préférence, l'examiner d'arrière en avant. Il faut pour bien faire cette exploration que les mains puissent plonger derrière la clavicule, les mains en place suivant la méthode de Delbet faites boire votre malade, ici, on trouve que le creux sus-claviculaire est aussi souple et aussi profond que du côté opposé, on ne sent pas le moindre ganglion même dans les mouvements de la déglutition provoquée.

Après avoir ainsi examiné cette malade, nous devons nous demander si cet examen clinique est suffisant et s'il n'y a pas d'autres moyens actuels susceptibles de nous apporter des renseignements utiles chez une femme atteinte de tumeur du sein. Il y en a d'autres : il y a d'abord un procédé familier à mon maître Paul Reclus et, dans son beau service de la Charité qui vient de disparaître, il avait coutume de s'en servir, surtout pour les petites tumeurs du sein : c'est la *ponction*. RECLUS était un excellent clinicien et, systématiquement avec une petite aiguille il ponctionnait ces tumeurs ; dans un nombre assez important de cas cette petite ponction évitait à des femmes jeunes l'amputation du sein qui risquait d'être faite sur une erreur de diagnostic. Cette ponction n'est plus de pratique courante elle a été faite ici ; je crois qu'elle est la cause de l'hémorragie pour laquelle cette femme s'est décidée à entrer à l'hôpital.

A côté de ce procédé il y a la *biopsie* que certains pratiquent systématiquement. Dans les centres anticancéreux on a une tendance à utiliser largement la biopsie. Cette biopsie est quelquefois utile mais elle n'est pas sans inconvénients. Il n'est pas sûr que sur un néo du sein non ulcéré, la biopsie n'ait pas une influence fâcheuse. Je ne parle pas de ces accidents très exceptionnels dont ROUX-BERGER a rapporté une observation (Papadopoulos, Athènes, Soc. de Chir. 1934). Une femme âgée d'une soixantaine d'années avait une tumeur du sein ; on lui fit une biopsie dans la salle d'opération en prenant toutes les précautions habituelles. Il s'agissait d'une tumeur non ulcérée. Cette biopsie décela un épithélioma mais elle fut suivie d'accidents infectieux graves malgré l'emploi du sérum antistreptococcique. L'analyse du sang montra qu'il s'agissait d'un streptocoque hémolytique. Cette malade fit une suppuration considérable ; deux séances de radiothérapie légère firent tomber la température. Par cette suppuration abondante et longue la malade élimina complètement sa tumeur et guérit. Un an après la cicatrisation la guérison complète se maintenait !!

L'examen radiographique des tumeurs du sein a été préconisé par LEDOUX-LEBARD dans la *Presse Médicale* de

(1) LEDOUX-LEBARD. — Assoc. franç. pour étude néopl. mabus, 1933

1933. Jusqu'à ce jour les explorations n'ont pas donné grand-chose pour différencier comme on l'espérait les tumeurs malignes des néoformations bénignes. Une méthode intéressante employée en Amérique par Frank Cutler : est la *transillumination*. Cutler examine toute les tumeurs du sein par un procédé de transillumination qui consiste à recouvrir le sein d'un voile, en se servant d'une lampe électrique spéciale d'une force considérable possédant un système de refroidissement. Avec cette constatation il examine d'abord le sein normal puis le sein malade.

Cette technique importée en France par Ravina a été étudiée par Huguenin (1) qui donné les résultats qu'il a obtenus par cette méthode. Ce sont les suivants : les tumeurs bénignes sont complètement transparentes ; les grosses glandes adipeuses, sont absolument transparentes ; tandis que l'épithélioma, donne *une tache d'encre*, une tache noire que l'on retrouve aussi, il est vrai, dans les hématomes du sein. C'est peut-être là un nouveau moyen de diagnostic qu'il ne faut pas négliger. Enfin un autre résultat, dans les tumeurs épithéliales du sein, le sillon clair qui sépare la glande de la paroi thoracique, s'atténue et disparaît, tandis que dans les tumeurs bénignes l'espace clair est conservé.

Diagnostic :

Nous nous trouvons donc en présence d'une femme âgée de 65 ans portant à une tumeur qui a débuté il y a cinq ans, qui après ponction, détermine des hémorragies se répétant chaque jour ayant entraîné un état d'anémie assez prononcé.

A quelle tumeur avons-nous à faire ? Est-ce vraiment une tumeur, n'est-ce pas une lésion inflammatoire ? Vous ne vous attendrez pas à ce que je discute ici devant vous le diagnostic de toutes les tumeurs du sein. Il y a des affections qui ne peuvent être envisagées en présence d'une masse volumineuse comme celle-ci. Je crois qu'il n'y a chez cette malade que trois diagnostics à discuter.

1° *Le gros kyste du sein*, l'adénome kystique volumineux qui constitue une tumeur importante comme celle-ci. Ici nous avons quelques raisons de discuter ce diagnostic, la tumeur a commencé il y a cinq ans ; elle est manifestement fluctuante. Ces raisons ne sont pas suffisantes pour que nous portions le diagnostic d'adénome kystique du sein car il s'agit d'une femme de 65 ans, la tumeur présente des parties d'une dureté ligneuse, elle s'accompagne de rétraction du mamelon ; on trouve les signes classiques de la « peau d'orange » et l'adénopathie axillaire, enfin cet écoulement de sang que l'on n'observe jamais dans les tumeurs bénignes.

2° Le second diagnostic a discuter est celui du *sarcome* du sein greffé sur un adénofibrome ancien : le volume, l'irrégularité, la fluctuation peut-être le manque de synchronisme entre le volume de la tumeur et l'adénopahtie devraient nous y faire penser. Mais contre cette hypothèse il y a l'âge de la malade, la longue évolution, la rétraction du mamelon, l'écoulement de sang, l'adénopathie et l'adhérence à la peau. Vous savez que les sarcomes sont des tumeurs très vascularisées, présentant souvent des poches hématiques fluctuantes, les vaisseaux sont des vaisseaux sans paroi propre : dans ces cas les hémorragies se comprennent plus facilement que dans toute autre tumeur. Malgré ces raisons je ne crois pas qu'il s'agisse d'un sarcome. Je pense que la tumeur dont cette femme est atteinte est un *épithélioma*.

D'abord à cause de son siège car la tumeur a débuté dans le quadrant supéro-externe (34 % des néoplasmes épithéliaux se développent dans cette région). Cette femme a 65 ans : or, c'est l'âge de l'épithélioma (56 % Ducuing) (1). Cette tumeur a évolué en deux temps : un stade de bénignité pendant lequel la femme a porté longtemps une petite tumeur non douloureuse, qui brusquement a pris un accroissement considérable, devant cette évolution nous devons nous demander s'il ne s'agit pas ici d'un adénome qui, après la ménopause, s'est transformé en un épithélioma. La rétraction du mamelon, l'extension à la peau qui est prise dans une très grande étendue ; les placards durs, irréguliers, l'absence de limitation, l'adhérence au plan profond sont autant de faits qui plaident en faveur de l'épithélioma.

Quant aux hémorragies, elles sont tout à fait rares. En dehors du stade ulcéreux, depuis plus de trente ans que je vis dans les hôpitaux, c'est la première malade atteinte d'une volumineuse tumeur du sein que je vois présentant ainsi des hémorragies à la suite d'une simple ponction.

Avons-nous affaire à un *épithélioma encéphaloïde* : on pourrait y penser en raison du volume et de la fluctuation.

Delbet (2) décrit une variété *d'épithélioma hémophile* caractérisé par les phénomènes suivants : tumeur volumineuse molle, s'accompagnant de poches fluctuantes avec souvent à sa surface des ecchymoses et qui est susceptible de donner lieu à des hémorragies.

Jusqu'à plus ample informé, je pense que cette malade est atteinte d'un de ces *épithélioma hémophiles* décrits par Delbet.

Pronostic :

Celui-ci est sévère, car quoiqu'en disent les quotidiens dans leurs chroniques médicales et la radiodiffusion dans les communiqués intéressés, nous ne sommes pas malheureusement encore les maîtres du cancer même pris au début de son évolution.

Le pronostic mauvais comporte en pratique toute une gamme de gravité progressive. Vous pouvez vous trouver en présence 1° d'un épithélioma du sein sans ganglion ; c'est l'exception la statistique dit, 3% des malades que nous voyons ; 2° L'épithélioma avec peu de ganglions (comme dans ce cas). 3° Tumeur avec grosse masse ganglionnaire, dans des cas avancés, ces ganglions peuvent adhérer à la veine axillaire même l'envahir et l'obstruer. 4° Les épithéliomas ulcérés. 5° Les tumeurs avec métastases unique ou multiples (colonne vertébrale, plèvre, foie, sein opposé).

Le pronostic est particulièrement sévère chez la femme jeune. La grossesse, la lactation l'aggravent encore davantage. C'est au cours de celle-ci que l'on observe la mastite cancéreuse avec fièvre simulant l'inflammation, dont la marche est aiguë et qui tue les malades très rapidement. D'après ce que j'ai observé le pronostic est tout à fait mauvais lorsqu'un épithélioma du sein évolue chez une femme jeune atteinte de syphilis, même si l'acte chirurgical est précoce et très large.

La glycosurie, enfin, qui rend l'acte chirurgical plus délicat, aggrave aussi le pronostic.

Le véritable secret de celui-ci réside dans la connaissance

(1) Huguenin. — Transillumination des tumeurs du sein. *Presse Médicale*, 1934.

(1) Ducuing. — *Journal de Chirurgie*, 1928.
(2) Delbet et Mendaro, 1927.

histologique de la tumeur sur laquelle nous ne savons pas encore grand'chose. Il y a des épithéliomas sécrétants et non sécrétants. Ce que nous savons, c'est que les tumeurs les plus mauvaises ne sont pas toujours les plus grosses. Certaines grosses tumeurs guérissent alors qu'on les opère sans espoir, et de petites tumeurs qu'on opérait avec toutes chances apparentes se généralisant dans l'année. Ici intervient cette notion importante de la malignité particulière de certaines tumeurs.

Il y a quelque vingt ans, j'aidais mon prédécesseur dans cette chaire, le Professeur G. Chavannaz, a opérer une dame amie apparentée à un de nos confrères. Elle avait une petite tumeur du sein grosse comme une noix, un ou deux petits ganglions dans l'aisselle, à peine un peu d'adhérence à la peau : le cas le plus favorable que l'on puisse voir. Malgré un Willy-Meyer tout à fait typique, cette malheureuse mourait dans l'année d'une métastase pleuro-pulmonaire.

A l'opposé on peut citer l'observation rapportée par Forgue au Congrès de Strasbourg en 1921. Cette femme fut opérée d'un néo du sein avec des ganglions assez importants en 1883. Elle fit trois récidives : une opérée en Allemagne, une autre en France, une autre en Angleterre. En 1921 elle vivait encore ; il s'agissait cependant d'un épithélioma vérifié par le laboratoire.

Mettez en parallèle ces deux cas et dites-vous bien qu'en présence d'un épithélioma du sein il y a quant à la malignité spécifique de chaque cas des éléments qui actuellement nous échappent, les considérations cliniques doivent atténuer ce qu'il y a d'absolu dans les statistiques qui groupent sûrement des faits non superposables et qui fatalement vicient le résultat.

Traitement :

Au point de vue du traitement de ces tumeurs malignes du sein, je voudrais simplement vous parler en finissant des opérations modernes qui ont été introduites en France, en 1903, par deux mémoires importants à l'Académie de médecine de G. Chavannaz et de Mériel. Ces deux chirurgiens, les premiers en France, ont attiré l'attention sur les opérations d'Halsted et de Willy-Meyer qui consistent essentiellement à enlever *en bloc* le sein, les voies lymphatiques, les ganglions axillaires et les muscles pectoraux. Ces opérations améliorées par la technique de Handley (large ablation cellulaire et aponévrotique) constituent un très grand progrès dans la cure du cancer du sein.

Avant d'aborder le côté chirurgical, je m'en voudrais de ne pas vous dire un mot des moyens physiques que certains auteurs préconisent contre le cancer du sein.

En présence d'un cas favorable l'opinion unanime des cliniciens est qu'on doit intervenir. Dans les cas avancés doit-on utiliser le radium et la radiothérapie avant l'intervention chirurgicale. Dans les cas moyens, cette radiothérapie préopératoire est mauvaise. Dans certains cas de cancers ulcérés avec ganglions, en présence de malades presque inopérables, plusieurs auteurs ont montré que ce traitement peut rendre opérables des malades qui ne l'étaient pas. C'est dans ces conditions seulement que vous serez autorisés à faire de la radiothérapie préopératoire.

La radiothérapie post-opératoire a été très critiquée. Je la pratique depuis vingt ans, avec le concours de M. le doyen Sigalas, elle est actuelleeent très employée à l'étranger : elle complète heureusement l'exérèse chirurgicale et a sensiblement amélioré mes résultats éloignés. Il y a deux méthodes de radiothérapie post-opératoire : la méthode qui paraît logique mais qui est désastreuse : la séance unique, après ou pendant l'opération avec des rayons très pénétrants. Surtout employée en Allemagne ses résultats désastreux s'expliquent par l'action nocive des rayons sur les tissus périnéoplasiques qui représentent la *défense de l'organisme*. Cette défense de l'organisme dont nous ignorons complètement le mécanisme, existe et explique seule les récidives et les métastases survenant quelquefois quinze ou même vingt ans après l'éxérèse chirurgicale.

La radiothérapie post-opératoire à laquelle on a de plus en plus recours en Amérique, Allemagne, Belgique et en France est la *radiothérapie à doses fractionnées et répétées.*

La *radiothérapie pénétrante*, en une séance ne détruit que certaines cellules néoplasiques. Bergonié a montré dans ses travaux avec Tribondeau que les cellules sont radiosensibles lorsqu'elles sont en karyokinèse. Et cette loi vous explique que les rayons X faits en séances répétées, espacées, pendant plusieurs mois, atteindront successivement toutes les cellules cancéreuses essaimées dans les tissus : c'est ainsi que l'explication est venue corroborer les faits cliniques dont nous avons été un des premiers en France avec Béclère à proclamer l'effet utile (1).

Presque tous les chirurgiens font l'*opération de Willy-Meyer* que je pratique couramment depuis de nombreuses années j'enlève systématiquement le grand et le petit pectoral, dans un but d'exérèse ganglionnaire plus large.

Un autre détail sur lequel je crois devoir insister c'est l'importance de la dissection soigneuse du pédicule postérieur, où se trouve une chaine ganglionnaire, dans l'angle de l'omoplate et de la cage thoracique, qu'il faut enlever complètement au risque même de sacrifier le nerf du grand dorsal que l'on doit, dans la majorité des cas respecter.

Faut-il opérer au bistouri ou au bistouri électrique ? Il semble que les statistiques donnent une légère amélioration des résultats avec le bistouri diathermique. C'est un point sur lequel je n'ai pas d'opinion n'ayant pas utilisé cette méthode.

« La clavicule est-elle encore la limite des opérations raisonnables des cancers du sein » ? Comme a pu l'écrire Forgue : je ne le crois pas car comme de nombreux chirurgiens il m'est arrivé plusieurs fois de pratiquer l'évidement ganglionnaire du creux sus-claviculaire : une de mes opérées a survécu dix-sept ans.

Le *curage sus-claviculaire* a été l'objet de travaux nombreux. Gosset (2), en 1908, préconise la section temporaire de la clavicule, section en V, de façon à pouvoir coapter les deux fragments et les réunir par un fil d'argent. Gatelier et Oberlin désarticulent la clavicule et pratiquent le curage sus-claviculaire. Enfin, Pierre Duval (3) avec Redon-Rouvière a étudié dans un ouvrage sur le cancer du sein que je vous recommande de lire, la section de la clavicule qu'on soulève avec un crochet ce qui permet d'enlever le sous-clavier Fiolle (4) faisant une résection de la partie interne de la clavicule, aborde la partie sus-claviculaire, va chercher les ganglions très haut, enlève le muscle sous-clavier et termine par un Willy-Meyer.

Telles sont les tentatives opératoires qui ont été faites, elles vous montrent que la parole de Forgue n'est plus exacte aujourd'hui puisqu'une nouvelle étape a été franchie. Ce curage sus-claviculaire comporte trois sortes d'opérations : 1° le *curage préventif*, 2° le *curage curatif primitif* fait en même temps que l'ablation du sein ; enfin 3° *le*

(1) Voir la thèse du Docteur Robert Guérin (Bordeaux, 1927).
(2) Gosset. *Journal de Chirurgie*, 1908.
(3) P. Duval et Redon, 1933.
(4) Fiolle. *Marseille*, 1935.

curage curatif secondaire : vous avez opéré une malade dont les ganglions vous paraissent intacts ; huit à dix mois après cette malade se présente avec un gros ganglion sus-claviculaire que vous enlevez . J'ai le souvenir d'une de mes opérées atteinte d'un cancer du sein déjà avancé, je lui fis un Willy-Meyer très large. Au bout d'un an apparut du même côté un gros ganglion sus-claviculaire néoplasique. Je pratiquais un *curage secondaire* qui me laissa l'impression qu'il y avait d'autres ganglions dans la profondeur. Le Professeur Bergonié lui fit ne nombreuses séances de radiothérapie susclaviculaire ; elle est morte dix sept ans après avec une métastase pleuro-pulmonaire. J'ai la conviction que c'est le curage secondaire associé à la radiothérapie post-opératoire qui a permis cette survie prolongée.

Il y a dans l'exérèse large des opérations modernes une *inconnue* : c'est l'état de *chaine mammaire interne* recevant des lymphatiques venant du sein et qui, envahie, échappe cependant à l'exérèse chirurgicale.

Cushing, il y a vingt ans, a essayé de faire systématiquement des extirpations de la chaine mammaire interne et voici le résultat de son expérience. Dans un certain nombre de cas les ganglions n'étaient pas envahis, l'opération était donc inutile. Dans les cas où les ganglions étaient atteints l'intervention fut toujours insuffisante : laissant à l'opérateur l'impression d'une exérèse incomplète. Dans tous les cas cette technique aggravait si effectivement le pronostic que cet éminent chirurgien l'a abandonnée.

Dans les tumeurs du quadrant interne de la glande mammaire on peut faire de la radiothérapie post-opératoire au niveau du sternum. Il semble que nous ayons là un moyen d'améliorer les résultats sans faire courir, au malade, les risques que comporte une exérèse chirurgicale.

Résultats :

Sans ganglions, la survie est de 80 % au bout de trois ans et de 50 % au bout de cinq ans. Quand il y a des ganglions 45 % au bout de trois ans, 15 % au bout de cinq ans. Ces statistiques n'ont rien d'absolu, il y a le correctif que je vous ai donné tout à l'heure quant à la malignité particulière de certaines tumeurs du sein . En terminant ces considérations je voudrais vous citer deux observations curieuses. L'une est de Lacassagne (1) qui, en injectant à des souris mâles pendant assez longtemps de la folliculine, est arrivé à voir se développer chez ces animaux un véritable cancer du sein. L'autre observation est de Mariau, de Nice (2), cet auteur rapporte l'histoire d'une femme atteinte de maladie de Basedow faisant de l'aménorrhée. Un chirurgien a l'idée de lui prendre un ovaire sain et de l'inclure dans la glande mammaire, espérant lutter contre l'aménorrhée. Résultat négatif au point de vue thérapeutique, mais six ans après, dans la glande mammaire à l'endroit de la greffe, cette femme fit un cancer du sein. Ceci pose la question, au moins pour le cancer du sein, des relations entre l'ovaire et la glande mammaire et expliquerait peut-être pourquoi le cancer du sein est si rare chez l'homme, pourquoi, en trente ans de pratique, je n'ai jamais vu le cancer du sein survenir sur une seule des nombreuses femmes ayant subi la castration et comment les interventions chirurgicales préconisées dans le cancer du sein, sur les ovaires a pu donner, il y a quelques années, certaines espérances (Reynés, de Marseille).

Chez notre malade nous pratiquerons demain une opération de Willy-Meyer suivie, comme vous devrez toujours le faire d'un examen anatomo-pathologique de la tumeur et des ganglions pour avoir la certitude scientifique qu'il s'agit bien d'une tumeur maligne et non de ces cas exceptionnels de *tuberculose pseudo-néoplasique* signalés par Hartmann et d'Allaine et qu'on n'observe que chez des femmes très âgées (1).

(1) Lacassagne. *Paris Médical*, 1935.
(2) Mariau. Soc. médicale, Nice, 1911.

(1) Cette malade a été opérée sans incident. Elle a quitté l'hôpital ayant sa plaie complètement cicatrisée. Le laboratoire a confirmé le diagnostic d'épithélioma. (Dr Nadal).

ACTUALITÉS

Les enseignements du Congrès de Médecine

Le Congrès français de médecine vient de tenir à Paris, les 12, 13 et 14 octobre 1936, sous la présidence de M. le Professeur M. Labbé, sa XXIVe session.

Les rapports présentés étaient les suivants :

I. Concernant les **méningites aiguës curables** :

1° Méningites aiguës curables de l'adulte, par M. Roch (de Genève) ;

2° Méningites aiguës curables de l'enfant, par E. Lesné et Y. Boquien ;

3° La méningite tuberculeuse est-elle curable ? par R. Cruchet (de Bordeaux).

II. — Concernant les **syndromes parathyroïdiens** :

1° Du rôle des parathyroïdes dans la pathologie des os, par I. Snapper (d'Amsterdam) ;

2° La tétanie parathyréoprive, par L. Bérard et M. Henry (de Lyon) ;

3° Du rôle des glandes endocrines (parathyroïdes exceptées) dans la pathologie des os, par G. Coryn (de Bruxelles).

III. — Concernant les **médications du s mpathique** :

1° Les médicaments sympatholytiques, par Mlle J. Lévy et L. Justin-Besançon ;

2° Pysiothérapie du sympathique, par Ch. Wangermez (de Bordeaux) ;

3° Radiothérapie du sympathique, par J. Gouin et A. Bienvenue (de Brest) ;

4° Traitement médical des sympathalgie abdominales (pelvis excepté), par M. Laignel-Lavastine et R. Bonnard.

5° Traitement des endosympathoses d'origine non-endocrinienne, par E. May e H.-M. Gallot.

***

Le *Progrès Médical* m'a demandé de souligner les enseignements que nous apportent ces rapports. On trouvera ici et ailleurs, des résumés plus ou moins fidèles, on pourra en cas de besoin se reporter au texte intégral. J'ai noté ce qu suit en tâchant de respecter la pensée des auteur , mai j ai gardé toute liberté d'esprit quant au choix néces aire au milieu de l'énorme masse que constituent les trois volumes des rapports. Je me suis permis de procéder à certains regroupements. J'ai tâché à conserver une attitude critique. En bref, malgré que,

naturellement, j'aie presque au long cours cité les a i eurs eux-mêmes, on trouvera ici un texte qui échappera en partie, du moins je l'espère, à la sécheresse débilitante de l'analyse anonyme.

La Méningite lymphocytaire curable

Depuis une quinzaine d'années surtout (Roch), une nouvelle entité morbide s'est présentée à l'attention des médecins : la méningite lymphocytaire curable. D'elle on sait au fond peu de choses, sinon qu'elle se présente comme une atteint méningée aiguë, qu'elle donne à la rachicentèse un liquide généralement clair et très généralement lymphocytaire ou tout au moins très rapidement lymphocytaire, qu'enfin, elle est généralement bénigne encore qu'on ait observé (assez rarement) des séquelles et qu'on possède quelques protocoles d'autopsie.

Mais, en réalité, les critères de la maladie manquent un peu de solidité. On discute de sa nature et même pour certains de son existence. On sait eaucoup mieux ce qu'elle n'est pas que ce qu'elle est.

Elle offre, en tout cas, pour le praticien ce capital intérêt de prêter à l'erreur, pour qui la connaît mal ou n'est pas averti de son existence, avec la méningite tuberculeuse.

On devine de suite les désastreuses conséquences que déclenche cette erreur, tant pour l'entourage familial que pour le médecin.

C'est ainsi, qu'en 1930, à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, M. Roch et ses collaborateurs rapportaient qu'ayant conclu à l'existence d'une méningite tuberculeuse sur la foi en particulier de la lymphocytose rachidienne, et ayant prévenu la famille du sombre pronostic qu'entraînait cette conclusion, l'entourage fit appel à un sorcier du cru qui vint et remporta la palme de la victoire par le moyen d'un pigeon ouvert vivant et dont il coiffa le chef du patient. Le moyen est classique, mais l'on peut à bon droit douter de son efficacité. Il s'agissait d'une méningite lymphocytaire curable, ou mi ux bénigne.

Cette affection tous es médecins sont susceptibles de la rencontrer, dans leur pratique. La remarquable mise au point qui nous est présentée par M. Roch (de Genève), pour l'adulte, de E. Lesné et Y. Boquien, pour l'enfant, vient à son heure.

Nous allons, d'après ces deux rapports, esquisser le tableau clinique et biologique de la méningite lymphocytaire curable.

Puis nous verrons, en discutant de son diagnostic et de sa nature, comment on peut, à l'heure actuelle, au moins provisoirement, la situer sur le plan nosologique.

Du point de vue *historique*, il est possible qu'il faille attribuer à Quincke, la description princeps sous le nom de « méningite séreuse », expression qui a d'ailleurs, comme on le sait, pris depuis une tout autre signification. L'épidémie parisienne de 1910, observée par Laubry, Rist, Widal, Guillain, on discute de savoir s'il la faut accepter dans le cadre de la méningite lymphocytaire curable. Pour Roch, il l'en faut rejeter : il s'agissait de formes méningées de spirochétose de Inada et Ido. Des faits isolés, plus ou moins nettement identifiés, sont rapportés par divers auteurs jusque vers 1923.

Depuis cette date c'est, dans tous les pays, une floraison d'observations et de mémoires, de travaux expérimentaux aussi, concernant la méningite lymphocytaire bénigne. On trouvera dans le rapport de Roch, une revue générale des faits cliniques par pays d'origine, soit 138 travaux pour 25 pays.

***

Il est certain, qu'à l'heure actuelle, nombre d'observations ne sont pas publiées parce que les auteurs qui les observent, n'ayant rien de nouveau à dire à ce sujet, ne les sortent pas de leurs dossiers. La *fréquence* de la maladie est ainsi difficile à apprécier de façon exacte. On peut cependant dire qu'il ne s'agit pas d'une maladie rare. Lesné, dans son service de Trousseau, en voit plusieurs cas chaque anné .

Il s'agit d'une *maladie de l'enfance et de l'adolescence*. On la voit aussi chez l'adulte jeune. Mais, pratiquement, quoiqu'on l'ait observée à 5 mois et à 46 ans, on ne la rencontre, ni chez le nourrisson, ni chez l'adulte âgé, moins encore chez le vieillard.

Le *sexe masculin* est de beaucoup plus atteint, sans que personne ait donné l'explication de ce fait

La maladie est plus fréquente semble-t-il, à la *fin de l'été* et *à l'aut mne.*

Le *caractère contagieux* est suggéré, disent Lesné et Boquien, par l'éclosion explosive d'épidémies locales et par de petites épidémies familiales. Roch, de son côté, parle de « pandémie ».

Les *pays nordiques* semblent plus atteints.

Comme *causes prédisposantes*, on a invoqué (comme pour presque toutes les maladies et, à notre sens, sans beaucoup plus de preuves ici qu'ailleurs), la famine, les carences, l'insolation, les troubles intestinaux, les infections rhino-pharyngées, etc..

**

En ce qui concerne *le tableau clinique*, nous n'insisterons que sur les particularités, *au demeurant modestes*, d'un syndrome méningé (ou encéphaloméningé moins souvent) plutôt banal dans l'ensemble.

Le début est, en général, *brutal*, « et c'est là, un fait sur lequel tous les auteurs ont insisté, en en faisant un des plus sûrs critères différentiels vis-à-vis de la méningite tuberculeuse ; il est exact que cette règle souffre peu d'exceptions » (Lesné et Boquien). « Les prodromes sont exceptionnels et, lorsqu'il s'en manifeste, ils ne durent pas plus, d'un ou deux jours. Le début de l'affection méningitique est généralement très brusque et les signes méningés sont d'emblée accusés ».

Le syndrome méningé de la période d'état est banal, d'intensité moyenne dans l'ensemble. Notons que les paralysies des nerfs craniens sont très rares, que le psychisme est peu touché. Le malade n'est pas hostile en général. Les signes généraux, modestes, ne sont aucunement significatifs. L'herpès peut se voir.

La durée de la maladie est brève : une à quatre semaines, souvent une dizaine de jours. La convalescence est franche, les rechutes sont peu à redouter, les séquelles pas davantage.

Il faut enfin particulièrement insister sur le rôle thérapeutique de la rachicentèse : elle soulage immédiatement la céphalée, ce qui est banal, mais aussi « il est frappant, et cela survient souvent avec une telle régularité qu'il devient difficile de parler de coïncidence, de voir la chute thermique déclenchée ou amorcée » par elle.

Voilà le tableau clinique schématique. Il manque de signification. Quelques points négatifs : pas de prodromes, pas d'hostilité, pas de photophobie, pas de paralysies oculaires, pas d'évolution fâcheuse. Certes, il y a là un faisceau impressionnant. Mais il est souvent dissocié. Chacun des constituants peut céder la place à l'inverse, et l'on aura ainsi une série de formes cliniques qu'il serait ici fastidieux d'énumérer.

Si nous rappelons, pour mémoire, que des méningites également aiguës, également bénignes ou curables, peuvent réaliser, dans son entier, le tableau moyen de la méningite lymphocytaire curable et être, non pas primitives ou mieux cryptogénétiques, mais secondaires à des infections dûment cataloguées, on conviendra que les seuls critères cliniques sont notoirement insuffisants.

Il faut donc demander secours à l'examen du liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire (ou sous-occipitale), qu'il y a d'ailleurs, comme nous l'avons vu, intérêt à pratiquer, et au besoin itérativement, dans un but également thérapeutique.

***

Les caractères histo-chimiques du liquide céphalo-rachidien sont les suivants (nous ne citons ici que ceux qui sont la r gle et qui paraissent un peu spéciaux) :

— aspect eau de roche ;

— tension modérément augmentée : 30 à 40 au manomètre de Claude en position couchée

◆◆

— épreuve de Queckenstedt négative ;

— « *énorme leucocytose* ; il faut, en règle générale, se méfier du diagnostic de méningite lymphocytaire bénigne quand les leucocytes sont peu nombreux » (LESNÉ et BOQUIEN). Cette leucocytose qui est sans doute l'élément capital du syndrome biologique est *éminemment variable*, chez le même malade d'un examen à l'autre, et chez des malades différents. Pour fixer les idées sur ces deux points, disons que les chiffres courants sont de 300 à 500 leucocytes (mais on a signalé souvent plus de 5.000) ; que l'on a pu voir chez le même malade un jour trois leucocytes et le lendemain 70, ou un jour 136 et le lendemain 80 ; que l'on a pu enfin porter le diagnostic de méningite lymphocytaire curable chez des sujets dont les uns avaient 8 leucocytes et d'autres 5.600.

En règle, répétons-le, il y en a, vers le troisième jour, plus de 100.

Ils diminuent ensuite le plus souvent, et progressivement, en opposition avec ce que l'on observe au cas de pie-mérite bacillaire (WALGREN).

Il n'y a aucun rapport apparent entre l'intensité des réactions méningées cliniques et celle des réactions biologiques, mais cela n'a rien de particulier à l'affection qui nous occupe. Il s'agit là d'une loi constante de la pathologie générale des méninges, et même d'ailleurs de toutes les séreuses.

— *lymphocytose* : elle a donné son nom à l'affection.

En réalité, s'il est vrai, généralement, qu'à partir du cinquième jour, on trouve de la mononucléose, à majorité de lymphocytes, mais avec un certain nombre de monocytes, on trouve non moins généralement, au début, dans les tout premiers jours, de la polynucléose (à polynucléaires intacts) soit pure, soit dominante.

— *albuminose très modérée*, donc en règle *dissociation albumino-cytologique*, par exemple 0 gr. 50 pour 500 leucocytes :

— *glycorrachie et taux des chlorures sensiblement normaux* ;

— Bordet-Wassermann négatif, réactions colloïdales variables, mais peu significatives.

— bactériologie (selon les techniques courantes) négative.

***

Le pronostic de la méningite lymphocytaire curable telle que nous venons de l'envisager est, par définition excellent : guérison constante, sans rechute et sans séquelles.

Il y a des exceptions, qui concernent dans la règle des formes encéphalo-méningées.

On peut se demander s'il est bien indiqué de mettre dans le cadre d'une maladie bénigne des formes mortelles ou très graves. Etant donnée l'absence de critère étiologique chacun juge un peu selon ses préférences philosophiques, certains, devant un de ces « cas-frontières », l'admettant, d'autres le rejetant.

***

L'*anatomie pathologique* ne nous retiendra pas : on ne la connaît que mal, elle est peu significative, on n'est pas certain qu'elle corresponde bien à des cas authentiques.

En gros, on a signalé, comme lésions fondamentales, œdème et hyperémie, infiltration cellulaire à prédominance lymphocytaire.

***

Le diagnostic différentiel capital, et difficile, est à faire avec la méningite tuberculeuse. Voici ce qu'écrivent à ce propos LESNÉ et BOQUIEN : « En principe, dans la méningite tuberculeuse, on peut retrouver des antécédents tuberculeux dans l'entourage du malade, ou chez le malade lui-même (et pourtant la notion de contage est parfois extrêmement difficile à mettre en évidence comme l'ont montré Jules RENAULT, DEBRÉ et de nombreux pédiatres).

La période prodromique y est longue, et s'oppose à la brusquerie du début de la méningite lymphocytaire curable. C'est là peut-être le signe différentiel le plus important qui permet d'opposer les deux affections, et ce signe, dans nos cas personnels, ne s'est pour ainsi dire, jamais trouvé en défaut. Le tableau clinique est différent : l'hostilité du malade, les signes basilaires et bulbaires (paralysies oculaires, troubles de la respiration, modifications du pouls), l'amaigrissement, la torpeur sont des arguments importants en faveur de la méningite tuberculeuse. La cuti-réaction à la tuberculine brute et l'intradermo-réaction de Mantoux constituent des arguments sur l'importance desquels il est inutile d'insister, la négativité de ces réactions ayant une valeur pratiquement absolue pour éliminer le diagnostic de méningite tuberculeuse. La seule preuve positive absolue est la découverte du bacille de Koch dans le culot de centrifugation du liquide céphalo-rachidien : la recherche patiente du bacille est presque toujours couronnée de succès. Dans les cas où le liquide est paucibacillaire, l'inoculation au cobaye et l'ensemencement du liquide céphalo-rachidien sur milieu de Lœwenstein, viendront constamment fournir la preuve de l'étiologie tuberculeuse, le plus souvent d'ailleurs à un moment où l'évolution en aura déjà apporté confirmation ».

Mais, comme le soulignent les auteurs, seule la mise en évidence du bacille a une valeur absolue.

On ne fera donc en pratique le diagnostic de méningite lymphocytaire curable que *par élimination*, même si d'emblée on la soupçonne.

Il resterait encore à savoir, si elle est bien primitive et non « phanérogénétique » (ROCH), c'est-à-dire secondaire. ROCH cite un certain nombre de causes de méningite lymphocytaire bénigne. Certaines de ces causes sont des plus faciles à reconnaître, d'autres plus subtiles : ponction lombaire ; introduction de substances hétérogènes dans le canal rachidien ; réactions anaphylactique locale ou générale ou idiosyncrasique ; helminthiase, toxiques divers, auto-intoxications ; traumatisme, insolation, foyer infectieux de voisinage (*et tout particulièrement otite qui peut être latente*) ; agents habituels des méningites graves mais donnant lieu ici à une forme atténuée ; tuberculose pouvant déterminer des épisodes méningés curables. (ROCH ajoute d'ailleurs : « Il y a tant de causes qui peuvent provoquer des états méningés bénins et passagers que tous ceux qui se produisent chez les malades phtisiques ne doivent pas être, sans discussion, attribués à la tuberculose ». *Nous dirions, pour notre part, et nous y reviendrons, que la tuberculose méningée curable est tellement exceptionnelle, que son existence même est au moins problématique*) ; syphilis (en tout cas, les méningites hérédo-syphilitiques sont d'une très grande rareté) ; leptospiroses; maladie des jeunes porchers ; oreillons, zona, herpès, affections aiguës du système nerveux central, poliomyélite, encéphalite léthargique.

***

L'*étiologie* et la *pathogénie* de la méningite lymphocytaire curable autonome sont particulièrement obscures. La grande majorité des auteurs en fait une entité morbide, n'acceptant pas qu'elle puisse être la traduction de causes disparates. Ceci acquis on peut se demander si elle ne relève pas d'une cause déjà connue, bien homologuée, ou si, au contraire on doit incriminer un virus spécial qui n'a que le tort de ne pas être connu à l'heure actuelle.

ROCH croit à l'origine encéphalitique : « En sa faveur, on peut donner quelques arguments dont aucun, je le reconnais, n'a de valeur décisive : l'existence de phénomènes méningitiques accompagnant assez souvent les formes classiques de l'encéphalite et spécialement ses formes polynévritiques dites aussi formes basses ; la présence dans quelques cas — peu nombreux, il est vrai — de petits signes d'encéphalite chez des malades atteints de méningite cryptogénétique ; la succession dans le temps et le parallélisme d'évolution des deux epidémies »

LESNÉ et BOQUIEN réfutent ces différents arguments et rapportent des faits expérimentaux (KNAUER, LEVADITI, eux-mêmes) tout à fait contraires à cette opinion.

On a invoqué encore, pour expliquer *toutes* les méningites lymphocytaires curables, mais sans plus de succès, la polio-

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Biodynamique et radiations, par le Docteur Jules REGNAULT, 1936, 286 pages, 165 illustrations ; chez l'auteur, 14, rue Peiresc, Toulon. Prix : 40 francs.

Après avoir montré la relativité des sensations et la possibilité de tout ramener à des formules énergétiques, le Docteur Jules Regnault étudie les influences du magnétisme terrestre et de l'orientation, celles de la mise à la terre du sujet ou de telle ou telle partie de son corps, celles des vibrations mécaniques des corps, de la musique, de la lumière et des couleurs, des parfums, des radiations invisibles, des radiations astrales (solaires, lunaires, planétaires, telluriques) ; il y traite incidemment de l'art du sourcier et finit par un chapitre « Sur les frontières de la science et de la magie », laissant entrevoir quel travail reste à nos enfants et petits-enfants pour mettre au point de nombreuses questions controversées.

Au point de vue scientifique, cet ouvrage, se basant sur une physique élargie, dégage le plus possible la science de son absolutisme, la ramenant à la relativité des choses et des sujets : tout s'écoule dans le monde, rien n'est fixe.

Périodes de fécondité et de stérilité chez la femme (loi d'Ogino et de Knaus), par H. VIGNES et M. ROBEY. Un volume de la Collection médecine et chirurgie. Masson, éd., 1936, 14 francs.

La découverte de périodes de stérilité et d'une période de fécondité mensuelle chez la femme a été particulièrement importante du fait de l'intérêt pratique qu'elle présente : l'existence de période de stérilité permet de recourir à la prophylaxie anticonceptionnelle dans les cas où celle-ci est estimée nécessaire pour cause de santé ou pour des motifs économiques, esthétiques ou psychologiques ; l'existence d'une période de fécondité assure le maximum de chance de procréation aux ménages sans enfant qui l'utilisent. Ces notions, loin d'être nouvelles, ont été traitées en de multiples ouvrages. Mais nombre de ceux-ci sont des livres de vulgarisation dépourvus de toute compétence scientifique, d'autres ne peuvent tenir compte d'expériences physiologiques ou de données biologiques trop récentes et une mise au point de la question est apparue nécessaire. Henri Vignes et Robey ont cherché à faire bénéficier le lecteur de l'enseignement que leur a fourni une pratique considérable et à exposer brièvement les modifications qu'il jugeait opportunes d'apporter à la technique de la méthode d'Ogino et de Knaus. Ils ont tenu à préciser quelles réserves doivent être formulées.

Quels sont la durée de vie de l'ovule, quelle est la durée du pouvoir fécondant du spermatozoïde, quelle est la date de l'ovulation, quelle est la méthode d'Ogino et de Knaus et quelles sont les critiques qu'elle appelle, voilà le principales questions que l'on trouve exposées dans ce petit livre.

Divers

Le vrai visage de Rétif de la Bretonne, par A. TABARANT. Un volume in-16 de 520 pages. Prix : 24 francs. Editions Montaigne. Fernand Aubier, éditeur, 13 quai de Conti, Paris (VIe).

« Va-t-on connaître enfin l'étonnant Rétif de la Bretonne ? Un coloris délavé ternit tous les portraits qu'on a tracés de lui jusqu'ici. » C'est ainsi que M. Tabarant ouvre le préambule de son vaste ouvrage. Depuis longtemps on souhaitait qu'une critique sûre et hardie situât définitivement Rétif de la Bretonne dans l'histoire des lettres et des mœurs au dix-huitième siècle. Si l'on avait beaucoup écrit sur lui, c'était tantôt sans le bien connaître, tantôt sans oser le raconter tout entier. Il rebutait l'analyste par l'extrême étendue de son œuvre, où le fatras abonde ; il effrayait le biographe par le dérèglement de sa vie et le fond licencieux de ses plus personnels récits. Aussi tous les ouvrages qui lui avaient été consacrés ajoutaient-ils à l'insuffisance de l'information une timidité qui ne pouvait échapper à la fadeur. C'était d'autant plus fâcheux que, de tous les écrivains de son temps, Rétif est le plus diversement pittoresque, et que, sans lui, mille aspects de la seconde moitié du dix-huitième siècle ne seraient pas reconstituables pour nous. Il appartenait à Adolphe Tabarant, si renseigné sur cette époque et à qui sont familiers les moindres traits de Rétif, de réaliser l'œuvre historique et critique tant attendue. Le vrai visage de Rétif de la Bretonne est le livre le plus complet, bourré de documents nouveaux, qu'on ait écrit sur ce curieux personnage et sur son œuvre. « Je connais mon Rétif, sans âme et sa peau », déclare M. Tabarant, qui ajoute : « Je vais le mettre à nu sans précautions de décence. Je n'ai pas peur des mots. L'incongruïté des faits n'est pas pour m'émouvoir... Je ne rassurerai point l'inquiétude pudibonde en faisant le sacrifice de la vérité. » Et, certes, un tel avertissement n'était pas inutile. Le vrai visage de Rétif de la Bretonne étant sans réticence aucune en sa tumultueuse animation anecdotique. Mais, en ces 500 pages compactes, quel intérêt passionnant, toujours soutenu !

Mesmer et son secret, par le Docteur Jean VINCHON. Un vol. in-4° de 130 pages avec illustrations. Prix : 25 francs. Legrand, édit., 93, boulevard Saint-Germain.

Les articles du Docteur Jean Vinchon publiés dans *la Médecine internationale* au cours des années 1934-35-36, paraissent aujourd'hui réunis en volume. L'auteur a reconstitué dans son livre la vie étrange de Mesmer, véritable roman d'aventures. Il a montré l'apôtre du magnétisme partant des bords du lac de Constance pour venir terminer ses études à Vienne et s'y établir.

Après la vogue du début, Mesmer subit les premières attaques et toute sa vie se déroulera au milieu d'alternatives semblables.

Le thaumaturge sera soutenu contre les découragements succédant aux échecs par une foi indiscutable, basée sur l'enseignement secret des cercles d'Illuminés. Les documents sur ces cercles sont rares. L'auteur s'est efforcé néanmoins d'en évoquer les doctrines, l'atmosphère et de préciser leurs rapports avec les autres sociétés secrètes. Il a pu, grâce à des sources peu connues, expliquer les relations de Mesmer avec les milieux scientifiques et mondains et surtout l'intervention de la reine en sa faveur. Après le succès à Paris, Mesmer subit de nouvelles attaques, échoua quand il voulut faire reconnaître sa doctrine par la Faculté et le compagnies savantes et quitta Paris comme il avait quitté Vienne. Il finit, après des péripéties diverses, comme des voyages à Paris pendant la Terreur, par mourir dans le voisinage du bourg où il était né, aux bords du lac de Constance. Mesmer détenait-il un secret pour obtenir des guérisons appris dans les cercles d'Illuminés ? Quelle était la nature de ce secret ? L'auteur tente de résoudre ces énigmes dans le dernier chapitre de son livre.

Histoire de la politique extérieure de la France (806-1936), par Louis-Paul DESCHANEL. Préface de Wladimir d'ORMESSON. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque Historique* : 24 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

M. Louis-Paul Deschanel n'a pas eu la prétention d'écrire un manuel à l'usage des diplomates. Son ouvrage, quoique très solidement documenté, n'est pas une œuvre d'érudition. Le dessein de l'auteur est à la fois plus modeste et plus ambitieux : le passé, le fait en soi ne lui semblent intéressants qu'autant qu'ils nous permettent de comprendre le présent, de préparer l'avenir.

Dans la préface qu'il a faite pour cet ouvrage, M. Wladimir d'Ormesson écrit : « En vain voudrait-on s'opposer aux lois de la pesanteur. Il y a aussi des lois de pesanteur dans la politique extérieure d'une nation ». Ce sont ces lois inéluctables de notre diplomatie que M. Louis-Paul Deschanel veut dégager nettement au milieu de la complication des évènements. En effet, il ne s'adresse pas seulement aux spécialistes : il écarte tout ce qui n'est pas essentiel à ce sujet, tout ce qui pourrait rendre trop aride la lecture de son livre, pour faire un ouvrage clair, rapide, accessible à tous, même aux non initiés. Ecrit dans une langue pure et précise, volontairement dépouillé de tout dogmatisme pour aller droit à son but, cet ouvrage facilite à chacun la compréhension des grandes traditions de notre politique extérieure, permet à tous les Français de devenir les auxiliaires intelligents de nos diplomates.

C'est une vaste synthèse qui commence à l'origine même de notre histoire, au jour où se séparent — pour bientôt se dresser les uns contre les autres — Francs et Germains, et ne se termine qu'au dernier coup de force allemand du 7 mars 1936, qui encore une fois a mis en péril la sécurité française et la paix européenne. En effet — et l'auteur insiste sur ce point — si la France a vécu c'est qu'elle a voulu vivre, c'est que ses habitants étaient unis par ce lien moral qui s'appelle la nation, qui leur a donné la force de résister à l'ennemi qui voulait conquérir notre territoire. C'est cette lutte nationale qui domine notre histoire : en intitulant son dernier chapitre — qui traite de la période 1914-1936, — « Victoire ou épisode ? » l'auteur nous laisse bien entendre qu'il ne nous croit pas dégagés de cette menace.

Mais s'il nous fait voir le danger, M. Louis-Paul Deschanel nous signale — avec une rare impartialité — les remèdes employés par les grands artisans de notre diplomatie. Au moment où un lourd malaise pèse sur l'Europe, où les peuples inquiets cherchent partout leur voie, l'auteur dégagent clairement la tradition de notre politique extérieure, en suit la continuité logique qui a fait la grandeur de la France.

Revue d'Histoire littéraire de la France. Ab. France : 55 francs. Librairie Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris.

Sommaire du n° d'avril-juin 1936 :

I. E.-B. ABBOTT. Robineau, dit de Beaunoir, et les petits théâtres du XVIIIe siècle (*suite*). — Bibliographie : Œuvres de Robineau, dit de Beaunoir. — Alfred COBBAN et R.-S. ELMES. A disciple of Jean-Jacques Rousseau : The Comte d'Antraigues. — M. EDELMAN. La vogue de François Villon en France, de 1828 à 1873.

II. MÉLANGES. — Une vingtaine de lettres inédites (*suite et fin*) (RICHMOND, LAURIN HAWKINS). — An Itaian correspondence of Valentin Con art (HARCOURT BROWN). — La Fontaine et l'âme des bêtes (*seconde étude*) (Henri BUSSON). — Supplément à la Bibliographie des ouvrages du Baron d'Holbach, publiée par D. MORNET (J. LOUGH). — Pousset de Montauban et Victor Hugo (F.-J. TANQUEREY). — Sur quelques passages des « Mages » (Henri JACOUBET). — Sur une lettre de Dumas fils (Gustave CHARLIER).

III. COMPTES RENDUS. — Frédéric LACHÈVRE : La première utopie française, le Royaume d'Antangil (D. MORNET). — Joseph Vianey : Les épîtres de Marot (P. JOURDA). — Henri-L. BRUGMANS : Le séjour de Christian Huyghens à Paris et ses relations avec les milieux scientifiques français (D. MORNET). — La Fontaine : Fables. Texte établi et présenté par Ferdinand COHIN (D. MORNET). — DIDEROT : Supplément au voyage de Bougainville (D. MORNET). — Paul CHAPONNIÈRE : Voltaire chez les calvinistes (D. MORNET). — Annales de la Société Jean-Jacques Rousseau (E. CARCASSONNE). — W.-H. WICKWAR : Baron d'Holbach, A prelude to the French Revolution (J. LOUGH). — HAVELOCK-ELLIS : From Rousseau to Proust (Albert SCHINZ). — Edith-K. CUMINGS : The literary development of the romantic fairy tale in France (D. MORNET). — Bernard BOUVIER : La jeunesse de H.-F. Amiel (D. MORNET). — N. SERBAN : Un frère de Pierre Loti : Gustave Viaud (D. MORNET). — DOROTHY KNOWLES : La réaction idéaliste au théâtre depuis 1890 (M. FUCHS). — Mélanges de littérature, philologie et histoire, offerts à M. Louis ARNOULD par ses élèves et ses amis (R. LEBÈGUE).

VI. INFORMATIONS

myélite, la grippe (?), *voire même, ce qui est proprement incroyable, la ba illose...*

La théorie la plus vraisemblable est encore celle du virus filtrant spécial, et, déjà, de divers côtés, l'expérimentation a donné dans ce sens des résultats, d'ailleurs plutôt « encourageants » que décisifs. On sait quelle difficulté présente cette expérimentation, à quelles erreurs elle est exposée, combien il faut être exigeant à son égard.

***

La *thérapeutique* sera simple, d'autant que par définition il s'agit d'une maladie qui guérit. Nous n'insistons pas sur les médications symptomatiques, ni sur les différentes médications dites « anti-infectieuses » dont on aura garde d'abuser. Rappelons le capital intérêt *thérapeutique* de la soustraction, au besoin répétée, du liquide céphalo-rachidien

La méningite tuberculeuse est-elle curable ?

C'est au Professeur CRUCHET (de Bordeaux) qu'est échu le redoutable pensum que constitue un rapport sur cette question.

« J'ai ouvert, écrit-il, une très large enquête et interrogé les auteurs les plus réputés et compétents de l'ancien et du nouveau monde. Leur réponse, à une écrasante majorité, est que la méningite tuberculeuse est incurable. Les cas de guérison existent ; mais ils sont si rares, que l'on se demande, comme WHYTT ou CADET DE GASSICOURT, s'il ne s'agit pas le plus souvent d'une erreur.

Je crois que la force de la tradition joue ici un rôle fâcheux. Les médecins restent inféodés au tableau clinique d'une méningite tuberculeuse arrivée au terme de son évolution : jugeant sur des signes relevés sur un sujet moribond, il est naturel qu'ils les considèrent comme non susceptibles d'amélioration, à plus forte raison de guérison. Mais leur façon de voir est-elle à l'abri de toute critique ? Je ne le pense pas ».

Nous ne suivrons pas l'auteur dans sa critique des critères biologiques de la méningite tuberculeuse. *Il est bien certain que seule la mise en évidence du bacille tuberculeux permet d'affirmer que la méningite est tuberculeuse.* Encore faut-il être sûr qu'il s'agisse bien d'un bacille tuberculeux authentique et non d'un simple acido-résistant comme dans le cas classique de RIST et BOUDET, *et enfin que ce bacille tuberculeux est bien pathogène.*

Il est bien évident que, si l'on exige ces conditions, on peut dire, avec R. DEBRÉ, non seulement n'avoir pas vu guérir de cas de méningite tuberculeuse, mais encore « n'avoir lu dans la littérature aucune observation valable de méningite tuberculeuse guérie ».

Cependant, Mme JOUSSET, dans sa thèse (1935, Paris) admet 72 cas guéris spontanément et 15 cas guéris par l'allergine.

On trouve évidemment de très nombreux cas de « méningisme », « réaction méningée curable », « épisode méningé », plus ou moins impressionnants, évoluant chez des bacillaires, et ayant guéri, spontanément ou sous l'action de thérapeutiques diverses (allergine, radiothérapie [BOKAY], ponctions lombaires en série, injections « modificatrices » diverses, trépanation, etc.).

On trouve aussi des cas de guérison où la nature tuberculeuse fut affirmée parce qu'on avait décelé le soi-disant virus filtrable, qui en est encore à produire les preuves irréfutables de sa propre existence.

En réalité, si l'on veut bien demeurer sur le terrain solide des faits, et ne pas admettre la bacillose sans son bacille, à rechercher (par l'examen direct, la culture sur milieu de Lœwenstein, l'inoculation au cobaye) et à identifier, humain ou bovin, sous sa forme bacillaire, acido-résistante et pathogène selon des modes non hypothétiques, on ne doit parler de méningite tuberculeuse que lorsque l'on a décelé le bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien. On le trouve dans 8 cas sur 10 à l'examen direct (il reste à l'identifier). On le trouve toujours par la culture et par l'inoculation. Il faut savoir seulement que, s'il y a peu de bacilles, il faut conserver longtemps le tubes à l'étuve, et les cobayes dans leur cage d'observation.

Quand on est certain qu'il s'agit d'une méningite tuberculeuse on a établi en pratique un arrêt de mort.

Il en était de même, jusqu'à ces tout derniers temps quand il s'agissait d'une maladie d'Addison. Il n'est pas défendu d'espérer que, là comme ici, l'avenir proche nous apportera une thérapeutique efficace.

En attendant, tout est permis comme essai dans une maladie dont le pronostic est aussi résolument effroyable, et contre laquelle, il faut bien le dire, nous n'avons actuellement aucune médication réellement active.

Et surtout, on peut, en tout cas, faire de la *prophylaxie*. Il n'y a de bacilles que dans l'entourage immédiat des tuberculeux. La tuberculose doit tout à la contagion et rien à l'hérédité. La tuberculose est une « maladie essentiellement locale et qui tend à se localiser » (CHAUSSÉ). Voilà autant d'aphorismes, je n'ose dire de slogans, qui doivent inspirer la conduite prophylactique.

Rapports entre les parathyroïdes et le squelette

En 1880, SANDSTRÖM décrivit les parathyroïdes externes, appelées maintenant inférieures. En 1895, KOHN découvrit les supérieures. Mais le rôle de ces minuscules glandules devait longtemps demeurer problématique ou mystérieux. Ce n'est qu'après les recherches de GLEY, MOUSSU, VASSALE et GENERALI, ERDHEIM, ... qu'on leur accorde un rôle important et spécifique : l'ablation des parathyroïdes détermine la tétanie parathyréoprive. En 1890, MAC CALLUM et VŒGTLIN montrent que la parathyroïdectomie détermine une baisse de la calcémie. On étudie à fond le syndrome d'hypoparathyroïdie. La découverte des extraits parathyroïdiens actifs, celui de Collip en particulier, permet de fermer le cycle, en apportant une preuve formelle du rôle éminent des parathyroïdes dans le maintien de l'équilibre calcique.

En 1901, VON RECKLINGHAUSEN publie une étude anatomique sur l'ostéite fibreuse, l'ostéite déformante, l'ostéomalacie et le carcinome ostéoplastique, et dans cette étude deux cas émergent d'une nouvelle et curieuse maladie ostéoporotique différente de l'ostéomalacie typique, et méritant le nom d'ostéite fibro-kystique.

Dans les protocoles de Recklinghausen lui-même, dans une observation d'ASKANAZY (1903), on trouve relation plus ou moins nette, et d'ailleurs incidemment, de l'existence d'un adénome parathyroïdien.

Dès 1907, ERDHEIM, dans une série de remarquables travaux, s'attache à mettre en vedette les relations étroites entre différentes malacies du squelette et l'existence d'un adénome parathyroïdien, *mais il pense que cet adénome est une réaction seconde.*

En 1915, un autre viennois, SCHLAGENHAUFER propose, pour influencer une maladie de Recklinghausen, l'extirpation de l'adénome parathyroïdien. Il fait scandale, tant on demeure attaché à l'opinion d'ERDHEIM.

En 1926, MANDL intervient d'abord selon la conception d'Erdheim et, logique, greffe trois parathyroïdes (obtenues par l'autopsie précoce d'un accidenté) à son malade. Résultat nul. Mandl alors se décide à faire l'inverse. Il cherche l'adénome parathyroïdien. Il le trouve. Il l'enlève. Le résultat est magnifique, rapide, éclatant, « véritable résurrection ».

Comme l'écrit SNAPPER, « les cliniciens et chirurgiens du monde entier ont vérifié ce résultat. On connaît maintenant plus de 130 cas dans lesquels l'ablation d'une tumeur parathyroïdienne a fait disparaître les symptômes de la maladie de Recklinghausen. Ainsi on ne peut plus douter qu'une tumeur parathyroïdienne puisse causer les symptômes de cette maladie ».

Ce qui est primitif, c'est l'altération de la fonction parathyroïdienne, dans le sens de l'hyperparathyroïdie qui détermine une décalcification du squelette. La réaction fibreuse des os est secondaire et correspond à une phase tardive. Ce n'est donc pas assez de dire « ostéose parathyroïdienne » (LIÈVRE) plu-

tôt qu'ostéite. On doit à l'heure actuelle faire le diagnostic d'hyperparathyroïdie, avec ou sans signes osseux manifestes.

Expérimentalement, on a reproduit l'ostéite fibreuse généralisée en injectant à des animaux jeunes de fortes doses de parathormone.

Cependant, la théorie d'Erdheim, par un juste retour des choses, comme il est fréquent, n'est pas ruinée : dans plusieurs maladies du squelette une hyperplasie des parathyroïdes peut se développer à la suite de la décalcification osseuse.

***

L'ostéite fibreuse, sur laquelle, en anatomiste, Recklinghausen avait insisté, ne suffit aucunement à définir la maladie qui porte son nom. Ce n'est qu'un symptôme histologique qui se développe après une décalcification du squelette quelle qu'en soit l'origine. Cependant l'ostéite fibreuse de la maladie de Recklinghausen se caractérise d'une part, en ce qu'elle est la suite d'une décalcification due à l'hyperfonctionnement des ostéoclastes, et, d'autre part, en ce qu'elle frappe tous les os du squelette.

Dans l'état actuel de l'art, le diagnostic de la maladie de Recklinghausen se fonde d'une part sur la tétrade classique :

1° Douleurs osseuses intenses ;
2° Ostéite fibreuse atteignant tout le squelette ;
3° Décalcification et ramollissement accentué du squelette avec fractures spontanées et déformations ;
4° Présence fréquente de tumeurs à myéloplaxes (1) (ostéoclastomes et kystes) ;
Et, d'autre part, sur les symptômes suivants :
5° Adénome parathyroïdien ;
6° Hypercalcémie et hypophosphatémie ;
7° Hypercalciurie et hyperphosphaturie ;
8° Augmentation des phosphatases sériques ;
9° Fréquence des calculs rénaux bilatéraux.

C'est l'adénome (ou peut-être parfois la simple hyperplasie parathyroïdienne) parathyroïdien qui, nous l'avons dit, est responsable des accidents. La cause de cet adénome lui-même nous échappe, comme d'ailleurs celle des adénomes en général.

L'hyperparathyroïdie met l'organisme en bilan calcique négatif, c'est-à-dire que, chaque jour, il y a issue de plus de chaux qu'il n'en est ingérée. Cette chaux est éliminée surtout par les fèces et par les urines. Elle est puisée dans les réserves de l'organisme, c'est-à-dire dans le squelette. On voit déjà qu'il en résulte : appauvrissement du calcium osseux, surcharge des humeurs et particulièrement du sang en calcium, surcharge des tissus, surcharge des urines.

La surcharge des tissus favorise la précipitation calcique *in situ*. Elle se fait surtout dans les poumons, dans la muqueuse de l'estomac, dans les reins. Dans ces derniers, elle est fort gênante. *Chez un tiers des sujets atteints de maladie de Recklinghausen, existent des calculs de phosphate de chaux dans le bassinet.* Nombreux sont ceux qui, isolément ou associée aux calculs, présentent de l'infiltration calcaire du parenchyme rénal, conduisant à la néphrite chronique avec insuffisance rénale grave.

Le syndrome biochimique sera donc toujours recherché avec soin. De même la présence de calculs rénaux.

L'*examen radiologique* est indispensable : il peut montrer très tôt des altérations osseuses *généralisées*. La corticale est amincie, la couche compacte réduite parfois à un liseré marginal mince de *structure irrégulière*. Les canaux de Havers sont dilatés de sorte que l'image radiologique de la corticale devient floue, donnant une impression de vermoulu. Toute l'image du squelette est nébuleuse. Des fractures spontanées causent des raccourcissements et des déformations importantes. C'est la décalcification générale et l'ostéoporose qui importent. Les kystes et les tumeurs à myéloplaxes ne sont pas d'une importance essentielle.

L'examen du crâne montre souvent un aspect dit « pagétoïde » ce qui a favorisé quelques confusions bien faciles à éviter.

Enfin, signalons que, alors que l'hypoparathyroïdie détermine de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, l'hyperparathyroïdie détermine l'inverse, souvent appréciable cliniquement, décelée en tout état de cause par les examens électriques (chronaxies).

***

Quelques *diagnostics différentiels* valent, plus ou moins, d'être envisagés, d'après Snapper :

I. *La maladie de Paget* sur laquelle nous n'insistons pas. Elle est bien connue et de diagnostic facile. Cependant, certains y ont recherché la présence d'un adénome parathyroïdien bien qu'on n'en observe jamais les signes biochimiques. On ne l'a jamais trouvé. Qui plus est, la médication par la parathormone calme souvent les douleurs pagétiques.

II. *Les myélomes multiples* sont caractérisés, on le sait, par la triade classique (Kahler) :
— douleurs osseuses et fractures spontanées ;
— albuminurie de Bence-Jones ;
— cachexie progressive.

Radiologiquement, on observe, dans les cas typiques, des lacunes rondes des os qui, surtout dans le crâne, ne trompent guère. De plus, les proliférations myélomateuses donnent lieu à des images radiologiques caractéristiques dans les vertèbres, dans le bassin, dans les côtes. Mais on peut observer une décalcification généralisée...

Biologiquement, souvent hyperprotéinémie avec forte hyperglobulinémie, parfois hypercalcémie (mais alors phosphatémie et phosphatasémie normales).

La constatation anatomique d'un adénome parathyroïdien (réactionnel) est tout à fait exceptionnelle (un cas de Barr).

III. *Carcinomatose généralisée du squelette.* — A son sujet, Snapper s'exprime ainsi : « une carcinomatose peut s'accompagner d'hypercalcémie, mais dans ces cas, il n'y a d'habitude ni hypophosphatémie, ni augmentation des phosphatases sanguines. Tout de même, il y a des cas où le diagnostic différentiel offre des difficultés considérables. Il existe des cas remarquables où la dissémination d'une tumeur maligne dans le squelette s'accompagne d'une hyperplasie secondaire des parathyroïdes ».

IV. *Hyperthyroïdie, ostéoporose thyréogène* : « De temps en temps, on trouve dans l'hyperthyroïdie, une atrophie si prononcée du squelette qu'une confusion avec une hyperparathyroïdie semble possible... Le diagnostic différentiel... n'est pas difficile. Dans l'hyperthyroïdie, il existe une atrophie régulière de la corticale de sorte qu'à la longue celle-ci devient linéaire... les kystes et les tumeurs brunes manquent toujours ». De plus, absence du syndrome biochimique et existence des signes d'hyperthyroïdie.

V. *Xanthomatose généralisée osseuse* (maladie de Schüller-Christian). Quand il existe des xanthomes des os longs l'image radiographique en impose pour l'existence de kystes osseux. Mais, en négligeant même les signes classiques de la maladie de Schüller-Christian (trous ronds multiples dans les os craniens, exophtalmie souvent bilatérale, diabète insipide, ...) on note une capitale différence : il ne s'agit pas d'une altération vraiment généralisée du squelette. Là où il n'y a pas de xanthome, la corticale est tout à fait normale. Enfin, les symptômes biochimiques d'hyperparathyroïdie sont absents. Signalons qu'en contre-partie, dans les cas de xanthomatose généralisée osseuse l'hypercholestérolémie est généralement faible.

---

(1) Tumeurs brunes, décrites à tort par Recklinghausen comme sarcomes, composées de nids d'ostéoclastes ou cellules géantes. Les dimensions de ces tumeurs varient depuis celles de conglomérations microscopiques de cellules géantes jusqu'à celles d'une tête d'enfant. La couleur brune est expliquée par la charge en dérivés de l'hémoglobine phagocytés par les ostéoclastes. Les tumeurs brunes sont particulièrement fréquentes aux maxillaires et auzygomatique.

VI. *Urémie chronique avec hyperphosphatémie* : SNAPPER entend envisager ici le *rachitisme rénal*. Dans ces cas, une forte ostéoporose peut se développer. On truove de l'hypocalcémie avec forte augmentation des phosphates inorganiques sanguins. Donc, diagnostic facile. Cependant, on trouve parfois de l'hyperphosphatasémie, et, à l'autopsie d'un cas de rachitisme rénal, on a noté de l'hyperplasie de toutes les parathyroïdes.

***

Quand on a fait le diagnostic de maladie de Recklinghausen (hyperparathyroïdie par adénome parathyroïdien ayant plus ou moins retenti sur l'état du squelette), il faut intervenir chirurgicalement.

L'opération de l'adénome n'est pas toujours dépourvue de difficultés. Il peut y en avoir deux ou plus, et il faut les rechercher et enlever tous pour obtenir la guérison. Il peut s'agir d'un adénome développé aux dépens d'une parathyroïde aberrante.

Quand on ne trouve pas d'adénome parathyroïdien, il ne faut jamais enlever une ou deux parathyroïdes normales. On ne guérit pas ainsi son malade et si, ultérieurement, on enlève l'adénome, on peut alors voir survenir une tétanie mortelle parce qu'il n'existera plus de tissu parathyroïdien.

Après l'intervention, on observe une amélioration surprenante allant jusqu'à la guérison clinique durable (un cas de Snapper est observé depuis sept ans). Le bilan calcique devient positif et tous les symptômes biochimiques disparaissent.

Après l'opération, on observe souvent une oligurie et une tétanie passagère parce que :

— la formation de l'adénome a causé une atrophie des autres parathyroïdes. Après l'ablation de l'adénome, l'organisme reste donc pendant quelques semaines dans une hypoparathyroïdie relative ;

— l'absorption avide du calcium par le squelette détermine une hypocalcémie post-opératoire.

Il faut donc pour parer à ces accidents, donner du calcium et même, si besoin est, administrer de la parathormone qui freine la brutalité du courant calcique vers la réserve osseuse.

***

Nous avons, chemin faisant, fait allusion à certains faits cliniques (carcinomatose généralisée par exemple), comme dans le cas classique de Klemperer, ou celui tout récent d'E. Bernard), où il existait un adénome parathyroïdien manifestement secondaire, conformément aux idées d'Erdheim.

D'ailleurs les observations et les résultats expérimentaux de cet auteur sont hors du conteste.

Manque de soleil et manque de calcium, isolément ou associés, peuvent déterminer la décalcification du squelette avec hyperplasie des parathyroïdes comme l'ont surabondamment vérifié de nombreux auteurs.

A côté de cette influence certaine de la *carence en vitamines D et en rayons ultra-violets*, il faut citer celle de la *dérivation prolongée de la bile*.

Dans ces conditions, il se produirait une déperdition alcaline importante mettant l'organisme en état d'acidose laquelle à son tour entraînerait la décalcification. L'ostéoporose ainsi obtenue (déjà vue par DOYON en 1900 et PAWLOW, en 1905) s'accompagne d'une hyperplasie importante des parathyroïdes (LŒWY, LERICHE et JUNG).

Ainsi quelques cas cliniques très exceptionnels, certains faits expérimentaux très certains, viennent témoigner de la justesse des vues d'Erdheim : l'hyperfonctionnement parathyroïdien peut être secondaire à la décalcification du squelette.

Mais, en ce qui concerne la maladie de Recklinghausen, la chose est jugée sans conteste : l'adénome parathyroïdien est primitif. Nous sommes armés pour en faire le diagnostic. Il faut y penser tôt : devant un malade qui accuse des douleurs osseuses violentes, devant un néphrétique, devant un « digestif » qui ne fait pas sa preuve. Il est simple de recourir à la radiographie et de rechercher les stigmates biochimiques (1). Le diagnostic fait un geste s'impose : l'intervention chirurgicale. Nous en avons dit les merveilleux résultats.

Le traitement de la tétanie parathyréoprive

Nous préférons n'envisager ici que le chapitre du traitement de la tétanie parathyréoprive.

Certes, le rapport de L. BÉRARD et M. HENRY envisage la question de la tétanie dans son ensemble et la traite fort bien et à fond. Mais on a déjà tant d'excellents ouvrages sur la tétanie, son aspect clinique est si bien connu, sa pathogénie demeure toujours tellement incertaine sans changer la couleur de ses incertitudes (hypocalcémie, hyperphosphorémie, perturbations de l'équilibre acido-basique dans le sens de l'alcalose, intoxication par la guanidine et les corps voisins) qu'il nous a paru inutile de répéter ici à nouveau ce que tout le monde sait déjà.

En ce qui concerne *la prophylaxie* de la tétanie post-opératoire, les auteurs, après avoir minutieusement étudié les occurrences et en chacune envisagé les dangers de lésion des parathyroïdes, après avoir conseillé les techniques les plus sûrement inoffensives de ce point de vue, en arrivent à conclure : dans la chirurgie de l'hyperparathyroïdie manifeste et massive (maladie de Recklinghausen), on évitera toujours les accidents graves ou mortels en se bornant à ne rechercher et à n'enlever que l'adénome sans s'occuper, sinon pour les respecter, des glandes saines. Les tétanies observées se réduiront alors à des troubles légers, transitoires et toujours facilement curables.

Dans les parathyroïdectomies pour rhumatisme, sclérodermie, artérite, etc., l'unilatéralité de l'intervention (à gauche de préférence ce qui permet d'éviter plus sûrement le récurrent) peut, dans tous les cas, permettre d'éviter à coup sûr (même si deux glandules sont enlevées), le moindre trouble de tétanie.

***

En ce qui concerne *le traitement*, les auteurs décrivent d'abord les méthodes proposées qui ont essentiellement pour but : *soit de suppléer à la déficience des sécrétions parathyroïdiennes* ;

soit de remédier aux troubles du métabolisme calcique.

a) *Les greffes parathyroïdiennes.*

La méthode est possible expérimntalement et chez l'homme. On peut avoir recours à l'hétéro-greffe (appareil thyro-parathyroïdien de cheval) : quelques succès éclatants et de nombreux échecs ; à l'homogreffe qui a à son actif quelques faits positifs ; à l'autogreffe surtout (LAHEY, CRILE) qui consiste en réimplantation chez le même sujet des parathyroïdes découvertes sur la pièce opératoire systématiquement examinée.

Les difficultés opératoires ne sont pas à sous-estimer. Les résultats, par contre, sont des plus aléatoires dans l'ensemble.

Enfin, il faut noter que si le sujet récepteur présente une insuffisance massive et très marquée, la greffe sera vouée à un échec du fait de son épuisement rapide (LERICHE). Par contre, une insuffisance modérée crée des conditions favorables.

Mais, dans ce cas d'une insuffisance modérée, on a des moyens médicaux simples et fidèles et, en résumé, la méthode a peu d'indications formelles.

b) *Opothérapie.*

En 1925, COLLIP put aboutir à une préparation d'extrait parathyroïdien extrêmement efficace (parathormone) dont l'activité a été vérifiée en clinique et en expérimentation.

Une unité Collip correspond au 1/100 de la dose nécessaire pour élever de 5 milligr. pou 100 c. c. de sang en 15 heures, la calcémie d'un chien de 20 kgr.

(1) Il est des phases peu évolutives où on peut trouver des chiffres de calcémie sensiblement normaux.

L'administration se fait surtout par voie sous-cutanée, plus rarement *per os*, exceptionnellement par voie endo-veineuse.

Son action en clinique humaine est « efficace et précieuse ». Son emploi présente cependant deux inconvénients : en premier lieu, les effets ne sont que passagers (comme chaque fois qu'il s'agit d'une opothérapie substitutive), en deuxième lieu son prix de revient est encore considérable.

C'est surtout un médicament d'urgence. Dans certains cas, malgré l'administration massive de calcium, on ne peut réaliser l'équilibre sanguin nécessaire. La parathorme le peut faire, soit en puisant temporairement dans la réserve osseuse, soit, comme nous le disions précédemment, en freinant la rapidité du courant calcique vers les os à la suite de l'ablation d'un adénome parathyroïdien ;

c) *La réactivation chirurgicale des parathyroïdes* ne semble pas à envisager dans la tétanie post-opératoire, mais s'applique essentiellement à la tétanie infantile, dans ses variétés graves.

L'intervention se propose d'accroître l'activité physiologique des glandes parathyroïdes en modifiant leur vascularisation. Leriche et ses élèves ont, dans ce but, pratiqué la sympathectomie cervicale unilatérale, limitée à la partie moyenne de la chaîne. Dans un cas au moins de Jung et Mathis, il semble que le résultat ait été très bon.

Comme le disent excellemment Bérard et Henry : « Ces tentatives, exécutées plusieurs fois déjà par Leriche et ses élèves, mériteraient d'être renouvelées dans d'autres cas pour être mieux connues ».

d) *Thérapeutiques agissant sur le métabolisme du calcium.*

1° *Les sels de calcium.* — Leur emploi est bien connu et très classique. Qu'il s'agisse de gluconate, de bromure, de lactate ou de chlorure, on les donnera *larga manu*, *per os* et par voie intra-veineuse, au moins cin grammes *per os*, un gramme par la veine. On continuera longtemps ce traitement, associé, ou non à l'opothérapie. Il est aussi actif dans la tétanie parathyréoprive que dans la tétanie infantile où on l'utilisa d'abord.

2° *L'ergostérine irradiée et ses dérivés.* — L'ergostérine irradiée a été largement employée dans la tétanie et s'est montrée efficace. On a cru que c'était à cause de la vitamine D qu'elle contient.

Mais, à la suite de nombreuses expériences, dont certaines assez discordantes, si on a admis l'efficacité contre la tétanie de l'ergostérine, on a pensé que son action hypercalcémiante ne devait rien à la vitamine D.

Holtz a pu isoler des substances, encore mal connues, mais d'effet hypercalcémiant considérable, présentées sous forme d'un composé oléosoluble connu sous le nom d'AT10 (antitétanique, n° 10).

Ces préparations protègent remarquablement l'animal contre la tétanie. D'autre part, leur administration détermine une élévation constante de la calcémie. *Holtz a conservé depuis plusieurs années des animaux parathyroïdectomisés et traités ainsi.*

Chez l'homme, l'AT10 a été employé dans la tétanie post-opératoire. L'administration se fait par voie buccale, par centimètres cubes de solution : 2 à 4 par semaine dans la période chronique, 5 à 8 c. c. le premier jour dans la tétanie aiguë, puis à doses rapidement décroissantes. Il ne faut pas employer de trop fortes doses, car on peut déterminer des signes d'intoxication, représentés par une diminution marquée de l'appétit, pas de l'amaigrissement, de l'asthénie, avec soif, vomissements, hypercalcémie, sclérose pulmonaire et viscérale, hémorragies digestives. Holtz recommande instamment le contrôle rigoureux de la calcémie. L'AT10 est d'élimination très lente. Son action n'est pas toujours immédiate, mais elle est étalée et durable. Aucune parenté chimique avec la parathormone et moyens d'action dissemblables.

Holtz a traité avec succès quinze tétanies. D'assez nombreux auteurs déjà l'ont expérimenté et sont enthousiastes.

3° Nous n'insisterons pas sur les autres médicaments comme le chlorure d'ammonium, le sulfate de magnésie, etc., ou le traitement par les U. V. surtout employé en médecine infantile.

La saignée enfin qui peut, expérimentalement, guérir la tétanie n'a pas été très utilisée chez l'homme.

***

Les indications thérapeutiques dans les tétanies chirurgicales varient suivant qu'il s'agit d'une tétanie aiguë ou chronique.

I. *Tétanie aiguë.* — Dès son apparition, elle demande un traitement immédiat et intensif.

Isolement strict loin de tout bruit, en lumière tamisée. Calmants généraux. Régime lacté, sérum, eau lactosée. Surveillance attentive de la plaie opératoire et de l'état général (les complications pulmonaires sont particulièrement redoutables).

La médication sera triple : sels de calcium à fortes doses (8 à 12 grammes *per os*, deux grammes par voie veineuse) ; parathormone (2 à 5 fois, le premier jour, 10 unités) ; AT10 donné d'après Snapper à la dose de 10 c. c. le premier jour, 5 c. c. le deuxième jour, puis à doses rapidement décroissantes.

Evidemment, il y a des cas d'espèce où la gravité peut varier en moins ou en plus.

Dans certains cas très graves, très aigus, la saignée sera pratiquée, suivie d'une transfusion massive, le sang étant en outre additionné de sels de calcium.

La greffe, en admettant qu'elle prenne, n'aurait guère le temps d'agir.

Ce qu'il faut bien savoir c'est, qu'après guérison apparente de la tétanie aiguë, il va persister tantôt une tétanie latente, tantôt une tétanie chronique.

II. *Tétanie chronique.* — Bien surveiller le malade. Régime riche en calcium (lait). Vie calme. Prescription régulière de sels de calcium, l'emploi de la parathormone devant être en principe réservé aux accidents aigus.

L'actinothérapie, l'huile de foie de morue, l'ergostérol irradié sont de précieux adjuvants, mais surtout un très grand progrès a été réalisé du fait de l'emploi de l'AT10 de Holtz. *La tétanie chronique céderait complètement à la simple administration* per os, *à doses d'entretien, de 2 à 4 c. c. d'AT10 par semaine.* C'est là une indication formelle de cette préparation dont l'action (adoptée à la susceptibilité du sujet par contrôle systématique de la calcémie) est « efficace, constante, durable ».

Le rôle des endocrines dans la pathologie des os

G. Coryn (de Bruxelles) a envisagé au long d'un copieux rapport, très documenté et bourré de faits personnels, le rôle des endocrines dans la pathologie des os, les parathyroïdes n'étant pas étudiées ici puisque deux rapports spéciaux leur étaient par ailleurs consacrés.

Le rapport de Coryn résiste à l'analyse et demande une lecture complète. Nous ne pouvons guère ici donner que les conclusions générales.

Félicitons d'abord l'auteur d'aborder son travail avec un esprit sainement critique et une méthode rigoureuse.

« Quand on aborde, écrit-il, l'étude des affections endocriniennes du squelette, on est mis en présence d'une quantité d'observations et d'affirmations, souvent contradictoires, qui dégagent une impression de confusion extrême.

Si on totalisait toutes ces affirmations, on arriverait fatalement à la notion que chacune des glandes endocrines est capable de faire apparaître des lésions osseuses les plus variées et qu'une même lésion osseuse peut être provoquée par l'une quelconque de ces glandes. Il en est ainsi, par exemple, pour l'hypophyse que l'on rend responsable de modifier le rythme de la croissance, mais aussi d'accélérer ou de retarder la date d'apparition et la soudure des noyaux d'ossification, de modifier la calcification du squelette et de faire apparaître des arthrites. De même, certaines arthrites sèches ont été successivement attribuées à l'hypophyse, à la thyroïde, aux parathyroïdes et, plus rarement, aux surrénales ».

L'auteur s'est proposé de rattacher l'action des différentes endocrines à une lésion histologique précise et il a pensé qu'il serait intéressant de connaître l'influence desdites endocrines sur chacune des phases de l'ostéogénèse enchondrale.

Il a ainsi pu vérifier que les affections osseuses sûrement

endocriniennes présentaient toutes, en coexistence, trois caractères communs, *nécessaires et suffisants* :

1° Les lésions squelettiques sont toujours généralisées à tous les os du squelette ;

2° Elles apparaissent chaque fois que le fonctionnement de la glande est troublé ; elles peuvent être reproduites expérimentalement soit par l'ablation de la glande quand il s'agit de l'hypofonctionnement, soit par l'injection d'hormone quand il s'agit de l'hyperfonctionnement ;

3° Quand l'hyperfonctinonement d'une glande fait apparaître une lésion déterminée, l'hypofonctionnement fait apparaître la lésion opposée.

En ce qui concerne chacune des glandes envisagées, voici les conclusions auxquelles aboutit l'auteur

a) *Pour l'hypophyse* : de l'ensemble des données expérimentales anatomo-pathologiques et cliniques, nous pouvons conclure que tout semble démontrer que les cellules éosinophiles de l'hypophyse agissent uniquement sur la prolifération cellulaire et qu'elles n'ont pas d'influence sur les autres phases de l'ostéogénèse enchondrale.

L'hyperéosinophilisme (1) accélère la prolifération cellulaire ; cette action est tellement énergique que, chez l'adulte et même chez le vieillard, la prolifération reprend sur un rythme plus rapide que chez l'enfant. La reprise de la croissance se manifeste dans tous les os du squelette. L'hypoéosinophilisme (2) a une action opposée à celle de l'hyperéosinophilisme.

Quand l'hyper ou l'hypoéosinophilisme est uniquement en cause, les cartilages de conjugaison se soudent à la date normale, l'âge du squelette correspond à l'âge du malade, la calcification du tissu osseux est inchangée, la substance fondamentale du cartilage ne subit pas de dégénérescence.

Le retentissement de l'hyper ou de l'hypo-éosinophilisme sur les autres glandes endocrines et éminemment variable ; il demande à être recherché d'une façon systématique.

b) *Pour les glandes sexuelles* : « action très nette sur l'hyper trophie des cellules du cartilage de conjugaison : cette hypertrophie est retardée par la castration, accélérée par l'injection de folliculine ; les animaux castrés sont plus sensibles à la folliculine que les animaux neufs.

Il semble bien que cette action soit exclusive et que les autres phases de l'ostéogénèse enchondrale ne soient pas influencées. En clinique, tous les symptômes qui reviennent en propre à l'hypogénitalisme peuvent être attribués à la persistance anormale de l'ostéogénèse au niveau des cartilages de conjugaison.

Tous les arguments plaident en faveur d'une absence d'action des glandes sexuelles sur la calcification du squelette et sur l'apparition des arthrites ankylosantes ».

c) *Pour les parathyroïdes* : « leur action s'exerce exclusivement sur la calcification du squelette, par l'intermédiaire de leur action sur le métabolisme du calcium ».

d) *Pour la thyroïde* : « action complexe, et qui s'exerce à toutes les phases de l'ostéogénèse enchondrale.

« L'hypothyroïdie arrête la prolifération cellulaire, retarde l'hypertrophie des cellules cartilagineuses, entraîne une hypercalcification du squelette et détermine l'apparition de dégénérescence dans la substance fondamentale du cartilage.

« En clinique, ces lésions aboutissent à la formation d'un nain disproportionné et dysharmonique, dont les cartilages se soudent avec retard, dont les os sont hypercalcifiés et qui présente des déformations articulaires sans ankylose.

« L'hyperthyroïdie semble avoir une action opposée sur chacune des phases de l'ostéogénèse enchondrale, mais cette action est moins bien prouvée.

« Les quelques examens histologiques que nous possédons suggèrent l'idée que la prolifération et l'hypertrophie sont accélérées, la décalcification du squelette paraît certaine, tandis que la preuve des arthrites hyperthyroïdiennes ne repose encore sur aucun examen histologique. »

(1) Lésion responsable de l'acromégalie.
(2) Lésion responsable du nanisme hypophysaire.

e) *Pour les surrénales* : « Nous ne connaissons quasi rien sur l'influence de la surrénale sur les différentes phases de l'ostéogénèse enchondrale.

« L'expérimentation a permis de reproduire chez l'animal des lésions du cartilage qui s'apparentent à celles qui sont décrites dans la polyarthrite ankylosante.

« Le résultat du traitement cortico-surrénalien semble confirmer l'origine hypo-surrénalienne de certaines polyarthrites ankylosantes généralisées progressives. Ces résultats demandent à être confirmés sur un plus grand nombre de cas. »

Nous ne pouvons, pour le détail, que renvoyer le lecteur au texte même, texte d'ailleurs clair et précis que coupent de nombreuses et démonstratives illustrations.

Les médications du Sympathique

Nous renvoyons au texte en ce qui concerne les rapports concernant la *physiothérapie* et la *radiothérapie du sympathique* qui sont du domaine du spécialiste.

Nous ne parlerons pas non plus des *médicaments sympatholytiques*, « notion beaucoup plus pharmaco-dynamique que thérapeutique », auxquels Mlle J. Lévy et L. Justin-Besançon ont consacré un très remarquable rapport, mais qui ne manque pas d'être de lecture un peu ardue. Il est certain en tout cas qu'on y trouve nombre de suggestions thérapeutiques intéressantes.

Le Professeur Laignel-Lavastine et R. Bonnard ont fait un « tour d'horizon » concernant les sympathalgies abdominales et leur traitement. Le sujet ne manque pas de variété.

Je reproduis *in extenso* les conclusions des éminents rapporteurs :

« Le traitement des sympathalgies abdominales peut se résumer dans les notions suivantes :

« Les *états aigus* commandent un traitement d'urgence :

« La morphine réservée aux paroxysmes passagers et non susceptibles de répétition fréquente ;

« L'injection intra-veineuse d'atropine, notamment pour les crises gastriques du tabes ;

« La morphine ou l'acétylcholine pour les coliques de plomb ; Parfois, les injections paravertébrales de novocaïne ou les injections intradermiques de novocaïne ou de solution alcaline ;

Le traitement des *états chroniques*, mis à part un traitement étiologique efficace, est beaucoup plus délicat. Au cours des paroxysmes, il se confond avec le précédent. En période de calme relatif, il visera à l'abaissement du tonus nerveux général, soit par les antalgiques usuels ou les antinervins comme les bromures ou le gardénal, soit par un médicament à action plus particulièrement neuro-végétative ; suivant les cas, atropine, ésérine, pilocarpine. On se laissera alors guider par l'appréciation du tonus neuro-végétatif du sujet (réflexe oculo-cardiaque, réflexe solaire, réflexe orthostatique). On pourra enfin s'aider des derniers médicaments venus en thérapeutique, venin de cobra, acides aminés (et notamment l'histidine), surtout quand on soupçonne un spasme vasculaire. Des douleurs chroniques résistant aux thérapeutiques usuelles pourront là aussi être justiciables d'injections paravertébrales ou intradermiques ».

***

Dans un dernier rapport E. May et Gallot tentent de grouper sous le nom d'*endo-sympathoses* des crises paroxystiques de nature cardio et vaso-motrice survenant dans les provinces internes du sympathique et ayant la même signification générale que les « ecto-sympathoses » (May).

Ces faits correspondent, disent les auteurs, à des descriptions antérieures partielles (angine de poitrine vaso-motrice ; ataxie vaso-motrice ; crises vaso-vagales ; névrose d'angoisse) et ils croient « que le moment est venu d'envisager le problème dans son ensemble et, non seulement de décrire avec soin les faits cliniques, mais encore de les classer et de les situer dans les cadres généraux de la pathologie neuro-végétative. C'est

dans cet esprit, ajoutent-ils, qu'après tant de dénominations nous en proposons une nouvelle, avec l'espoir d'augmenter ainsi, à la fois, nos connaissances et nos possibilités de traitement ».

Les endo-sympathoses se présentent sous trois formes cliniques principales :

a) Une forme palpitante et tachycardique qui s'apparente à la tachycardie paroxystique, à certaines réactions émotives et aux effets des injections d'ardénaline.

b) Une forme vaso-spasmodique diffuse qui s'apparente aux migraines accompagnées et au syndrome de Raynaud.

c) Une forme lipothymique qui s'apparente aux chocs anaphylactiques ou protéiques.

Ces endo-sympathoses évoluen par crises et peuvent, par leur répétition, retentir sur l'état général et même sur le comportement psychique.

Les endosympathoses ne doivent pas être confondues avec des lésions viscérales. Elles ne doivent pas être prises pour des troubles psychiques et les procédés psycho thérapiques sont impuissants à les guérir.

Enfin, elles ne doivent pas être considérées comme de natue endocrinienne. Il y a actuellement une tendance excessive, disent fort excellemment les auteurs, à rapporter aux glandes à sécrétion interne tous les troubles de nature sympathique.

On pourrait distinguer les endosympathoses en deux groupes : d'excitation sympathique correspondant aux formes palpitantes et vaso-spasmodiques ; d'inhibition sympathique avec prépondérance vagale, correspondant aux formes lipothymiques et « paraissant résulter d'une stase sanguine dans les capillaires viscéraux avec anémie périphérique ».

Les endo-sympathoses d'excitation relèvent surtout d'épines irritatives dont les plus fréquentes sont :

a) Les inflammations intestinales légères et prolongées ; un rôle important est dévolu à la constipation traitée par des laxatifs irritants.

b) Les lésions chroniques des organes génitaux ainsi que toute irritation, même fonctionnelle, qui survient dans la zone sexuelle.

c) La lithiase biliaire.

Les irritations chroniques endo-nasales, le froid, les émotions peuvent également jouer un rôle.

Les endo-sympathoses d'inhibition sont généralement de nature toxique. Elles sont liées le plus souvent à des putréfactions intestinales ou à des altérations hépatiques. De ce dernier, point de vue, les auteurs soulignent les remarquables résultats qu'ils ont parfois obtenu avec *le tubage duodénal*. Les accidents leur « paraissent relever avant tout de chocs protéiques répétés rendus possibles par une insuffisance de la fonction protéopexique du foie ». Peut-être, comme tendent à le démontrer les recherches du Professeur M. LOEPER et de son Ecole, concernant les intoxications d'origine alimentaire, n'y a-t-il pas lieu de faire intervenir la notion un peu métaphysique du « choc ». L'intoxication suffit, et dans l'intestin précisément peuvent se former dans certaines conditions des bases aminées toxiques dont on sait que l'injection expérimentale réalise justement l'exact tableau du « choc protéique ».

Du point de vue thérapeutique, les endo-sympathoses d'excitation relèvent des sympatholytiques, des vagomimétiques et des calmants généraux du système nerveux. L'atropine et la belladone sont formellement contre-indiquées. Les endo-sympathoses d'inhibition relèvent des vagolytiques, des sympathomimétiques et des toniques généraux. Le gardénal et les substances analogues sont toujours très mal supportés.

Les endo-sympathoses se développent sur un terrain constitutionnel et souvent familial qui s'apparente à la constitution émotive de Dupré.

Dans la constitution de ce terrain, l'état endocrinien peut avoir sa part : les endo-sympathoses d'inhibition en particulier coïncident souvent avec une faiblesse relative des glandes liées à l'ortho-sympathique : surrénales, thyroïde, glandes génitales.

Il nous a semblé que la partie la plus originale, nous dirions presque la plus libératrice, de ce rapport avait trait à l'origine toxique de certains des phénomènes cliniques ici envisagés encore que, nous l'avons vu, l'idée n'ait pas été développée autant qu'elle eût pu l'être.

Le terme d'endo-sympathose est euphonique et imagé. Il ne faudrait peut-être pas que sous cette étiquette nouvelle renaissent des syndromes trop rigides et des oppositions trop tranchées.

Au demeurant, les auteurs se défendent eux-mêmes de cet écueil et ils écrivent textuellement : « Les endo-sympathoses ne sont pas toujours pures, encore qu'elles le soient à notre avis plus souvent qu'on le dit. Dans les formes véritablement intriquées le schéma thérapeutique devra s'assouplir. »

Marcel PERRAULT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 octobre 1936

Valeur pronostique du pouvoir bactéricide du sérum dans la tuberculose pulmonaire. — ***MM. Paul Courmont*** et ***H. Gardère*** ont démontré et étudié dans de nombreux travaux, depuis sept ans, le pouvoir du sérum de certains tuberculeux d'empêcher le développement des cultures du bacille de la tuberculose.

L'étude de ce *pouvoir bactéricide* « *in vitro* » du sérum des tuberculeux (P. B. S.) les a conduits à des applications fort intéressantes pour le diagnostic et le pronostic de la tuberculose pulmonaire.

C'est une nouvelle application du concept général du « *Séro-pronostic* » de Paul Courmont.

Un premier mémoire à l'Académie, en 1929, sur la valeur pronostique du P. B. S. portait sur 37 cas ; celui-ci sur 40 cas de tuberculose pulmonaire de toutes formes : 77 cas au total.

Les résultats des deux statistiques sont tout à fait concordants. Sur ces 77 cas, la mortalité, en trois ans, a été de 50 % chez les sujets à P. B. S. nul ou faible (+ 2 et au-dessous) et seulement de 13 3 % chez les sujets à P. B. S. élevé (+ 4 et + 8), soit près de quatre plus faible.

L'élévation du P. B. S. chez les tuberculeux a donc, non seulement la valeur d'un *symptôme* de l'infection tuberculeuse et d'une indication *pronostique*, mais d'un *signe de résistance* du malade à l'infection : le pouvoir bactéricide semble à la fois un témoin et un des facteurs de cette résistance de l'organisme à l'infection bacillaire.

Vaccination contre la fièvre jaune. — ***M. C. Mathis*** apporte les résultats de 450 vaccinations antiamariles, effectuées à l'Institut Pasteur de Dakar, au cours de ces derniers mois, avec le nouveau vaccin du Docteur J. Laigret.

Nous étions déjà redevables à MM. Sellards et Laigret d'un vaccin dit phosphate auquel on reprochait de provoquer parfois des réactions nerveuses assez intenses. De plus, cette méthode comportait l'emploi de trois doses d'activité croissante, chacune devant être pratiquée à 20 jours d'intervalle. La vaccination complète demandait donc 40 jours.

Un perfectionnement considérable a été apporté par M. Laigret, lorsqu'il a incorporé son vaccin dans le jaune d'œuf.

Les germes contenus dans le mélange ne sont mis en liberté que lentement et au fur et à mesure que les corpuscules de jaune d'œuf sont phagocytés. Il en résulte que l'immunisation de l'organisme par production d'anticorps se fait en même temps que l'infection.

Ainsi sont évitée les réactions brutales et parfois très vives consécutives à une absorption trop rapide du virus mis en suspension aqueuse.

Avec le vaccin à l'œuf, chez les personnes vaccinées, 60 % ne font aucune réaction, bien qu'elles soient immunisées, 40 % seulement réagissent d'une façon modérée.

Le cholestérol et l'antigène méthylique associés dans le traitement de la tuberculose. — *M. Fernand Barbary*, de Nice a eu l'idée d'associer au cholestérol l'antigène méthylique tuberculeux pour obtenir un milieu de résistance, une immunité artificielle pour la tuberculose. L'ensemble des faits présentés à l'Académie prouve qu'en s'engageant dans la voie qu'il a tracée, on peut garder l'espoir de procurer un moyen de défense aux victimes d'une maladie contre laquelle n'existe pas de remède spécifique.

Mortalité des enfants de 5 à 15 ans. — *MM. A. Loir* et *H. Legagneux*, du Havre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 octobre 1936

Un cas de syndrome de Cushing avec symptomatologie fruste et vérification anatomique. — *MM. H. Metzger, Mlle G. Hœrner*, et *Ch. Maurer* rapportent l'observation d'une jeune fille de 37 ans chez laquelle une augmentation rapide et importante du poids avait coïncidé avec l'apparition d'un trouble marqué des règles.

L'examen clinique décela, en dehors d'une obésité marquée, une légère hypertension artérielle. La coïncidence de ces signes chez une femme jeune orienta les auteurs vers le diagnostic d'adénome basophile de l'hypophyse. Parmi les nombreuses recherches de laboratoire entreprises, ce ne fut que l'atrophie de la lame quadrilatère et des apophyses clinoïdes postérieures ainsi que la diminution des principes thyréo et gonadotropes dans les urines qui étaient en faveur d'une atteinte hypophysaire.

La jeune fille étant morte brusquement par embolie pulmonaire post-phlébitique, l'autopsie montra l'existence d'une tumeur hypophysaire volumineuse constituée par des cellules basophiles, associée à une prolifération diffuse des cellules basophiles dans le lobe glandulaire.

Après avoir rappelé les observatisns similaires de Cushing et celles parues en langue française, les auteurs insistent sur la disproportion entre la symptomatologie clinique extrêmement fruste et l'importance des modifications anatomiques dans leur cas.

Diabète bronzé et insuffisance surrénale. — *MM. Labbé, Boulin* et *Ullmann* rappellent l'existence possible dans le diabète bronzé de lésions tuberculeuses ou scléro-sidérosiques des glandes surrénales. Ils rapportent l'observation d'un malade atteint de diabète bronzé chez qui une asthénie extrême, une hypotension accusée, jointes à des signes biologiques (ergogramme, modification du chlore, du sodium, du potassium du glutathion du sang) permirent de poser le diagnostic d'insuffisance surrénale associée. Ils insistent : 1° sur les difficultés de diagnostic que cette association risque de créer ; 2° sur l'intérêt de voir coïncider un diabète bronzé avec des signes d'insuffisance surrénale ; 3° sur l'affinité du processus scléro-sidérosique à l'égard des glandes endocrines.

M. de Massary fait remarquer que le siège et la nature des pigments étant différents dans les deux affections, diabète bronzé et maladie d'Addison, la simple biopsie permet dans les cas difficiles de poser le diagnostic.

Staphylococcémie grave, traitée et guérie par l'anatoxine. — *MM. Ph. Pagniez, A. Plichet* et *Ch. Rendu* rapportent le cas d'une staphylococcémie, extrêmement grave, ayant débuté par un abcès pulmonaire et s'étant manifesté par des suppurations multiples : phlébite, abcès cutanés et profonds, hydro-adénite.

Chez ce malade dont le pronostic, à plusieurs reprises, semblait fatal, seul, le traitement par l'anatoxine antistaphylococcique, sans l'adjonction d'une autre médication, amena la guérison. A la quatrième injection, le staphylocoque disparaissait de la circulation sanguine et les manifestations staphylococciques ne se comportaient plus que comme des suppurations banales.

A propos des réactions cutanées à la tuberculine. — *MM. Ch. Flandin, G. Poumeau-Delille* et *Le Pelletier* rapportent les résultats obtenus par l'étude des cuti et intradermo-réactions à la tuberculine chez les spécifiques secondaires.

Ils ont observé dans 54 % des cas une phase d'anergie temporaire. Cette phase d'anergie est souvent de courte durée, quelques jours ; elle s'observe surtout chez les malades atteints d'éruptions cutanées spécifiques. Le traitement spécifique semble lui-même raccourcir la durée de cette phase d'anergie.

M. Paraf rapproche ces faits de ce que l'on observe au cours de la rougeole. La négativation de la cuti-réaction lui paraît être proportionnelle à l'intensité de l'éruption ; sa réapparition suit la marche de l'exanthème.

M. Marquézy a remarqué au contraire que la cuti-réaction est toujours négative au cours de l'éruption quelle que soit son intensité.

La durée de cette négativation est toujours très courte ; la cuti-réaction redevient positive quelques jours après la disparition de l'exanthème.

Infiltrats pulmonaires labilles juxta-hilaires. — *MM. Ameuille* et *Theobalt* présentent quatre observations de malades qui ont eu au printemps de cette année une poussée de catarrhe des voies aériennes supérieures étiquetée « grippe ». Au cours de cette poussée, ils ont fait soudainement de courtes poussées thermiques, jusqu'à 40°, généralement avec peu de toux et d'expectoration banale ; pas de signes d'auscultation. L'examen radiologique pratiqué par hasard en cours de poussée thermique a montré une opacité pulmonaire homogène étendue dans la partie postérieure du hile. Cette opacité a disparu dans un temps qui variait de huit à quinze jours. Les crachats n'ont pas tuberculisé le cobaye.

La question se pose de savoir s'il s'agit de tuberculose labile de très courte durée ou plutôt de pneumonie à pneumocoque latente et fugace ; et cette dernière leur paraît la plus vraisemblable.

M. Armand-Delille fait remarquer que de tels faits sont d'observation courante chez l'enfant. Il a pu parfois déceler dans un cas le pneumocoque dans le liquide prélevé par lavage d'estomac.

M. Codvelle ajoute que ces foyers de condensation pulmonaires fugaces ne sont jamais la preuve de la tuberculose et ne laissent derrière eux aucune séquelle.

M. Marquézy a observé que la cuti-réaction, négative avant l'apparition des signes radiologiques, le demeure après leur disparition.

M. Rist croit que ces pneumonies abortives, se traduisant par des condensations limitées et fugaces, sont parfois récidivantes.

Thrombose oblitérante de l'artère pulmonaire chez des tuberculeux. — *MM. Ameuille, J.-M. Lemoine, Mlle Delhomme* et *M. Nouaille* présentent trois observations de thrombose de l'artère pulmonaire ; deux intéressaient une branche lobaire, la troisième oblitérait le tronc originel.

Ce qu'il y a eu de frappant dans ces trois cas, c'est l'absence de troubles fonctionnels. Ces importantes lésions ont été des découvertes d'autopsie.

Les auteurs rapprochent ces constatations des découvertes expérimentales faites par MM. Villaret, Justin-Bezançon, Delarue et Bardin qui ont pu oblitérer par embolie artificielle de grosses branches de l'artère pulmonaire sans provoquer de troubles manifestes.

Ils insistent sur les voies de suppléance qui entrent en jeu dans le cas de pareils troubles et en particulier sur la circulation qui s'établit dans l'épaisseur des adhérences pleurales.

M. Justin Bezançon souligne l'intérêt physio-pathologique de ces cas ; ils montrent qu'il n'existe aucune superposition entre le volume des embolies et les accidents cliniques qu'elles provoquent.

La radiothérapie thyroïdienne dans l'asystolie irréductible. — *MM. Jean Paraf, L. Gally* et *E. Orinstein* présentent l'observation d'une femme de 63 ans atteinte d'asystolie irréductible que n'améliorent ni le repos ni les toni-cardiaques et qui fut améliorée au point qu'elle put reprendre ses occupations par la radiothérapie profonde thyroïdienne. Deux électrocardiogrammes pris avant et après le traitement témoignent de la grosse amélioration obtenue.

Séance du 23 octobre 1936

Syndrome cérébello spasmodique durable survenu après un coma toxique cyanhydrique. — *MM. Noël Fiessinger, M. Duvoir* et *Georges Boudin* rapportent l'observation d'un jeune homme de 18 ans, qui après avoir manipulé du cyanure de potassium et avoir respiré les vapeurs d'acide

cyanhydrique, tombe dans un coma profond avec abolition des réflexes tendineux, durant laquelle une saignée permit de constater l'aspect rutilant du sang veineux. En trois jours, ce malade sort de son coma, mais on voit s'organiser un syndrome cérébello-spasmodique : voix scandée, dysmétrie, adiadococinésie, titubation ébrieuse, diminution de la force segmentaire, nystagmus. Quatorze mois plus tard, ce syndrome a beaucoup diminué, disparition de la titubation, légère dysmétrie et adiadococinésie, disparition du nystagmus.

En s'appuyant sur des faits cliniques et expérimentaux, les auteurs attribuent ce syndrome à une transsudation cérébrale séreuse ou hémorragique qui a laissé comme séquelle une cicatrice pyramido-cérébelleuse. Ils rapprochent les accidents des syndromes oxycarbonés où l'on peut, de même, invoquer des raptus vasomoteurs sous l'effet des phénomènes réactionnels visant à compenser «l'asphyxie cellulaire ».

M. Flandin rappelle les expériences qu'il fit pendant la guerre sur des chiens intoxiqués par l'acide cyanhydrique contenu dans les gaz asphyxiants. L'intoxication aiguë entraîne la mort en apnée due au blocage de l'hémoglobine ne permettant plus les échanges gazeux. L'intoxication chronique amène l'apparition de troubles nerveux qui contrastent avec l'absence presque totale de lésions.

M. Comby a observé deux cas d'intoxication par l'acide cyanhydrique qui se sont manifestés l'un par une hémiplégie passagère, l'autre par un état épileptique.

M. Milian rapproche de ces faits les accès de dyspnée avec tachycardie observés parfois au cours de l'injection de cyanure de mercure et dus à l'action de l'acide cyanhydrique sur le bulbe.

M. Paraf rapporte le cas d'un ouvrier travaillant dans la cellophane qui présenta un syndrome caractérisé par des troubles cérébelleux et pyramidaux associés à une névrite rétrobulbaire.

Le diagnostic de sclérose en plaques primitivement posé dut être abandonné devant la rétrocession très rapide des symptômes. Il s'agissait d'un cas d'intoxication professionnelle.

Contribution à l'étude du déterminisme de l'opsiurie chez les cirrhotiques. — *MM. Noël Fiessinger, A. Gajdos* et *E. Panayotopoulos*, dans le but d'étudier le mode de traversée de l'eau chez les cirrhotiques qui présentent un retard évident de l'élimination urinaire, ont accumulé toute une série de critères : densité des hématies et de l'hémoglobine, sédimentation globulaire, réfractométrie et conductivité électrique du sérum, dosage du chlore et de la bilirubine plasmatique. Leurs sujets, après absorption d'un litre d'eau, ont été étudiés, au point de vue sanguin, dans la demi-heure qui suit l'ingestion de liquide. Chez le sujet normal, on n'observe pas une modification notable de ces tests, peut être en raison de la constance et de la précocité de la diurèse. Chez les opsiuriques, cirrhotiques ou ictériques, la dilution du plasma modifie peu la conductivité électrique, la réfractométrie et la sédimentation, mais se manifeste d'une façon incontestable par une baisse de la bilirubinémie et de la chlorémie plasmatique. On peut conclure de ces recherches : tandis que le sujet normal régularise son équilibre humoral avec ses reins, les malades opsiuriques obtiennent moins rapidement le même effet avec leurs tissus. Ils sont opsiuriques, non par trouble de l'absorption digestive, mais par intervention d'une fixation tissulaire.

M. Brulé a remarqué que les rétentions hydriques chez les cirrhotiques sont surtout observées chez ceux qui présentent de l'insuffisance hépatique.

M. Villaret pense que l'opsiurie se produit non seulement chez les hépatiques mais aussi chez les sujets qui ne présentent que des troubles fonctionnels du foie.

M. Decourt, utilise avec M. Guillaumin une technique un peu particulière pour l'étude des échanges de l'eau dans l'organisme, consistant en dosages séparés de l'eau des globules et de l'eau du plasma.

Il a pu remarquer, qu'après absorption d'eau, l'hydrémie globulaire seule est modifiée.

M. G. Dreyfus, pratiquant chez les hépatiques des tests d'Aldrich et Mac Clure, a vu que la résorption de la boule d'œdème était accélérée chez eux, qu'ils soient ou non ascitiques, qu'ils soient ou non œdémateux. Ces faits montrent que le facteur tissulaire est plus important que le facteur mécanique dans l'élimination de l'eau chez les hépatiques.

Un cas d'échinococcose alvéolaire du foie. — *MM. Noël Fiessinger, A. Bergeret* et *R. Dupuy* rapportent un cas d'échinococcose alvéolaire du foie chez un sujet habitant Paris depuis une longue période et n'ayant jamais séjourné dans une région où l'échinococcose alvéolaire soit connue. Cette affection, débutant par un ictère par obstruction, d'une durée de deux mois, se traduisit, comme seul symptôme pendant longtemps, par une hépatomégalie volumineuse sans ascite et sans circulation collatérale. Une ponction dans ce foie, retirant un liquide aseptique et légèrement coloré par de la bile, permit de délimiter sous contrôle radiologique, grâce à l'injection bilipiodolée, une cavité centrale de trois litres environ. A l'occasion du drainage chirurgical, on put prélever un fragment de paroi de la poche où l'examen histologique décela l'existence d'une échinococcose alvéolaire typique. Il s'agit du troisième cas observé dans la région parisienne, les deux premiers ont été recueillis par Loeper et Garcin d'une part, et par Wilmoth de l'autre.

Compression du bulbe par malformation de l'atlas. — *M. Apert* relate un cas de malformation de l'atlas avec soudure de cet os à l'occipital et pénétration de l'apophyse odontoïde dans le trou occipital. La malformation a été bien supportée jusqu'à l'adolescence ; mais quand les parties malformées ont complété leur ossification, des accidents dus à la compression du bulbe sont apparus et leur aggravation progressive a entraîné la mort.

Hypofonctionnement préhypophysaire dans des cas de maigreur. — *MM. Pr. Merklen, Max Aron, L. Israël* et *A. Jacob* avaient déjà observé que la préhypophyse est en hyperfonctionnement chez divers obèses. A l'inverse, ils l'ont notée en hypofonction chez plusieurs sujets maigres, surtout du sexe féminin. Ils se sont servis du test de l'un d'eux, qui décèle les effets de la gonado et de la thyréostimuline contenues dans l'urine sur l'ovaire et la thyroïde du cobaye. La diminution ou l'absence de stimulation thyro-ovarienne a été vue chez douze malades sur treize. Certaines des femmes en cause avaient maigri après s'être soumises à des régimes restrictifs pour des raisons purement esthétiques à leurs yeux ; elles ne purent par la suite regagner un poids trop largement perdu, tandis que se dessinait parfois de l'aménorrhée, peut-être attribuable au défaut d'activité préhypophysaire.

Erythrémie essentielle. Echec relatif de la télérœntgenthérapie. Amélioration par la phénylhydrazine. — *MM. Bethoux* et *Mascoulides*.

Sur l'action du jaune d'acridine dans le traitement de la méningite cérébro-spinale. — *M Esbasch* (de Bourges) a observé les bons effets des injections du jaune d'acridine en solution à 1 p. 20.000 dans trois cas rebelles : une forme traînante, une méningite grave à méningocoque B et une forme à rechutes. Ces trois cas se sont terminés par la guérison.

L'auteur recommande l'usage du médicament par voie lombaire ou sous-occipitale.

Un cas de septicémie à diplococcus crassus avec endocardite. — *M Moreau* rapporte l'observation d'un homme de 58 ans, porteur d'une insuffisance mitrale bien compensée, d'origine rhumatismale qui présenta une sciatique droite puis une sciatique bilatérale accompagnée d'une température élevée avec accès pseudo-palustres.

La constatation d'une rate augmentée de volume, d'une faible albuminurie avec hématurie microscopique, d'une anémie avec hyperleucocytose et forte polynucléose fit poser le diagnostic d'endocardite maligne.

L'hémoculture révéla la présence dans le sang de diplococcus crassus. Dans la suite apparurent une insuffisance aortique avec chute de la tension artérielle, puis une phlyctène hémorragique, enfin des douleurs localisées aux membres inférieurs faisant penser à l'existence d'une artérite. La mort survint par embolie cérébrale.

Il s'agissait donc d'une septicémie à diplococcus crassus au cours de laquelle survint une endocardite. Ce fait demeure unique, les localisations habituellement observées étant toujours méningées ou pulmonaires.

Michelle ZAGDOUN VALENTIN.

Si l'enfant a été sauvé ou guéri de sa tuberculose par l'hygiène de ses jeunes années et de sa formation, si des contagions massives par adulte malade lui ont été évitées pendant sa jeunesse, il deviendra un homme sain. Si ces précautions n'ont pas été prises, son hérédité en fera un tuberculeux. (Ch. VINCENT. Une face du problème de la tuberculose. *Bulletin médical*, 17 oct. 1936.)

L'ACTUALITÉ MÉDICALE

La lutte antialcoolique

La crise économique vient de faire une victime de plus ; les *Annales antialcooliques* disparaissent à l'âge de 33 ans, après une carrière bien remplie ; ce n'est cependant pas suffisant pour éteindre la voix généreuse du Docteur Legrain, qui a consacré toutes ses forces, encore vives, à la lutte contre le plus grand fléau social des temps modernes.

Nous disons le plus grand, car il est étroitement associé à la tuberculose dont il fait le lit ; alcool = tuberculose est une équation bien classique ; c'est un clou qu'il faut s'enfoncer dans la tête et l'*Etoile Bleue* s'en charge en offrant l'hospitalité de ses colonnes au Docteur Legrain pour lui permettre de soutenir sa thèse favorite et appuyée sur des arguments impressionnants que la seule lutte logique contre la tuberculose est la lutte contre l'alcoolisme.

Dans une étude parue dans le numéro de septembre-octobre 1936 et intitulée *Alcool et tuberculose*, il souligne le côté économique de la question, tel que l'a développé le Docteur Fillion-Roux au récent Congrès de la *Croix d'Or*, tenu à Strasbourg.

En voici quelques extraits qui, pour être courts, n'en donnent pas moins une idée générale assez nette de la thèse qu'ils soutiennent brillamment :

Il s'agit... de démolir un bloc d'opinions et de combattre des pratiques autour desquelles s'agitent de graves intérêts. Pire encore : il s'agit de renverser des illusions auxquelles sacrifient des millions de citoyens habitués à d'énormes dépenses d'argent, qui pourraient bien n'apparaître maintenant que comme autant de gaspillages. Il est vrai que par le temps qui court, on peut être jugé bienvenu non seulement de parler d'économies, mais surtout d'en proposer la réalisation. Reste à savoir si de telles propositions n'imposeraient pas un bouleversement de mœurs auxquelles ces mêmes citoyens sont assujettis comme des esclaves.

Je précise : la lutte antituberculeuse coûte fort cher ; certains estiment que c'est une ruine, mais il y a des ruines auxquelles il faut savoir se résigner, à condition qu'elles soient contre-balancées par des gains réels.

Ce postulat peut-il être vraiment formulé en ce qui regarde la tuberculose, dont l'armement est devenu de nos jours formidable ? Or, non seulement il ne suffit pas aux besoins de la situation, mais il laisse apercevoir qu'il doit être incessamment renouvelé. Et en face d'une telle perspective, quand on est obligé de s'incliner devant les résultats décourageants que l'on constate, la lutte antituberculeuse fait un peu figure de tonneau des Danaïdes. Est-ce que de tels résultats tiennent en échec la théorie ? Est-ce que l'arme capitale qu'on a appelée sanatorium a fait faillite à sa mission ? Point du tout. La théorie reste défendable, mais elle devient si coûteuse qu'un jour viendra où il faudra presque y renoncer. Le sana est un médicament qui coûte si cher en raison de la longueur et de l'incertitude de la cure que les pauvres gens devront s'en priver et qu'il ne sera plus que le privilège des gens riches.

Il y a autre chose de plus grave qui maintenant éclate aux yeux des moins clairvoyants : la lutte antituberculeuse est avant tout d'ordre curatif et presque pas d'ordre prophylactique. C'est à elle qu'il faudrait opposer le vieux principe : prévenir vaut mieux que guérir. Et si l'on se livre à des calculs fort simples on en vient à reconnaître que si, notamment on consacrait à la lutte contre l'alcool une faible partie de ce qu'on dépense pour la lutte curative antituberculeuse, on verrait bien vite s'améliorer les statistiques.

Or il est facile de constater que la lutte antialcoolique est à peu près négligée, tandis que la lutte antituberculeuse réunit des fonds considérables : la vente du timbre antituberculeux aurait donné 158 millions en dix ans. Même si l'on n'admet pas que la tuberculose relève de l'alcoolisme, on est amené à se demander pourquoi la lutte antituberculeuse soulève plus d'enthousiasme que la lutte antialcoolique.

Il y a tout d'abord une question de publicité, sur laquelle nous n'insisterons que pour montrer que certaines campagnes sont plus faciles à mener et rendent mieux. C'est ainsi que la vulgarisation de la notion de contagion bacillaire a contribué pour beaucoup à faire du tuberculeux un être dangereux, d'abord pour son entourage, ensuite pour ses voisins, enfin pour les voisins de ses voisins ; le moindre accès de toux est devenu suspect ; ce qui n'empêche pas d'ailleurs le même public, terrifié par une quinte, de voir cracher sur les trottoirs avec la plus sincère indifférence. Les tuberculeux sont donc pour le moins indésirables et ils doivent être mis hors d'état de nuire. D'où la nécessité de les refouler dans les sanas, car notre génération a fait de grands progrès dans le traitement des malades. Jadis ils étaient soignés à domicile ; la famille veillait son typhique jour et nuit, elle assistait son tuberculeux jusqu'au dernier soupir ; elle s'épuisait dans une lutte sans efficacité sinon sans grandeur ; à l'heure actuelle la clinique et le sanatorium permettent d'obtenir de meilleurs résultats techniques sans épuiser les forces de parents qui se sacrifient. Dans bien des cas l'égoïsme y trouve aussi son compte et c'est très humain.

L'alcoolique jouit d'une meilleure presse ; il n'est pas un ennemi public, semble-t-il ; l'alcool est cher, on en consomme moins depuis la guerre, le vin est la boisson nationale ; le pochard est un fantaisiste, il nous donne un spectacle gratuit et plein d'imprévu ; l'essentiel est de ne pas l'aborder quand il a le vin mauvais ; s'il y a un Dieu des ivrognes, il y a aussi la complicité amusée du public, la protection sournoise de la police et, pourquoi ne pas le dire, la sympathie générale, sans compter l'admiration qui s'attache aux réalisations réussies.

Si vous allez dire au badaud, qui contemple les performances de l'ivrogne autour d'un bec de gaz, que c'est là faire le jeu du bacille de Koch, il vous répondra simplement que la tuberculose ne s'attrape pas comme cela, que tout le monde le sait et qu'il faut avoir du vice ou de l'imagination pour porter de pareilles accusations.

Aussi le timbre antialcoolique paraît-il sérieusement handicapé, surtout vis-à-vis de son concurrent.

Les réactions du public sont un fait, les réactions des malades en sont un autre.

Les tuberculeux entrent au sanatorium dans l'espoir de guérir : il faut reconnaître que le groupement de malades atteints de la même affection a une grosse influence sur leur psychologie.

Si tout le monde était borgne, il faudrait être aveugle pour avoir quelque chance d'attirer l'attention. Si tout le monde tousse, crache et fait de la température, ce qui est l'emploi du temps sanatorial, le tuberculeux vit dans son élément, il ne diffère plus de son entourage et il finit par considérer l'état de maladie comme un état normal ; il n'en sera donc plus affecté moralement, ce qui aura la meilleure influence sur son avenir. On parque les enfants dans les internats, les jeunes hommes dans les casernes, les vieilles gens dans les maisons de retraite, où ils se trouvent fort mal ; pourquoi ne pas placer les tuberculeux dans les sanas, où ils seront fort bien ?

Mais si vous faites entrer un alcoolique dans une maison de cure, il sera au contraire très malheureux ; son toxique favori lui manquera ; plus d'euphorie même passagère ; une dépression nauséeuse, tel est le souvenir qu'il conservera de journées perdues pour son vice, sinon pour sa santé.

Il nous semble en outre qu'une distinction s'impose : un

alcoolique n'est pas dangereux simplement parce qu'il a de grandes chances de se tuberculiser et de tuberculiser son entourage ; il l'est encore plus par les à-côtés de sa passion vraiment funeste au point de vue social. Si l'on se borne à des considérations économiques, on admettra bien que les dépenses de boisson d'une part et le détachement professionnel d'autre part entraînent un appauvrissement du ménage, une diminution des achats de denrées alimentaires, par suite une insuffisance de nutrition et une réduction du capital santé de la femme et des enfants. Ce qui est redoutable ce n'est pas qu'un alcoolique soit enfermé au sana parce qu'il tousse, à l'asile parce qu'il est agité ou en prison parce qu'il a fait un mauvais coup, c'est que sa malheureuse famille soit sous-alimentée, débilitée et vouée à contracter les infections les plus variées y compris la tuberculose. Il ne suffit pas du reste de penser aux conséquences économiques de l'alcoolisme, il faut avoir présentes à l'esprit les répercussions morales qui sont incalculables et qui font d'une femme et d'enfants des victimes lamentables, sans que ce triste spectacle serve à quelque chose. Jamais nous ne sommes arrivé à comprendre comment un enfant, dont le père buvait et qui en a souffert, se met à boire à l'âge d'homme ; sans doute n'en a-t-il pas assez souffert.

Les méfaits, causés par l'alcoolisme, sont d'autant plus importants que les enfants héritent d'une tare indélébile, qui n'a que trop d'occasions de croître et d'embellir avec le haut degré de civilisation auquel nous sommes parvenus.

Il reste beaucoup à dire, beaucoup à faire. Nous nous contenterons d'effleurer les points les plus importants.

On n'a pas encore entrepris une lutte systématique contre le taudis, qui tue les pauvres gens ; ne nous en étonnons pas, quand nous voyons qu'on n'a pas encore compris la nécessité de la suppression des passages à niveau, qui tiennent une place un peu trop grande dans la rubrique des accidents d'autos. Et puis une disparition de maisons à taudis, ce n'est pas grand'chose ; ou çà ne se voit pas ou çà fait ville bombardée ; c'est du travail qui passe inaperçu ; il n'en résulte ni gloire ni esthétique, tandis qu'il est plus intéressant de construire un sanatorium tout flambant neuf ; c'est utile, çà se voit et on a l'impression d'en avoir pour son argent.

Les questions économiques — nécessairement liées à la politique — jouent aussi un rôle ; la sous-alimentation est le quotient du salaire insuffisant par la cherté de la vie. Le surmenage est trop souvent le résultat d'un entraînement mal compris ; le sport rationnel est devenu compétition pure. Le machinisme a tué le goût du joyeux travail, l'homme étant devenu l'esclave de la machine.

Nous croyons qu'il existe une solution juridique et non point une solution sociale du problème de l'alcoolisme ; l'ivresse devrait être considérée comme une aggravation et non comme une atténuation des délits et des crimes commis sous son influence ; les militaires, qui ont une vieille expérience et des traditions, l'ont compris depuis longtemps et, en fin de compte, la prison représente la maison de cure idéale.

Telles sont les réflexions que nous inspire le courageux article du Docteur Legrain ; si difficile qu'elle soit, nous n'avons aucune raison pour abandonner la lutte contre l'alcoolisme, qui met l'homme au-dessous de la brute.

J. Lafont.

VARIÉTÉS

Sur quelques devoirs du médecin

Place aux jeunes ! Cette phrase lapidaire fait fortune dans beaucoup de milieux. L'impatience envahit les esprits échauffés, ou, si l'on préfère, chauffés par des théories d'où le respect de la gérontocratie se trouve banni. Faut-il en conclure à l'existence d'une haine contre les vieillards encombrants? Non, mille fois non. On a de la pitié pour les malheureux, obligés de gagner leur vie à un âge très avancé, et l'on voudrait s'insurger contre un régime, permettant une telle injustice.

Il paraît évident que le médecin devra considérer, comme une chose naturelle, la vieillesse exempte de peine et de soucis. Il comprendra la nécessité absolue de se retirer en temps utile. Il saura la réclamer, et même l'imposer. La mécanique humaine, dont il aura à s'occuper, doit, à un moment donné, travailler au ralenti, dans une atmosphère sans angoisse pour un lendemain incertain.

Si le médecin ne voit pas l'utilité primordiale de la séniculture, non seulement il sera un mauvais citoyen, mais aussi un praticien peu avisé. Comment saura-t-il aider les innombrables hommes qui peinent, s'il ne peut guère faire miroiter devant leurs yeux l'espoir d'une retraite, d'un repos bien mérité ?

Le médecin saura soulager, non seulement par sa foi dans une vieillesse assurée, mais par sa capacité d'inculquer de la confiance, malgré les moments les plus difficiles. Il ne suffit pas de faire de la thérapeutique, mais il est indispensable, avant tout, d'agir sur le moral.

Si le médecin attend seulement de sa science le salut, s'il ne possède guère le don indéfinissable d'inspirer confiance, s'il ne sait pas galvaniser l'énergie défaillante, si même, en désespoir de cause, il ne nie point le caractère désespérant, alors qu'il renonce à son métier.

Spectateur de la misère humaine, le médecin doit être, en même temps, acteur optimiste. Il ne suffira pas de savoir, il faudra bien faire pour faire savoir que rien n'est jamais perdu.

La connaissance de l'histoire ancienne, ou de la vie quotidienne de nos jours, fournira des exemples éloquents de situations d'apparence compromises, mais qui ont pu être sauvées. Un bon médecin saura cultiver l'art de la conversation, aborder les sujets d'un intérêt général, et toujours dans le but de

secouer la torpeur, de frapper à la source vitale, jamais tarie, mais dont on fera jaillir les réserves.

Stimuler et soulager ne veut pas dire s'apitoyer. Sensible à la douleur, le médecin sera vite usé s'il n'affiche point une certaine sérénité. Vibrant devant le malheur en général, il gardera son calme et son équilibre, en face de cas isolés. En somme, individualiste dans sa tâche quotidienne, le praticien est collectiviste dans ses réactions.

Sans doute, les bonnes paroles ne suffiront pas, et les clients sentiront vite la fausse note, si la sincérité fait défaut. Le médecin, plus que tout autre, doit donner le bon exemple. Il échouera, malgré tous ses talents, s'il érige un mur entre la théorie et la pratique, entre ses conseils et sa propre manière de les suivre. Le médecin ne sera ni esclave, ni victime de l'opinion publique, mais son serviteur éclairé, véritable chevalier sans peur et sans reproche, dans un domaine où il faut savoir guérir, éviter la maladie et prolonger l'existence.

Toutes les aptitudes que l'on voudrait chez le médecin, qu'il soit jeune dans le métier ou bien riche d'une certaine expérience sont, en somme, des vertus civiques. Nous ne les avons pas toutes passées en revue, mais il nous a paru utile d'indiquer celles-là, dont un médecin ne saura se passer, dont il a le devoir de faire preuve. Défenseur du droit au repos, thérapeute du moral, au même titre que du physique, causeur cultivé et encourageant, spectateur optimiste de la misère humaine, individualiste autant que collectiviste, le médecin, homme de théories et des actes, aura, non seulement la satisfaction du devoir accompli, la chance de gagner sa vie, mais la joie suprême de mener une existence magnifiquement harmonieuse.

Dr G. ICHOK.

La vraie cause du ronflement et sa supppression

Ceux qui entendent un ronfleur en sont amusés, puis agacés, puis exaspérés. Il y a des personnes bien portantes qui ne peuvent dormir dans le voisinage d'un ronfleur. Il devient intolérable pour des malades et pour des individus atteints d'insomnie. Cette infirmité bénigne mais gênante n'a obtenu que des explications théoriques et par hypothèses inexactes. On a voulu distinguer un ronflement normal et un ronflement anormal ou pathologique, ce dernier provoqué soit par déviation de la cloison nasale, par des polypes du nez ou des végétations adénoïdes. En admettant qu'un ronflement provienne quelquefois d'une obstruction, celle-ci abolie n'empêchera pas le sujet d'être susceptible de ronfler, de devenir un ronfleur ordinaire, persistant et inguérissable.

Nous avons pu surprendre le mécanisme du ronflement. La bouche est fermée par les lèvres jointes, le maxillaire inférieur relâche sa pression contre le maxillaire supérieur, il se met au repos, pourrait-on dire, les dents des deux arcades ne se rejoignent plus. La pointe de la langue se maintient contre l'avant de la voûte palatine, proche des incisives ; l'organe s'incurve en son centre, par un relâchement de ses muscles, jusque vers l'isthme du gosier, formant une cuvette, une cavité que l'air inspiré par les fosses nasales vient remplir. A chaque inspiration du dormeur, un peu de l'air entraîné vers la trachée-artère s'engouffre dans la cuvette linguale dont les bords un peu relevés vibrent autant que le voile du palais. Ce choc d'air et son passage par l'isthme du gosier provoque le bruit appelé ronflement. Tel est son mécanisme fort simple. Le dormeur a des arrêts de ronflement quand il est forcé de faire automatiquement un mouvement de déglutition qui vient soulever la langue. On peut soi-même à l'état de veille, avec un peu de patience et sans trop de difficulté, produire ce ronflement, malgré les réflexes à vaincre et qui sont abolis dans le sommeil.

La suppression du ronflement s'obtient, avant le sommeil, par la volonté de tenir sa langue contre la voûte palatine. Si la volonté est insuffisante, il faut passer un bandage sous la mâchoire inférieure et le serrer sur la tête pour rapprocher les deux maxillaires, garder la langue dans sa position normale et empêcher son incurvation, due principalement à la fatigue. Le redressement constant de la langue étant ainsi obtenu par la volonté ou le resserrement, le ronflement est supprimé.

Edouard GANCHE.

Echos et Glanures

Diagnostics infaillibles. — *Une Compagnie d'assurances sur la vie nous communique la circulaire que vient de lui adresser une société s'occupant de radiesthésie.*

« Nous prenons la liberté de mettre notre Cabinet médical à votre disposition pour l'examen de vos clients éventuels en assurance-vie.

« Les diagnostics établis suivant les procédés radiesthésiques offrent aux Compagnies d'assurance-vie une garantie toute particulière. Nos examens en effet, nous permettent de déceler et d'identifier les maladies sans avoir à interroger le patient.

« Précédant la visite médicale classique, l'examen du radiesthésiste attire l'attention du praticien sur des points particuliers ou des maladies peu apparentes évitant ainsi des omissions regrettables pour une bonne sélection de votre clientèle. Certes, le prix de cet examen est plus élevé que celui d'une visite ordinaire, mais il lui est nettement supérieur et, pour parler affaire, il vous évitera d'assurer des individus à santé peu recommandable.

« Nous nous tenons à votre disposition pour renseignements complémentaires et sur votre accord de principe, nous vous fixerons quant à nos prix et conditions de travail. »

Inutile d'ajouter que la Compagnie en question n'est pas encore sur le point de recourir à ces nouveaux et infaillibles moyens de diagnostic.

Une thèse sur la mort du conseiller Prince. — C'est celle de M. S. Goldschlager (Examen critique d'un cas d'écrasement par train. Suicide ou homicide. Ed. Argentoratum, Strasbourg, 1936, 8°, 83 p.), inspirée par le Professeur Chavigny. En voici les conclusions :

« Dans le cas considéré ici, les constatations d'ordre médico-légal, paraissent ruiner définitivement l'hypothèse du suicide et conduire à celle de l'assassinat après anesthésie prolongée.

« Des ecchymoses ont été relevées en effet au visage ainsi qu'à la face externe du larynx.

Il est impossible d'après leur nature que ces lésions aient été provoquées par le passage du train sur le corps. Mais elles révèlent qu'on ne s'est pas servi d'un masque à anesthésier, mais vraisemblablement d'une compresse ou d'un simple mouchoir.

« L'autopsie a permis en outre de constater qu'il n'y avait aucune lésion ni de l'œsophage, ni de l'estomac, les muqueuses étant restées saines ; donc aucune trace de l'absorption d'un liquide toxique. Au contraire, les médecins ont constaté une desquamation du larynx et de la trachée ainsi que d'un œdème pulmonaire qui ne peuvent être dus qu'à un anesthésique nécrosant (de l'ordre des alcools).

« La nécrose du poumon n'a pu se produire que deux heures au moins après l'application du tampon anesthésiant. Il est certain que P. était endormi depuis au moins deux heures, lorsqu'il fut écrasé par le train.

« L'examen des blessures produites par le passage du convoi, démontre scientifiquement qu'elles sont antérieures à la mort. La victime a été attachée vivante par la cordelette, comme le prouvent quelques suffusions sanguines et elle ne s'est point débattue.

« Les faits établis, orientent, semble-t-il bien, vers l'hypothèse d'un crime. »

Médecins étrangers. Un bruit. . . (*P. Cibrie*, LE MÉDECIN DE FRANCE, 15 octobre 1936.)

On a dit que le Gouvernement songeait à naturaliser « en masse » des médecins étrangers (juifs allemands) et on a cité le chiffre de 350, puis de 1.000.

On ajoutait : le Gouvernement se propose de leur donner droit d'exercice en France.

Si la première question, celle des naturalisations est d'ordre administratif, la seconde est d'ordre législatif. Le Ministère de la Santé publique, alerté par nous, a donné un démenti catégorique, en soulignant le caractère illégal de la deuxième proposition.

Mais tout le monde ne connaît pas, sur le bout du doigt, les dispositions de la loi du 26 juillet 1935, sur l'exercice de la médecine par les étrangers.

Or, prenons un exemple.

Voici un étranger muni du diplôme de docteur en médecine de son pays.

Que doit-il faire s'il veut exercer en France ? Nous supposons sa naturalisation obtenue.

1º Il doit acquérir les titres initiaux :

— Baccalauréat (les deux parties) — deux ans au moins.

— P. C. B. — un an.

2º Il peut être dispensé de trois années de scolarité — restent trois.

Mais comme il n'est dispensé d'*aucun* examen, compter largement quatre ans.

3º Service militaire — ou il l'accomplit, ou il a été naturalisé trop tard pour l'accomplir, ou il est réformé.

S'il est réformé : deux ans d'attente avant d'avoir droit d'exercice.

S'il est naturalisé après 30 ans : délai d'attente de quatre ans.

Ces délais partent de la date d'obtention du diplôme d'Etat français.

Donc minimum neuf ans. Moyenne onze ans, pour un médecin étranger décidé à faire le nécessaire pour exercer en France.

En outre, les fonctions de médecine publique ne peuvent être remplies que cinq ans après l'obtention du droit d'exercer.

Je demande aux plus exigeants d'entre nous s'ils ne pensent pas. vraiment, qu'il y a là une barrière bien difficilement franchissable ?

Le passé persiste, la loi n'a pas d'effet rétroactif, et ceux qui bénéficiaient des errements anciens, continuent.

Pour le présent et l'avenir, souhaitons — croyez-moi — qu'il ne soit pas touché à la présente loi, à l'élaboration de laquelle les Syndicats médicaux ont sérieusement travaillé.

Les Livres de la semaine

AVELINE (G.). — **Formes insoupçonnées du parasitisme. Une maladie nouvelle, l'anguillose.** 220 p. (270 gr.). Br. : 30 fr. (3104). *M. Vigné.*

BÉNON (R.). — **Alcoolisme et pathologie mentale.** (25/16). 300 p. (515 gr.). Br. : 25 fr. (3104). *M. Vigné.*

BOURAYNE (de). — **Précis de réglementation maritime à l'usage des médecins sanitaires embarqués.** (23/14). 96 p. Br. : 18 fr. (3105). *Gauthier-Villars.*

HALBRON (Paul, etc.). — **Diagnostic médical pratique.** Nouv. éd. avec table. (19/12). 690 p. Br. : 50 fr. (3088). *F. Alcan.*

J'attends le médecin. Premiers soins à donner. In-16 cour. Br. : 7 fr. 50 (3110). *A. Lemerre.*

JOURDAN (Pierre). — **La chirurgie thyroïdienne. Etude analytique des thyroïdectomie.** (25/16). 96 p. (310 gr.). Br. : 25 fr. (3104). *M. Vigné.*

PRÉVOST (Dr). — **L'amour secret.** Br. : 30 fr. (3080). *Excl. Hachette.*

RONNEAUX (Dr Georges). — **Les courants de haute fréquence. Applications de tension (courants de résonnance).** Coll. Actualités physiothérapiques. (20/13). XII-156 p. 36 fig. Br. : 30 fr. (3103). *Gauthier-Villars.*

SARGNON (A.). — **Nez et Œil.** 490 p. fig. (430 gr.). Br. : 35 fr. (3104). *M. Vigné.*

(Extr. de la *Bibliographie de la France.*)

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 45 LE NUMÉRO : 50 Centimes 7 NOVEMBRE 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Travaux originaux

P. NOBÉCOURT, BRISKAS, ABAZA : Rapports entre l'âge des premières règles et l'âge du début clinique de la tuberculose suivant les formes cliniques de la tuberculose....... 1721

Clinique médicale

O. CROUZON : Traumatisme et maladies nerveuses.................. 1700

Actualités

M. MEIGE : *Jean Charcot*.......... 1747

Sociétés savantes

Académie de Médecine............. 1740
Académie de Chirurgie............. 1743
Société de Médecine de Paris....... 1744

Nouvelles..................... 1715
Il y a cent ans.................. 1718
Echos et Glanures................ 1749
Bibliographie.................... 1732
Les Livres de la semaine......... 1750

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. (Année scolaire 1936-1937, 1er semestre.) — CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE (Hôpital Laënnec. Professeur : M. Fernand Bezançon.) — M. le Professeur BEZANÇON commencera ses leçons à la salle des conférences de la Clinique, le vendredi 4 décembre 1936, à 11 heures, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

SUJET DES LEÇONS : Tuberculose infection et tuberculose maladie.

A partir du 1er décembre, le mardi de 10 à 12 heures, à la salle de conférences : Présentation de malades et examen médico-chirurgicaux, en collaboration avec MM. Lardennois, Maurer et Rolland.

Pendant le mois de novembre, à l'occasion du cours complémentaire de chirurgie pleuro-pulmonaire de MM. Lardennois et Maurer, M. le Professeur Bezançon fera une série de leçons à la salle de conférences de la Clinique : Lundi 16 novembre, à 10 heures : La collaboration médico-chirurgicale dans la thérapeutique des maladies respiratoires. — Mardi 17 novembre, à 18 heures : L'anatomie pathologique de la tuberculose pulmonaire du point de vue chirurgical. — Jeudi 19 novembre, à 18 heures : Anatomie pathologique des dilatations bronchiques. — Vendredi 20 novembre, à 11 heures : Les formes cliniques de la dilatation des bronches. — Jeudi 26 novembre, à 17 heures : Anatomie pathologique des abcès du poumon et de la gangrène pulmonaire. — Vendredi 27 novembre, à 10 heures : Les formes cliniques des suppurations du poumon.

— *Cours libre sur l'assistance médico-sociale.* — M. le Docteur P.-F. Armand-Delille a commencé le mercredi 4 novembre 1936, à 6 heures du soir, à la Sorbonne (Amphithéâtre Michelet), et continue les mercredis suivants à la même heure, une série de conférences sur l'assistance médico-sociale et l'organisation du Service social.

PROGRAMME DU COURS. — L'assistance sociale. Son origine, son but. — Importance de l'organisation systématique du service social dans les collectivités contemporaines. Nécessité d'une préparation spécialisée pour ceux qui veulent s'y consacrer. — Importance des enquêtes. Leur technique. — Les grands problèmes médicaux sociaux. — Assistance aux tuberculeux adultes et enfants. — Préservation de l'enfance contre la tuberculose. — Assistance médico-sociale dans la lutte contre la syphilis, le cancer, l'alcoolisme. — Assistance prénatale et protection de la première enfance. — Assistance à l'enfance et à l'adolescence, aux arriérés, anormaux, délinquants. — Service social dans les hôpitaux. — Assistance aux familles nombreuses ; Amélioration du logement et des conditions de vie. — Assistance dans les milieux industriels et dans les grandes agglomérations urbaines. — Habitations à bon marché et service social. — Les centres sociaux. — Service médico-social dans les communes rurales. — Rôle du service social dans l'orientation professionnelle. — Spécialisation dans le service social : Infirmières visiteuses pour la tuberculose, pour la lutte contre la syphilis, pour l'hygiène infantile. — Assistantes sociales des hôpitaux, assistantes sociales pour les tribunaux d'enfants. — Surintendantes d'usines, directrices de foyers sociaux, ingénieurs sociaux. — Développement du service social, son rôle dans la formation et l'éducation de la conscience collective. — Organisation de l'enseignement et préparation au service social, aptitudes et qualités nécessaires aux travailleuses sociales. — Les écoles de service social. — La préparation au diplôme de service social. — Résultats obtenus par le développement du service social en France et à l'étranger.

— *Pathologie et thérapeutique générales.* (Professeur : M. A. Baudouin.) — M. le Professeur Baudouin, commencera son cours le lundi 16 novembre, à 18 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

OBJET DU COURS. — 1° Eléments de pathologie générale infectieuse : infection, réactions de l'organisme, immunité, anaphylaxie, allergie. — 2° Les viciations pathologiques des principaux équilibres métaboliques : métabolisme basal, équilibre acido-basique, métabolisme des graisses, des sucres, de l'azote.

— *Clinique de la tuberculose* (Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres. Professeur : M. Fernand Bezançon.)— Un cours complémentaire de chirurgie pleuro-pulmonaire sera fait, du 16 novembre au 28 novembre, par MM. Lardennois, Maurer, Rolland, Triboulet, Azoulay, Dreyfus-le-Foyer, O. Monod, A. Meyer.

Il comprendra vingt-deux leçons, des séances de démonstrations, et l'assistance aux interventions et aux consultations.

Droit d'inscription : 200 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté, guichet 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, et à la salle Béclard, à la Faculté, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi.

Cours gratuit pour les internes et externes.

— *Clinique obstétricale* (Clinique Baudelocque, 121, boulevard de Port-Royal). — M. le Professeur Couvelaire reprendra son cours de clinique le vendredi 13 novembre, à 11 heures, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Amphithéâtre d'Anatomie. — M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence), en onze leçons, par M. le Docteur Pierre Aboulker, prosecteur, commencera le lundi 16 novembre 1936, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

PROGRAMME DU COURS. — I. *Chirurgie des plaies des membres.* — A. Lésions des parties molles : Plaies des muscles. Plaies des tendons. Plaies des vaisseaux : technique de la ligature et de la suture artérielle. Plaies des nerfs : la suture nerveuse. — *Les assistants répéteront* : la suture tendineuse, la suture artérielle, la suture nerveuse.

II. *Chirurgie des plaies des membres.* — *B.* Lésions du squelette et des articulations : Plaies articulaires. Fractures ouvertes. Les amputations dans la pratique courante. — *Les assistants répéteront* : les amputations pratiques.

III. *Chirurgie des suppurations des membres.* — Panaris, phlegmons de la main. Arthrites suppurées : arthrotomie et résection. Ostéomyélites aiguës. — *Les assistants répéteront* : l'incision des panaris ; l'incision des phlegmons de la main : phlegmons commissuraux, phlegmons de la gaine digitale, phlegmons des gaines digito-palmaires. Découverte du rameau thénarien du médian. Arthrotomie de la hanche : résection de la hanche. Voie d'abord de l'extrémité inférieure du fémur. Trépanation.

IV. *Chirurgie d'urgence des affections de la tête et du cou.* — Les

traumatismes du crâne : ponction rachidienne, trépanation décompressive pour hématone, opération de Cushing, opération d'Ody. Le traitement chirurgical de l'angine de Ludwig. La trachéotomie. La trépanation de la mastoïde. — *Les assistants répéteront* : la trépanation décompressive pour hématone, la trépanation de Cushing, l'opération d'Ody, la trachéotomie, la trépanation de la mastoïde.

V. *Chirurgie des péritonites aiguës.* — Appendicite aiguë, péritonites appendiculaires. Péritonites par perforation des ulcères gastriques et duodénaux. Péritonite d'origine biliaire. Traitement de la pancréatite aiguë hémorragique. — *Les assistants répéteront* : l'ablation de l'appendice, la suture d'une perforation gastrique, la cholécystectomie, l'abord du pancréas.

VI. *Chirurgie gynécologique d'urgence.* — Péritonites d'origine génitale : ablation des annexes, colpotomie postérieure, technique du drainage à la Mickuliez. Traitement de la rupture de grossesse extra-utérine, de la torsion des kystes de l'ovaire. — *Les assistants répéteront* : l'ablation unilatérale des annexes, l'hystérectomie subtotale, le drainage à la Mickulicz, la colpotomie postérieure.

VII. *Chirurgie des occlusions intestinales.* — Anus cæcal, anus iliaque, entérostomie. Résection intestinale et sutures. — *Les assistants répéteront* : l'anus cæcal, l'anus iliaque, l'entérostomie sur le grêle, la résection et la suture intestinale.

VIII. *Chirurgie des hernies étranglées.* — Hernies crurale, inguinale, ombilicale. — *Les assistants répéteront* : la cure des hernies crurale, inguinale, ombilicale.

IX. *Chirurgie des traumatismes abdominaux.* — Plaies et contusions de l'abdomen, suture du foie, splénectomie. Plaies thoraco-abdominales : la thoraco-phréno-laparotomie. — *Les assistants répéteront* : la suture du foie, la splénectomie, la thoracophréno-laparotomie.

X. *Chirurgie d'urgence du thorax.* — Plaies du cœur. Plaies pleuro-pulmonaires. Hémothorax. Pleurésies purulentes. Péricardites purulentes. Emphysème médiastinal aigu. — *Les assistants répéteront* : l'abord du cœur, la suture d'une plaie du cœur, la pleurotomie, la péricardotomie par la voie de Larrey.

XI. *Chirurgie urinaire d'urgence.* — Traitement de la rupture traumatique de l'urètre. La cystostomie. Traitement de l'infiltration d'urine. Traitement de l'anurie par la décapsulation rénale. La pyélostomie. — *Les assistants répéteront* : la cystostomie, la décapsulation rénale, la néphrostomie.

Société française d'histoire de la médecine. — La séance mensuelle de la Société aura lieu le samedi 7 novembre 1936, à 17 heures, à la Faculté de médecine (Foyer des Professeurs).

Ordre du jour. — Professeur Laignel-Lavastine : Jeanselme historien de la médecine. — Docteur Dally : Claude Tardy, le premier transfuseur. — Docteur P. Bernard : Un médecin de l'époque napoléonienne. — Docteur L. Brodier : La maladie et la mort de Bossuet. — Docteur Vannier : L'œuvre du Docteur Peczely et le diagnostic des maladies de l'examen de l'iris.

Les prix Nobel de médecine. — Sir Henri Hallett Dale, qui partage avec le professeur autrichien Lœwy, le prix Nobel de médecine, est né à Londres en 1875.

Il fit ses études générales à Cambridge et ses études de médecine à Londres. C'est également dans les hôpitaux londoniens qu'il commença une carrière marquée de succès de plus en plus nombreux.

Membre de nombreuses universités et sociétés savantes de diverses nations, il fait partie du Conseil général médical depuis 1927 et est l'auteur d'articles publiés dans toutes les grandes revues médicales anglaises.

Le Professeur Otto Lœwy, conseiller aulique, est le doyen de la Faculté de médecine de Graz où il est, depuis trente ans, à la tête de l'Institut de pharmacologie.

Né à Francfort-sur-le-Main le 3 juin 1873 d'une famille israélite, il fit ses études dans les Universités allemandes et débuta en 1900 comme maître de conférences à l'Université de Marbourg. Ses travaux attiraient déjà l'attention et il fut appelé à l'Université de Vienne par le pharmacologue autrichien Hans Mayer dont il fut l'assistant. Puis, il fut nommé professeur extraordinaire à l'Université de Vienne. En 1909, il fut nommé professeur titulaire à la Faculté de médecine de Graz.

Le Professeur Lœwy est membre honoraire de la Physiological Society, de Londres, de l'Harvey Society, de New-York, de la Societa Italiana de Biologica, de l'Académie des Sciences de Halle (Allemagne). Il n'est pas membre de l'Académie des sciences de Vienne. Le Professeur Lœwy a mis en évidence, par ses travaux, l'existence de substances chimiques élaborées par les nerfs et agissant sur les organes ; il a étudié celles de ces substances qui agissent sur le cœur. Il est le cinquième lauréat autrichien du prix Nobel des sciences déjà précédemment attribué aux professeurs Barany, Landsteiner, Wagner-Jamegg (médecine) et au Professeur Pregel (chimie). (*Le Temps.*)

Ecole d'anthropologie (15, rue de l'Ecole-de-Médecine, troisième étage). — Le Docteur Briand, médecin de la Maison maternelle nationale, professeur, commencera son cours sur l'hérédité et la génétique, le mardi 10 novembre et le continuera tous les mardis à la même heure.

Sujet du cours : 1° Evolution de la notion d'hérédité (historique, éléments de génétique, découvertes récentes).

2° Répercussions sociales des conceptions modernes.

Journées internationales de la Santé publique (1er au 10 juillet 1937.) — Prendre l'être humain dès avant sa naissance, le suivre toute sa vie, étudier les maladies qui l'assailleront et dont l'hygiène et la prophylaxie le tiendraient à l'abri, mettre au point la question de la médecine préventive, définir le rôle que devront jouer les médecins et les sanitaires en matière de Santé publique, en dehors de l'étatisation, la socialisation ou la fonctionnarisation, en collaborant avec les médecins hygiénistes et les fonctionnaires sanitaires, donner la parole à tous ceux qui veulent que soit réalisée la formule : *Mens Sana in corpore sano*, tel est le but poursuivi par les « Journées internationales et les Etats généraux de la Santé publique » qui se tiendront du 1er au 10 juillet 1937 à l'occasion de l'Exposition internationale et dans son enceinte.

Tous les grands Comités, toutes les grandes Associations, Confédérations, Sociétés savantes ou professionnelles, nationales ou internationales ont bien voulu accorder leur patronage et leur concours à ces manifestations d'une très haute portée.

Pour réaliser le programme prévu, dix sections ont été créées : 1° Journées de la maternité et de l'enfance ; 2° Journées de médecine scolaire ; 3° Journées d'hygiène, de médecine et de pharmacie militaires ; 4° Journées de la marine militaire ; 5° Journées médicales coloniales ; 6° Journées de la marine marchande ; 7° Journées médico-sociales ; 8° Journées d'hygiène dentaire ; 9° Journées d'hygiène urbaine, rurale et sociale ; 10° Journées d'aviation sanitaire.

Mais l'inscription dans une section quelconque donne droit à assister à toutes les conférences de toutes les sections, fêtes, visites, réceptions, gala, etc...

Le Comité d'organisation a comme président le Professeur Tanon et comme secrétaire général le Docteur Georges Boyé.

A ces journées sont conviés tous ceux qui s'intéressent à la Santé publique et qui en sont les artisans : médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires, architectes, urbanistes, ingénieurs,

techniciens, sanitaires, sages-femmes, travailleuses sociales, infirmières, surintendantes d'usines, etc...

Ils trouveront d'ailleurs dans le Comité d'honneur et le Comité d'organisation de leurs représentants qualifiés qui ont bien voulu accorder leur patronage.

Reconnaissant l'importance de ces journées le ministre de la Défense nationale a accepté que soit comptée pour une période d'instruction la présence à ces manifestations des officiers du Service de santé.

Une exposition de produits pharmaceutiques, d'hygiène, de régime, etc..., d'instruments, d'appareils, etc..., est prévue, dont on fera connaître ultérieurement les modalités.

Des démonstrations seront faites dans les pavillons de l'exposition.

Les Congressistes participant à toutes les fêtes, visites, réceptions, etc., profiteront de tous les avantages obtenus : réductions sur les prix des voyages, entrées à l'Exposition, conditions spéciales dans les hôtels, etc., recevront gracieusement en 1936 et 1937 la revue *L'Hygiène sociale* qui s'est mise à la disposition du Comité d'organisation des journées pour publier dès maintenant, programmes, communications, renseignements, rapports, comptes rendus, etc...

Renseignements et inscriptions au secrétariat général : 2, rue Chauchat, Paris.

Congressistes : 100 francs ; familles des congressistes, étudiants, personnel des Œuvres médico-sociales : 50 francs ; (chèques, mandats, chèques postaux au nom du Docteur Planson, trésorier, 164, rue de Courcelles, Paris, compte chèques postaux : Paris (1781-39).

Les Voyages Duchemin-Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris. Tél. : Opéra 56-41, sont officiellement chargés de s'occuper des questions de voyage et séjour à Paris des participants aux Journées internationales de la Santé publique et d'organiser les excursions prévues par le Comité.

Légion d'honneur. — *Ministère de la Santé publique.* — Est promu au grade de chevalier : M. Adrien Saint-Ange Plet, des laboratoires Drouet et Plet.

Fédération corporative des médecins de la région parisienne. — A propos des projets sur le cumul, la Fédération corporative des médecins de la région parisienne nous transmet le vœu suivant, adressé le 26 octobre 1936 aux Ministres de l'Education nationale et de la Santé publique :

« La Fédération corporative des médecins de la région parisienne, profondément émue d'apprendre qu'il est question de retirer aux professeurs chargés d'enseigner la médecine le droit de la pratiquer en clientèle :

« Considérant qu'une telle mesure risque d'entraîner des démissions massives dans le Corps enseignant et de compromettre gravement la qualité de son recrutement ultérieur ;

« Considérant, d'autre part, qu'un abaissement scientifique du Corps médical enseignant porterait un préjudice certain, non seulement au prestige de la médecine française à l'étranger et à l'instruction des futurs médecins, mais à la qualité des soins donnés aux malades d'hôpital ;

« Considérant enfin que la médecine d'hôpital n'est pas toute la médecine et qu'il est nécessaire qu'un professeur de médecine puisse envisager la pathologie dans les différents milieux qui sont susceptibles d'imprimer chacun des caractères spéciaux à diverses maladies :

« Demande instamment aux ministres de l'Education nationale et de la Santé publique de s'opposer à la réalisation de ce projet aux divers points de vue envisagés. »

IL Y A CENT ANS

Faculté. — *2144 inscriptions, dont 421 premières ont été prises pour le trimestre de novembre à la Faculté de Médecine de Paris.*

Séance annuelle de l'Ecole de Médecine de Paris. — *La séance publique de rentrée pour les cours de l'Ecole a eu lieu le 2 novembre sous la présidence de M. Orfila. Le discours d'usage a été prononcé par M. le Professeur Cruveilher. Après avoir fait en terme dignes et pénétrés l'éloge de feu M. de Jussieu, qui appartenait à la Faculté de Médecine, une transition naturelle l'a conduit à s'occuper des devoirs que le titre de docteur imposait à ceux qui l'obtiennent.*

Le médecin, a-t-il dit, doit être honnête homme et homme de service ; la science lui fournit les matériaux, les qualités morales en règlent l'emploi, et seules peuvent lui donner l'élévation de caractère et l'énergie dont il a si souvent besoin dans l'exercice de son art. — La science est le premier devoir du médecin ; lorsqu'il s'agit de la vie des hommes, l'ignorance est un crime. — Tous les hommes ne sont pas aptes à la pratique de la médecine, un sens droit, un dicernement exquis, un esprit positif, voilà les conditions indispensables pour le praticien. L'art d'observer exige moins d'imagination que de rectitude, moins d'élévation dans l'esprit peut-être que de pénétration, d'attention et de persévérance. — Aucune considération humaine ne pourrait nous arracher un secret qui nous aurait été confié dans l'exercice de nos fonctions. Plus forte qus les promesses et les menaces, notre conscience de médecin protesterait contre toute violence et répondrait par cet argument invincible : Nous ne le devons pas. — Comment le médecin inspirerait-il de la confiance s'il n'inspire de l'estime, et comment l'estime sans la vertu et les bonnes mœurs ? Le chef de famille l'introduira-t-il dans sa maison, l'époux lui confiera-t-il son épouse, la mère, sa fille, s'il pouvait être soupçonné d'abuser de sa profession pour satisfaire des passions honteuses ou pour tremper dans des intrigues criminelles, s'il n'était qu'un espion, un intrigant ou un corrupteur ? Et mettons de côté toute autre considération, notre profession doit nous élever au-dessus des passions des sens en brisant le prisme trompeur à travers lequel elles se présentent aux yeux des autres hommes. Pour nous, ce bandeau de l'illusion est bientôt tombé, la vie est désenchantée de ses brillants mensonges ; le positif des choses humaines est toujours présent avec leurs fragilités et leurs misères. Une épidémie meurtrière, c'est le champ d'honneur du médecin, c'est là qu'il déploie ce courage imperturbable, ce sang-froid qui rassure la population terrifiées. N'oublions jamais que notre mission est une mission d'humanité, de paix, de conservation ; que devant cette haute mission disparaissent toutes les distinctions de peuple, de conditions sociales, de partis, d'opinion ; que le médecin appartient à l'humanité tout entière, et non pas à une fraction de l'humanité, et que, si le fer arme sa main, c'est pour réparer et non pour détruire (Journal des Connaissances Médicales, *novembre* 1836.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Rapports entre l'âge des premières règles et l'âge du début clinique de la tuberculose, suivant les formes cliniques de la tuberculose

Par

P. NOBÉCOURT
Professeur

S.-B. BRISKAS
Assistant étranger

et **A. ABAZA**
Ancien interne de la Clinique médicale des enfants de Paris

Dans un précédent mémoire et dans une leçon de l'un de nous (1) nous avons étudié l'âge de la première menstruation comparativement chez 105 tuberculeuses et chez 811-non tuberculeuses de 10 à 17 ans.

Dans ce mémoire nous étudions :

I. L'âge des premières règles suivant les formes cliniques de la tuberculose.

II. Les rapports entre l'âge des premières règles et l'âge du début clinique de la tuberculose.

Nous envisageons pour chaque ordre de faits :

1° Les tuberculoses pulmonaires .

2° Les tuberculoses extrapulmonaires.

I. Age des premières règles suivant les formes cliniques de la tuberculose

1° Tuberculoses pulmonaires

Sur 105 tuberculeuses que nous avons étudiées, 86, soit 81,9 %, sont atteintes de tuberculoses pulmonaires.

Parmi ces 86 malades, 40 ont eu leurs premières règles, soit 46,5 %.

Suivant l'allure générale, les signes cliniques, les aspects radiologiques, la présence ou l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration (recherche dans les crachats, les selles, le contenu de l'estomac), nous distinguons trois formes :

A) Tuberculoses pulmonaires d'allure bénigne : 20 cas, soit 19 %.

B) Tuberculoses pulmonaires de gravité moyenne : 29 cas, soit 27,6 %.

C) Tuberculoses pulmonaires sévères : 37 cas, soit 35,2 %.

A) TUBERCULOSES PULMONAIRES D'ALLURE BÉNIGNE

Le nombre des cas est de 20 sur 86 malades, soit 19 %.

On ne trouve pas de bacilles de Koch dans les crachats et le contenu de l'estomac.

Les vingt cas comprennent :

Dix cas de *tuberculose ganglio-hilaire* ;
Trois cas de *congestion pulmonaire* et *pleuro-pulmonaire* ; (Pléno-pneumonie, scissurite, cortico-pleurite) ;
Sept cas de *tuberculose nodulaire, limitée ou discrète*.

(1) P. NOBÉCOURT, S.-B. BRISKAS et A. ABAZA. — Rapports entre la tuberculose extragénitale et l'âge de la première menstruation. *Le Progrès Médical*, 18 juillet 1936, n° 29, p. 1185.
P. NOBÉCOURT. — Première menstruation et tuberculose. *Le Concours Médical*, n° 30, p. 2285, 26 juillet 1936.

Voici, pour chaque forme de tuberculose pulmonaire, les *âges d'apparition des premières règles* et les *âges de filles non-réglées* à l'époque de notre observation.

Tuberculose ganglio-hilaire. — Sur dix filles atteintes de cette forme de tuberculose :

Sept ne sont pas réglées au moment de l'observation.

Deux sont dans la onzième année ;
Deux sont dans la douzième année ;
Deux sont dans la quatorzième année ;
Une est dans la quinzième année.

Trois ont eu leurs premières règles :

Une pendant la douzième année (à 11 ans et 11 mois) ;
Deux pendant la quinzième année (à 14 ans et 14 ans 2 mois).

Congestion pulmonaire et pleuro-pulmonaire (splénopneumonie, scissurite, cortico-pleurite). — Sur trois filles présentant cette forme de tuberculose :

Deux ne sont pas réglées au moment de l'observation :

Une est dans la douzième année ;
Une est dans la treizième année.

Une a eu ses premières règles pendant la douzième année (11 ans).

Tuberculose nodulaire limitée ou discrète. — Sur les sept filles atteintes de cette forme de tuberculose :

Deux ne sont pas réglées au moment de l'observation :

Une est dans la treizième année ;
Une est dans la quatorzième année.

Cinq ont eu leurs premières règles :

Trois pendant la treizième année (deux à 12 ans, une à 12 ans 6 mois) ;
Deux pendant la quatorzième année (à 13 ans et 13 ans 7 mois).

Pour l'ensemble des malades présentant ces trois formes de tuberculose, l'âge moyen de la première menstruation est 12 ans 5 mois.

B) TUBERCULOSES PULMONAIRES DE GRAVITÉ MOYENNE

Le nombre des cas est de 29 sur 36 malades, soit 27,6%.

L'examen des crachats et du contenu de l'estomac décèle des bacilles de Koch.

Les vingt-neuf cas comprennent :

Onze cas de tuberculoses nodulaires (étendues, bilatérales) ;
Dix-huit cas de formes mixtes (homogènes, bilatérales, formes fibreuses chroniques).

Tuberculose nodulaire (étendue, bilatérale). — Sur onze filles atteintes de cette forme de tuberculose :

Cinq ne sont pas réglées au moment de l'observation :

Une est dans la douzième année ;
Une est dans la treizième année ;
Une est dans la quatorzième année ;
Deux sont dans la quinzième année.

Six ont eu leurs premières règles :

Une pendant la onzième année (10 ans 6 mois) ;
Trois pendant la treizième année (deux à 12 ans 6 mois et une à 12 ans 11 mois) ;
Deux pendant la quatorzième année (à 13 ans et à 13 ans 6 mois).

Formes mixtes (homogènes, bilatérales, formes fibreuses chroniques). — Sur dix-huit filles présentant ces formes de tuberculose :

Onze ne sont pas réglées au moment de l'observation :

Une est dans la douzième année ;
Cinq sont dans la treizième année ;
Deux sont dans la quatorzième année ;
Trois sont dans la quinzième année.

Sept ont eu leurs premières règles :

Une pendant la douzième année (11 ans) ;
Deux pendant la treizième année (12 ans) ;
Trois pendant la quatorzième année (une à 13 ans, deux à 13 ans 6 mois) ;
Une pendant la quinzième année (à 14 ans).

Pour l'ensemble des malades présentant ces deux formes de tuberculose, l'âge moyen de la première menstruation est 12 ans 7 mois.

C) Tuberculoses pulmonaires d'allure sévère

Le nombre des cas est de 37 sur 86, soit 35,2 %.
On a toujours constaté des bacilles.
Les trente-sept cas comprennent :

Vingt-et un cas de *formes fibreuses* (chroniques, excavées, unilatérales) ;
Neuf cas de *tuberculoses fibro-caséeuses* (chroniques, excavées, bilatérales) ;
Sept cas de *formes caséo-ulcéreuses* (broncho-pneumonie aiguë, caséeuse).

Tuberculoses pulmonaires, formes fibreuses (chroniques, excavées, unilatérales). — Sur vint et une filles atteintes de cette forme de tuberculose :

Dix ne sont pas réglées au moment de l'observation :

Deux sont dans la onzième année ;
Une est dans la douzième année ;
Deux sont dans la treizième année ;
Une est dans la quatorzième année ;
Trois sont dans la quinzième année ;
Une est dans la seizième année ;

Onze ont eu leurs premières règles :

Une pendant la onzième année (à 10 ans 3 mois) ;
Trois pendant la douzième année (à 11 ans, 11 ans 6 mois et 11 ans 9 mois) ;
Deux pendant la treizième année (à 12 ans et 12 ans 6 mois) ;
Cinq pendant la quatorzième année (deux à 13 ans, une à 13 ans 4 mois, deux à 13 ans 7 mois).

b) *Tuberculoses fibro-caséeuses* (chroniques, excavées, bilatérales). — Sur neuf filles atteintes de cette forme de tuberculoses :

Sept ne sont pas réglées au moment de l'observation :

Quatre sont dans la douzième année ;
Une est dans la quatorzième année ;
Deux sont dans la quinzième année.

Deux ont eu leurs premières règles :

Une pendant la treizième année (à 12 ans 6 mois) ;
Une pendant la seizième année (à 15 ans 6 mois).

c) *Tuberculoses caséo-ulcéreuses* (broncho-pneumonie aiguë, caséeuse). — Sur sept filles atteintes de cette forme de tuberculose :

Deux ne sont pas réglées au moment de l'observation :

Une est dans la onzième année ;
Une est dans la quinzième année ;

Cinq ont eu leurs premières règles :

Trois pendant la treizième année (à 12 ans 4 mois, 12 ans 6 mois, 12 ans 9 mois) ;
Deux pendant la quatorzième année (à 13 ans, 13 ans 6 mois).

Pour l'ensemble des filles atteintes de cette forme de tuberculose, l'âge moyen de la première menstruation est 12 ans 7 mois.

En somme : chez les filles atteintes de tuberculose pulmonaire, il existe une légère différence dans l'âge d'apparition des premières règles suivant que l'affection a une allure bénigne est de gravité moyenne, ou comporte un pronostic sévère. L'âge moyen de leur apparition est :

12 ans 5 mois, quand la tuberculose a une allure bénigne
12 ans 7 mois, quand la tuberculose est de gravité moyenne ;
12 ans 7 mois, quand la tuberculose est sévère.

Rappelons que, dans notre précédent mémoire, nous avons signalé que l'âge moyen des premières règles est 12 ans 7 mois pour l'ensemble des tuberculeuses et 12 ans 10 mois pour les non tuberculeuses.

2° Tuberculoses extra-pulmonaires

Sur 105 tuberculeuses que nous avons étudiées, 19, soit 18 % sont atteintes de tuberculoses extra-pulmonaires.
Les dix-neuf cas comprennent :

Quatre méningites tuberculeuses ;
Cinq péritonites tuberculeuses ;
Quatre pleurésies tuberculeuses ;
Trois tuberculoses des ganglions cervicaux ;
Deux tuberculoses rénales ;
Une typhobacillose.

Voici, pour chaque forme de tuberculose, les âges *d'apparition des premières règles* et les *âges des filles non-réglées* à l'époque de notre observation.

Méningites tuberculeuses. — Les quatre malades ont eu leurs premières règles :

Une dans la onzième année (à 10 ans 5 mois) ;
Une dans la treizième année (à 13 ans 3 mois) ;
Une dans la quinzième année (à 14 ans 7 mois) ;
Une à un âge inconnu.

Péritonites tuberculeuses. — Sur cinq malades :
Une n'est pas réglée dans sa treizième année.
Quatre ont eu leurs premières règles :

Une pendant la treizième année (à 12 ans 5 mois) ;
Trois pendant la quatorzième année (à 13 ans, 13 ans 4 mois, 13 ans 6 mois).

Pleurésies séro-fibrineuses. — Sur quatre malades :

Deux ne sont pas réglées dans leurs quinzième année.
Deux ont eu leurs premières règles dans la quatorzième année (13 ans).

Tuberculoses des ganglions cervicaux. — Sur trois malades :
Une n'est pas réglée dans la quinzième année.
Deux ont eu leurs premières règles :

Une dans sa quatorzième année (13 ans 5 mois) ;
Une à un âge inconnu.

Tuberculose rénale. — Les deux malades ne sont pas réglées dans la quatorzième année.

Typhobacillose. — Une malade est réglée dans sa quinzième année (14 ans 3 mois).
Pour l'ensemble des filles atteintes de tuberculoses extra-pulmonaires, l'âge moyen de la première menstruation est 13 ans. L'apparition des règles est donc plus tardive que dans les tuberculoses pulmonaires.

Reprenons les données qui viennent d'être exposées et ÉTUDIONS COMPARATIVEMENT LES TUBERCULEUSES RÉGLÉES

et les TUBERCULEUSES NON-RÉGLÉES, en TENANT COMPTE DE LEURS AGES.

Pour les non-réglées, nous retenons l'âge où elles ont été observées, pour les réglées nous indiquons l'âge de leur première menstruation.

Voici le classement des faits suivant les formes cliniques de la tuberculose.

Tuberculoses pulmonaires bénignes. — Sur vingt malades il y en a :

Douze avant 13 ans (60 %) :
7 non réglées, soit 58 % ;
5 réglées, soit 41 %.

Huit à partir de 13 ans (40 %)
4 non réglées, soit 50 % ;
4 réglées, soit 50 %.

Les non réglées ont été observées :
3 dans la quatorzième année ;
1 dans la quinzième année.

Les autres ont eu leurs premières menstruation :
2 dans la quatorzième année ;
2 dans la quinzième année.

Tuberculose de gravité moyenne. — Sur vingt-neuf malades il y en a :

Quinze avant 13 ans (51 %) :
8 non-réglées, soit 53 % ;
7 réglées, soit 46 %.

Quatorze à partir de 13 ans (48 %) :
8 non réglées, soit 57 % ;
6 réglées, soit 42 %.

Les non-réglées ont été observées :
3 dans la quatorzième année ;
5 dans la quinzième année.

Les autres ont eu leurs premières menstruations :
5 dans la quatorzième année ;
1 dans la quinzième année.

Tuberculoses sévères. — Sur trente-sept malades, il y en a :

Vingt avant 13 ans (54 %) :
10 non-réglées, soit 50 % ;
10 réglées, soit 50 %.

Dix-sept à partir de 13 ans (45 %) :
9 non-réglées, soit 52 % ;
8 réglées, soit 47 %.

Les non réglées ont été observées :
2 dans la quatorzième année ;
6 dans la quinzième année ;
1 dans la seizième année.

Les autres ont eu leurs premières régles :
7 dans la quatorzième année ;
1 dans la seizième année.

Tuberculoses extra-pulmonaires. — Sur dix-sept malades (pour deux des dix-neuf malades l'âge de la première menstruation est inconnu), il y en a :

Quatre avant 13 ans (23 %) :
1 non-réglée, soit 25 % ;
3 réglées, soit 75 %.

Treize à partir de 13 ans (76 %) :
6 non-réglées, soit 46 % ;
7 réglées, soit 53 %.

Les non-réglées ont été observées :
2 dans la quatorzième année ;
4 dans la quinzième année.

Les autres ont eu leurs premières menstruations:
6 dans la quatorzième année ;
1 dans la quinzième année.

Voici, sous forme de tableau, les pourcentages des non-réglées et des réglées, d'une part, avant 13 ans, d'autre part, à partir de 13 ans, pour chaque forme clinique :

Avant 13 ans :	Tub. pulm. bénigne	Tub. pulm. de gravité moyenne	Tub. pulm. sévère	Tub. extra-pulm
Non-réglées........	58	53	50	25
Réglées............	41	46	50	75
A partir de 13 ans :				
Non-réglées.......	50	57	52	46
Réglées...........	50	42	47	53

Les rapports $\frac{\text{non-réglées}}{\text{réglées}}$ sont les suivants :

	Avant 13 ans	A partir de 13 ans
Tub. pulmonaire bénigne .	1,4	1,0
Tub. de gravité moyenne . .	1,1	1,0
Tub. sévères	1,0	1,1
Tub. extra-pulmonaire....	0,3	0,8

Les pourcentages des non-réglées et les pourcentages des réglées, les rapports des premiers avec les seconds, soit avant 13 ans, soit à partir de 13 ans, établissent que pour les tuberculoses pulmonaires il n'y a pas de différence importante suivant les formes cliniques. Par contre, chez les tuberculeuses extra-pulmonaires le pourcentage des non-réglées est plus faible que chez les tuberculeuses pulmonaires surtout avant 13 ans.

II. Rapports entre l'âge des premières règles et l'âge du début clinique de la tuberculose

Nous envisageons :

A) Pour les tuberculeuses *non-réglées*, l'âge du début clinique de la tuberculose et l'âge auquel la fille a été observée, suivant les diverses formes anatomo-cliniques.

B) Pour les tuberculeuses *réglées* :

1° Le rapport entre l'âge des premières règles et l'âge du début clinique de la tuberculose.

2° Le rapport entre l'âge des premières règles et l'âge du début clinique de la tuberculose suivant les formes cliniques de la tuberculose.

A. Tuberculoses non-réglées : âge du début clinique de la tuberculose et âge auquel la fille a été observée, suivant les formes anatomo-cliniques

Sur 105 filles tuberculeuses, 52, soit 49,5 % ne sont pas réglées.

Voici les âges, où les malades ont été observées et les âges du début clinique de la tuberculose.

Sur vingt filles atteintes de tuberculose pulmonaire d'allure bénigne, onze ne sont pas réglées.

Nombre des cas	Ages où les filles ont été observées	Age du début clinique de la tuberculose
1	13 ans 10 mois	3 ans
3	10 ans 11 mois	9 ans 11 mois
5	11 ans et 13 ans	10 ans et 12 ans (2 cas)
2	13 ans et 14 ans	13 ans et 14 ans

Sur vingt-neuf filles présentant des tuberculoses pulmonaires de gravité moyenne, seize ne sont pas réglées.

Nombre des cas	Ages où les filles ont été observées	Ages du début clinique de la tuberculose
2	10 ans 7 mois	10 ans
5	12 ans 5 et 12 ans 7 mois	11 ans 6 mois
5	12 ans 6 et 14 ans	12 ans
1	13 ans 9 mois	13 ans 7 mois
3	12 ans 11 mois	14 ans 11 mois

Sur trente-sept filles atteintes de tuberculoses pulmonaires sévères, dix-neuf ne sont pas réglées.

Nombre de cas	Ages où les filles ont été observées	Age du début clinique de la tuberculose
1	10 ans 3 mois	moyenne à l'enfance
2	10 ans 11 mois	8 ans
4	10 ans 12 mois	10 ans
3	11 ans, 12 ans, 14 ans	11 ans
6	12 ans, 13 ans, 14 ans	13 ans
2	14 ans et 15 ans	14 ans
1	15 ans 7 mois	15 ans

Sur dix-sept filles atteintes de tuberculose extra-pulmonaire, six ne sont pas réglées.

Nombre des cas	Ages où les filles ont été observées	Ages du début. Clinique de la tuberculose
3	12 ans, 13 ans, 14 ans	12 ans, 12 ans 6 mois
2	13 ans 6 mois, 14 ans	13 ans, 13 ans 6 mois
1	14 ans 9 mois	14 ans 6 mois

Ces tableaux ne conduisent à aucune conclusion. Chez les *tuberculeuses non encore réglées* on ne trouve pas dans la forme anatomo-clinique ou dans la gravité du pronostic de la tuberculose la raison de la non-apparition des règles.

B. Tuberculeuses réglées

1° Rapports entre l'âge des premières règles et l'âge du début clinique de la tuberculose

Sur les cinquante-trois tuberculeuses réglées, nous éliminons deux cas, dans lesquels la date des premières règles est inconnue ; reste cinquante et un cas qui se répartissent de la façon suivante.

Dans quatre cas, le début clinique de la tuberculose est *contemporain* des premières règles, soit 7,8 %.

Dans trente cas, le début clinique de la tuberculose est *postérieur* à l'apparition des règles, soit 58,8 %.

Dans dix-sept cas, le début clinique de la tuberculose est *antérieur* aux premières règles, soit 33,3 %.

Chez les quatre filles chez qui le début clinique de la tuberculose *coïncide* avec les premières règles, l'âge de la première menstruation est :

Dans la douzième année chez une.
Dans la treizième année chez une.
Dans la quatorzième année chez deux.

Parmi les trente filles, chez qui le début clinique de la tuberculose est *postérieur* à l'apparition des règles, l'âge de la première menstruation est :

Dans la onzième année, chez deux	6,6 %	23,2 %
Dans la douzième année, chez cinq	16,6 %	
Dans la treizième année, chez onze	36,6 %	69,9 %
Dans la quatorzième année, chez dix	33,3 %	
Dans la quinzième année, chez deux	6,0 %	
	99,7 %	

L'écart entre la première menstruation et le début clinique de la tuberculose, fait important à relever, est :

1 et 2 mois	dans 2 cas, soit dans	6,6 % des cas	
6 mois à 11 mois	dans 11 cas, soit dans	36,6 % des cas	
1 an à 1 an 11 mois	dans 12 cas, soit dans	40,0 % des cas	
2 ans à 2 ans 7 mois	dans 5 cas, soit dans	16,6 % des cas	
	30	99,8 %	

Parmi les dix-sept filles, chez qui le début clinique de la tuberculose est *antérieur* aux premières règles, il convient d'en éliminer trois qui ont eu en bas-âge, une première atteinte de tuberculose ; il reste donc quatorze malades.

Voici les constatations faites pour ces quatorze malades.

Nombre des cas	Age du début clinique de la tuberculose	Age de la première menstruation
1 cas	9e année	12e année
1 cas	11e année	13e année
4 cas	12e année	13e et 14e année
2 cas	13e année	14e année
6 cas	14e année	14e année, 2 cas; 15e année, 3 cas; 16e année, 1 cas

Pour les dix-sept filles de ce groupe, l'âge de la première menstruation est :

Dans la 12e année, 1 cas :	5,8 %	76,5 %
Dans la 13e année, 3 cas :	17,8 %	
Dans la 14e année, 3 cas :	52,9 %	
Dans la 15e année, 3 cas :	17,6 %	23,4 %
Dans la 16e année, 1 cas :	5,6 %	
17		

L'étude des malades chez qui le début clinique de la tuberculose est soit postérieur soit antérieur à la première menstruation permet de préciser, les relations entre l'âge de la *première menstruation* et le *début clinique de la tuberculose*.

a) *Age de la première menstruation*. — Dans la douzième et la treizième années, les pourcentages des premières menstruations sont plus élevés chez les filles qui deviendront tuberculeuses (16,6 et 36,6) que chez les filles qui sont déjà tuberculeuses (5,8 et 17,6).

Dans la quatorzième année, le pourcentage des premières règles est plus faible chez les filles qui deviendront tuberculeuses (35,3) que chez les filles déjà tuberculeuses (52,9).

b) *Début clinique de la tuberculose*. — Il y a assez rarement *coïncidence* entre le début clinique de la tuberculose et la première menstruation (7,8 % des filles réglées).

Le plus souvent le début clinique de la tuberculose est *postérieur* à la première menstruation (58,8 % des filles réglées).

Assez souvent, le début clinique de la tuberculose est *antérieur* à la première menstruation (33,3 % des filles réglées).

Quand le début clinique de la tuberculose est *postérieur* à la première menstruation, l'intervalle est quelquefois très court, un ou deux mois (6,6 %), aussi souvent de 6 mois à 1 an (36,6% que de 1 an à 1 an 11 mois (44 %), au total de 6 mois à 1 an 11 mois dans 76,6 % des cas, quelquefois de plus de 2 ans (16,6 %).

Quand le début clinique de la tuberculose est *antérieur* à la première menstruation, l'intervalle est quelquefois très court (11,7 % des cas), aussi souvent de 5 à 8 mois que de 2 ans à 2 ans 11 mois (17,6 % des cas), le plus souvent de 1 an à 1 an 11 mois (47 % des cas), rarement de plus de 2 ans (5,8 %).

En somme, dans quelques cas, la coïncidence de la première menstruation et du début clinique de la tuberculose ou la brièveté de l'intervalle qui sépare la première menstruation du début clinique ultérieur de la tuberculose peuvent faire penser à une relation de cause à effet entre la menstruation et l'apparition de la tuberculose.

Le plus souvent les intervalles de six mois, d'un an et demi, de 2 ans entre la première menstruation et l'apparition ultérieure de la tuberculose imposent une grande réserve quant à une relation de causalité.

2° Rapports entre l'âge des premières règles et l'âge du début clinique de la tuberculose suivant les formes anatomo-cliniques de la tuberculose

Envisageons d'abord, les *trente cas où le début clinique de la tuberculose est postérieur à la première menstruation*.

Il convient de distinguer les cas où les premières règles sont apparues avant 13 ans et ceux où elles sont apparues à partir de 13 ans.

Pour chacun de ces deux groupes, nous classons les tuberculoses, d'après leur gravité, dans le tableau suivant :

Premières règles	Tub. pulm. d'allure bénigne	Tub. pulm. de gravité moyenne	Tub. pulm. sévère	Tub. extra-pulm.
Avant 13 ans......	2 cas	5 cas	9 cas	2 cas
A partir de 13 ans..	0	3 cas	5 cas	4 cas

Les pourcentages sont les suivants :

Première menstruation	Tub. pulm. bénigne	Tub. pul. de gravité moyenne	Tub. pul. sévère	Tub. extra-pulm.
Avant 13 ans (18 cas)............	11	2[illegible]	50	11
A partir de 13 ans (12 cas).........	0	2[illegible]	41	33

Quand le début clinique de la tuberculose est postérieur à la première menstruation, les tuberculoses pulmonaires sévères constituent la moitié des cas chez les filles réglées avant 13 ans, comme si la précocité de la menstruation favorisait la gravité de la tuberculose ; mais chez les filles réglées à partir de 13 ans ces mêmes formes sont également les plus communes ; il faut donc faire des réserves sur cette interprétation des faits. Avant de tirer des conclusions de cette constatation, il conviendrait d'observer un plus grand nombre de malades.

Envisageons maintenant les dix-sept cas où le début clinique de la tuberculose est *antérieur* à la première menstruation.

Il convient de distinguer les cas où les premières règles sont apparues avant 13 ans et ceux où elles sont apparues à partir de 13 ans.

Dans le tableau suivant, pour chacun de ces deux groupes, nous classons les tuberculoses d'après leur gravité.

Premières règles	Tub. pul. bénigne	Tub. pul de gravité moyenne.	Tub. pul. sévère	Tub. extra-pulm.
Avant 13 ans......	1	2	1	0
A partir de 13 ans..	4	3	2	4

Les pourcentages sont les suivants.

Première menstruation	Tub. pulm. bénigne	Tub. pulm. de gravité moyenne	Tub. pulm. sévère	Tub. extra-pulm.
Avant 13 ans (4 cas)	25	50	25	0
Après 13 ans (13 zas)	30	23	15	30

Quand le début clinique de la tuberculose est antérieur à la tuberculose, les menstruations avant 13 ans sont donc assez fréquentes : la tuberculose pulmonaire ne semble pas retarder la première menstruation, en tout cas, les pourcentages des menstruations avant 13 ans sont les mêmes que la tuberculose pulmonaire soit bénigne ou sévère. D'autre part, les premières menstruations après 13 ans sont plus fréquentes dans les tuberculoses pulmonaires bénignes et les tuberculoses extra-pulmonaires que dans les autres formes de tuberculose pulmonaire.

* * *

Les faits que nous venons d'exposer autorisent un certain nombre de conclusions sur les RAPPORTS DE LA PREMIÈRE MENSTRUATION AVEC LES FORMES CLINIQUES DE LA TUBERCULOSE chez les filles de 10 à 17 ans.

1° L'*âge moyen des premières règles*, chez les tuberculeuses pulmonaires, est sensiblement la même quelle que soit la forme clinique dont elles sont atteintes ; il est peut-être un peu plus précoce chez celles qui ont des formes bénignes, il est de 12 ans 5 mois pour les formes sévères, 12 ans 7 mois pour les formes de gravité moyenne et les formes sévères. Pour la totalité des tuberculeuses pulmonaires cet âge est 12 ans 7 mois. La forme clinique de la tuberculose n'influence donc guère l'âge de la première menstruation.

Chez les filles atteintes de tuberculoses extra-pulmonaires, l'âge de la première menstruation (13 ans) est un peu plus tardif que chez les précédentes.

Rappelons que, chez les filles non-tuberculeuses, l'âge moyen de la première menstruation est d'après nos recherches, 12 ans 10 mois.

2° Chez les tuberculeuses pulmonaires, les *rapports des pourcentages des non-réglées et des réglées*, soit avant 13 ans, soit à partir de 13 ans, ne présentent pas de différences notables suivant les formes cliniques. Cette dernière conclusion confirme la première.

3° Rarement le *début clinique de la tuberculose* est *contemporain de la première menstruation* (7,8 % des cas de tuberculose pulmonaires et extra-pulmonaires) ; la menstruation s'est installée dans les douzième, treizième et quatorzième années.

Plus souvent, le *début clinique de la tuberculose est antérieur à la première menstruation* (33,3 % des cas) ; l'intervalle est quelquefois très court, le plus habituellement de cinq mois à deux ans : la première menstruation survient rarement pendant la douzième année, s'installe pendant les treizième et quatorzième années, dans 70,7 % des cas, pendant les quinzième et seizième années dans 23,1 % des cas.

Le plus habituellement le *début clinique de la tuberculose* est *postérieur à la première menstruation*. L'écart est quelquefois très court, en général de 6 mois à 3 ans. La première menstruation s'installe dans la onzième et la douzième années dans 23,2 % des cas, dans les treizième et quatorzième années dans 69,9 % des cas.

Remarquons que la première menstruation survient avec la même fréquence (70 % des cas environ) pendant les treizième et quatorzième années, que le début clinique de la tuberculose soit antérieur ou postérieur à la première menstruation.

Il ne semble donc pas que, dans la majorité des cas, la précocité de la menstruation favorise l'éclosion de la tuberculose ou que celle-ci retarde l'apparition des règles.

1° Quand le début clinique de la tuberculose est antérieur à la première menstruation, on constate chez les filles réglées avant 13 ans que le pourcentage des tuberculoses pulmonaires d'allure bénigne est le plus élevé.

Quand le début clinique de la tuberculose est postérieur à la première menstration, on constate chez les filles réglées avant 13 ans, comme chez les filles réglées à partir de 13 ans, que le pourcentage le plus élevé est celui des tuberculoses pulmonaires sévères.

Ces constatations permettent de penser que la précocité de la menstruation n'est pas un facteur d'aggravation d'une tuberculose pulmonaire antérieure.

Tels sont les faits que nous avons observés. Ils apportent des documents sur la question toujours controversée des rapports entre l'établissement des règles, d'une part, l'apparition de la tuberculose et sa gravité, d'autre part.

Nous n'entreprendrons pas de les confronter avec les opinions contradictoires des auteurs. Nous avons d'ailleurs poursuivi cette confrontation dans les travaux cités au début de ce mémoire.

Le pneumothorax artificiel a fait ses preuves. Appliqué avec opportunité, il fournit des résultats excellents qui peuvent être considérés comme de véritabes guérisons cliniques et radiologiques. Grâce à lui, le nombre des tuberculeux réputés incurables a fortement diminué, et le pneumothorax est bien, à l'heure actuelle, avec la cure sanatoriale, la thérapeutique la plus efficace que nous puissions opposer à la tuberculose pulmonaire. (A. Sauvan et M. Salvarellis. Les résultats éloignés du pneumothorax thérapeutique. (*Le Sud médical et chirurgical*, 15 sept. 1936.)

L'incontinence nocturne d'urines essentielle guérit toujours au plus tard à l'adolescence, les cas très rares d'incontinence chez l'adulte relevant presque toujours de lésions organiques. (Enquête sur l'incontinence nocturne d'urines de l'enfant, *Languedoc médical*, septembre 1936.)

CLINIQUE MÉDICALE

Traumatisme et maladies nerveuses [1]

Par O. CROUZON
Médecin de la Salpêtrière
Membre de l'Académie de médecine

Messieurs,

J'aurais pu en abordant ce très vaste sujet, envisager avec plus de détails l'étude d'un de ses points particuliers ; j'ai pensé qu'il était plus instructif de vous donner une vue d'ensemble sur cette question des affections nerveuses après traumatisme. Un tel exposé me forcera a être bref sur bien des chapitres ; j'essaierai de suppléer au manque de développement de ceux-ci, en vous présentant quelques malades dont l'histoire illustrera l'étude rapide que fe fais devant vous.

Les retentissements des traumatismes sur le système nerveux présentent un intérêt de plus en plus considérable, étant donnée la multiplicité des accidents de toutes sortes : accidents du travail, accidents de la voie publique, accidents d'automobile en particulier, dont est responsable la vie moderne. Ce fait explique que les tribunaux sont à l'heure actuelle encombrés d'expertises de ce genre. Il est donc d'une utilité primordiale pour le médecin praticien, pour le chirurgien, pour le neurologiste, de savoir préciser, dès le début des accidents observés, les indications thérapeutiques et de prévoir les conséquences médico-légales, pour chaque cas particulier. Avant de commencer cet exposé, je rappellerai certaines considérations générales d'ordre étiologique et physiopathologique qu'il est impossible de passer sous silence.

Il semble que l'on doive envisager l'influence générale du traumatisme sur le système nerveux à deux points de vue : action immédiate et effets tardifs.

L'action immédiate du traumatisme peut résulter d'une atteinte directe du système nerveux, du fait d'une brèche cranienne, d'une fracture du rachis avec section de la moëlle, par exemple.

Elle peut résulter d'une atteinte indirecte, par l'intermédiaire d'une hémorragie ou d'autres troubles vasculaires tels que des troubles vaso-moteurs.

Les *effets tardifs* proviennent : soit de l'infection secondaire au traumatisme, soit de lésions de sclérose consécutive à celui-ci et aboutissant par exemple six mois ou un an après l'accident à l'épilepsie traumatique, soit de lésions diverses telles que la hernie cérébrale, soit enfin de réactions vaso-motrices persistantes.

Nous pourrions donc considérer l'influence du traumatisme sur le système nerveux du point de vue de la pathologie générale. Nous savons en particulier, à l'heure actuelle, qu'au point de vue physio-pathologique, les manifestations nerveuses des traumatismes succèdent à des altérations le plus souvent histologiques et Ottorrino Rossi, en particulier, a montré dans son travail exposé au congrès de Berne en 1931, que dans leur déterminisme intervenaient des altérations des petits vaisseaux, une hypotension traumatique du liquide céphalo-rachidien.

Il me parait cependant préférable d'envisager l'action du traumatisme d'une façon plus pratique, quoiqu'un peu artificielle, en étudiant successivement : 1° les maladies nerveuses à étiologie traumatique évidente ; 2° les maladies nerveuses où l'influence traumatique est douteuse ou simplement adjuvante ; 3° les états superposés.

I. — Abordant l'étude des MALADIES NERVEUSES D'ÉTIOLOGIE TRAUMATIQUE ÉVIDENTE, je vous parlerai d'abord des *lésions cranio-cérébrales* dont l'histoire clinique, assez banale, ne nous retiendra pas longtemps. Vous connaissez tous les hémorragies cérébrales et les hémorragies méningées qui peuvent s'observer après une fracture du crâne ; elles peuvent être importantes ou plus simplement miliaires, du type de ces hémorragies histologiques reproduites expérimentalement par Mairet et Durante. Les hémorragies méningées traumatiques ont été étudiées surtout pendant la guerre, en particulier par Ravaut, Pierre-Marie, Guillain et Barré, Souques. Il s'agit souvent de petites lésions hémorragiques, qui, au même titre que les hémorragies méningées plus abondantes, peuvent être à l'origine de séquelles nerveuses importantes. Nous avons, depuis la guerre, acquis cette notion que les signes cliniques par lesquels se traduit la commotion cérébrale étaient dus à de petites hémorragies miliaires des méninges et de l'encéphale.

Cette *commotion cérébrale* se révèle de façon immédiate par un état comateux. Il y aura donc intérêt capital, en examinant plus tard un traumatisé du crâne à poser avant toute chose cette question : « Avez-vous eu, au moment de l'accident, une perte de connaissance, et pendant combien de temps celle-ci s'est-elle prolongée ? » Cette notion du coma post traumatique est d'importance primordiale au point de vue du diagnostic de la commotion cérébrale.

Au bout d'un temps variable, le blessé revient peu à peu à lui, mais il persiste des symptômes réalisant suivant les cas : soit un état d'allure psychopathique avec confusion mentale, soit un syndrome neurologique organique : hémiplégie, épilepsie par exemple. Ces symptômes, en rapport avec des lésions en foyer, varieront suivant le siège de celui-ci, et il est possible, à la suite des nombreuses observations faites sur les traumatisés du crâne, de classer les faits de la façon suivante :

Les blessures du *lobe frontal* aboutissent à un ralentissement psychique et à des troubles d'ordre moteur auxquels sont souvent associées des lésions oculaires : hémorragie de la gaine du nerf optique, lésions chorio rétiniennes.

Les blessures du *lobe pariétal*, souvent silencieuses, peuvent s'accompagner de troubles de la sensibilité objective, d'aphasie de Wernicke, d'apraxie, d'hémianopsie.

Dans les blessures de la *région rolandique*, ce sont avant tout les troubles moteurs hémiplégiques qui dominent la scène.

Les blessures du *lobe temporal* réalisent, plus souvent encore que celles du lobe pariétal, des troubles aphasiques sensoriels.

Les blessures du *lobe occipital*, intéressent avant tout la sphère visuelle et peuvent déterminer : soit l'hémianopsie latérale, soit la cécité corticale, soit l'hémianopsie horizontale, soit l'hémianopsie en quadrant, soit des scotomes hémianopsiques.

Je n'insisterai pas sur certaines complications, dues à

(1) Leçon faite le 5 juin 1936 à la Clinique des maladies du système nerveux (Hospice de la Salpêtrière), et recueillie par le Docteur CHRISTOPHE, assistant à la Salpêtrière.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Les Hyperglycémies. *Etude clinique et physiopathologique*, par Henri WAREMBOURG. Préface de MM. les Professeurs LOEPER et POLONOVSKI. Un volume de 584 pages. 65 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre a été conçu et exécuté dans un double but : tout d'abord, assembler, préciser, classer les innombrables notions acquises sur l'hyperglycémie ; ensuite, exposer le résultat de recherches originales qui ont montré à l'auteur comment, pour acquérir de la glycorégulation une connaissance précise, l'étude du glucose sanguin n'était pas suffisante, mais que d'autres produits du métabolisme hydrocarboné devaient être aussi considérés, et, au premier chef, ceux qui entrent dans la constitution du carbone non dosé du plasma sanguin. De cet indosé ternaire plasmatique, l'auteur a apprécié la valeur, étudié les variations physiologiques, les perturbations pathologiques, les réactions aux diverses substances endocriniennes ou pharmacodynamiques, montré l'intérêt dans l'appréciation clinique des insuffisances glycolytiques.

L'ensemble du travail permet d'opérer, parmi les hyperglycémies, un classement susceptible d'apporter quelque clarté dans ce problème complexe et de serrer de plus près la réalité des faits ; il permet surtout de poser des conclusions pratiques relatives à la mise en œuvre clinique du dosage de la glycémie et de l'appréciation de l'indosé carboné plasmatique.

Alimentation et morphologie. La révolution alimentaire actuelle. Ses conséquences biologiques, par le Docteur Géo. BELTRAMI. Illustrations par R. MAURECH. In-8° raisin de 208 pages, 60 figures 1936, 30 francs. Vigot frères, éditeur, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VI[e]).

L'Homme est un primate. A l'origine, comme eux il était frugivore, mais une première révolution alimentaire pendant la période glaciaire, le contraignit au carnivorisme. Quelques centaines de siècles plus tard, il devint agriculteur et inventa la cuisine.

A chacune de ces étapes correspond un type morphologique.

Aujourd'hui, une révolution alimentaire aussi profonde que celles du paléolithique et du néolithique se produit à notre insu.

L'industrie, fille de la science moderne, née au début du XIX[e] siècle, bouleversa progressivement nos habitudes alimentaires. Nous ne mangeons plus les mêmes choses que nos aïeux et celles que nous consommons sous les mêmes noms sont tout à fait autres. Nous mangeons mou, nous mangeons mort, nous mangeons vite, nous mangeons mal.

Dans nos pays, en 100 ans, la consommation individuelle a plus que sextuplé. Ces excès de quantité ont créé des troubles humoraux multiples, les maladies de la nutrition : obésité, diabète, arthritisme. Mais ils ont aussi une influence directe manifeste sur le système dento-maxillo-facial. Le rhino-pharynx s'atrophie, s'infecte, ouvre la porte à toutes les infections, la dent s'altère, se carie, tombe par pyorrhée alvéolaire. La dentition entière s'amoindrit dans l'espèce. Les dents de sagesse disparaissent, d'autres suivent ce mouvement régressif.

La révolution alimentaire que nous vivons est en train de bâtir un nouveau type humain dont un peut prévoir les directives en constatant ses premières altérations.

L'auteur a longuement développé toutes ces idées apportant une documentation extrêmement riche. Les illustrations, faites par un professionnel éminent qui allie les connaissances scientifiques précise à l'art de les exposer, apportent une lumière démonstrative.

L'ostéosynthèse au point de vue biologique. *Influence de la nature du métal. Etude expérimentale*, par G. MENEGAUX et D. ODIETTE. Un volume de 176 pages avec 71 figures, 35 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les auteurs ont été frappés par les incidents et les échecs imprévus auxquels donnent lieu de temps à autre les ostéosynthèses, quelque rigoureuses qu'aient été les indications et la technique opératoire, ainsi que les soins ultérieurs. Eliminant les facteurs actuellement bien connus, ils ont été amenés à penser que la nature du métal utilisé pouvait avoir une importance.

Ils ont étudié ce problème du point de vue cellulaire en cherchant à mettre en présence les différents métaux expérimentés et l'ostéoblaste lui-même considéré comme *primum movens* de toute consolidation osseuse.

Ils ont donc fait plusieurs séries d'expériences par la méthode des cultures de tissu. Ils ont voulu ensuite contrôler *in vivo* leurs résultats pour répondre à l'objection possible que leurs recherches *in vitro* n'avaient pas de portée pratique.

Ces deux méthodes, en apparence si dissemblables, leur ont donné des résultats concordants.

Ce travail est divisé en quatre parties. La première est consacrée à quelques généralités. Dans la deuxième et la troisième partie ils relatent successivement leurs expériences sur les cultures et leurs recherches de contrôle sur l'animal. La quatrième partie est réservée à l'étude critique des résultats.

Physiologie de l'innervation rénale, par Jean HAMBURGER. Préface de PASTEUR VALLERY-RADOT. Un volume de 180 pages, avec 15 figures, 30 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre constitue le premier travail d'ensemble sur la physiologie des nerfs du rein.

L'auteur a tenu compte de tous les travaux français et étrangers, ne

s'attachant qu'aux résultats cliniques et expérimentaux qui doivent être retenus. Son livre constitue en outre une œuvre personnelle : il a mis un point pour l'étude du calibre des artères du rein, une technique d'examen qui substitue une méthode directe aux anciens procédés indirects.

Introduction à la chirurgie génito-urinaire, par E.-E. Lauwers. Un volume de 197 pages, 32 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Après avoir écrit des « introductions » à la chirurgie nerveuse, à la chirurgie thoracique, à la chirurgie réparatrice, l'auteur présente une « Introduction à la chirurgie urinaire ».

Dans ce nouveau livre, il envisage toute la physio-pathologie génito-urinaire : il y ajoute même les notions de gynécologie qui confinent de plus près à l'urologie.

Les divers processus morbides sont classés suivant leur extension à l'appareil : au lieu de passer en revue les maladies des reins et de la vessie, l'auteur montre la marche et l'évolution de la lithiase, des tumeurs, de la tuberculose, dans leurs localisations successives ou contemporaines au rein, à la vessie, à la prostate.

Il ne touche ni à l'instrumentation ni à la technique.

Dans ce livre comme dans les précédents, l'auteur montre les possibilités et les limites de la chirurgie génito-urinaire. Ce n'est qu'une vue d'ensemble, un coup d'œil jeté de très haut sur la pathologie d'un appareil ; mais toutes les notions nécessaires y sont exposées sous la façon la plus concise et la plus claire.

Divers

Le centenaire de la mort de Dupuytren (1835-1935). Edition des Laboratoires Ciba. Limoges, imp. de la Soc. des Journaux et publications du Centre, 1936. In-8°, 70 p.

Cette brochure illustrée contient tous les discours prononcés tant à Paris qu'à Pierre-Buffière lors de la célébration du centenaire de la mort de Dupuytren en 1935. Elle forme un complément indispensable à l'admirable biographie que le Docteur Delhoume a consacrée à son illustre compatriote.

Œuvres de Gustave Flaubert (*Madame Bovary*, 1 vol. ; *Salammbô*, 1 vol. ; *La Tentation de Saint-Antoine*, 1 vol ; *Trois Contes*, 1 vol ; *L'Education sentimentale*, 2 vol. Chaque volume in-16, broché, 9 francs. Librairie Garnier frères, 6, rue des Saints-Pères, Paris (VIIe).

Pour Flaubert, mort le 8 mai 1880, commence avec l'entrée dans le domaine public une nouvelle étape du « grand chemin de la postérité ». Il l'aborde glorieusement, ayant subi sans défaillance cette épreuve d'un demi-siècle de survie, entouré, quoi qu'on en dise parfois, de l'admiration ou du respect des plus jeunes générations.

C'est précisément pour cette jeunesse, qui se sent un peu loin de lui, qu'il convient de présenter aujourd'hui les grandes œuvres de Flaubert comme on présente les œuvres des écrivains classiques.

L'auteur de *Madame Bovary* et de *Salammbô* a conquis sa place parmi ces classiques, et il la gardera. Ses livres sont inscrits aux programmes de l'enseignement secondaire ou supérieur ; on les étudie, on les explique pour les examens ou pour les concours ; ils ont inspiré plusieurs thèses de doctorat. Il ne suffit plus d'extraire des pages choisies, plus ou moins appropriées à la jeunesse. Il convient de retenir, pour ce qu'on nomme justement les humanités modernes, une œuvre qui fait partie de notre patrimoine littéraire le plus précieux et que l'épreuve du temps a consacrée.

La collection des Classiques Garnier, s'inspirant de ces nécessités, inscrit désormais à son catalogue, à côté de Balzac et de Stendhal, de Musset et de Gautier, les cinq grands chefs-d'œuvre de Flaubert : *Madame Bovary, Salammbô, l'Education sentimentale, les Trois Contes* et *la Tentation de Saint-Antoine.*

Cette nouvelle édition est présentée par M. Edouard Maynial, auteur de plusieurs travaux d'histoire littéraire sur Flaubert, son époque et son milieu. Elle est caractérisée par un texte établi suivant les principes de la critique moderne, avec d'autant plus de scrupules qu'il s'agit d'un écrivain qui plaçait très haut l'art de la forme et qui s'est beaucoup corrigé lui-même.

Chaque volume est précédé d'une introduction particulière, accompagnée de notes bibliographiques ; une étude générale sur Flaubert figure en tête du volume consacré à *Madame Bovary*. La nouveauté de cette édition, destinée aussi bien au grand public qu'aux étudiants, est l'appareil abondant de notes critiques ou explicatives qui accompagne chacune des œuvres. Ces livres, qui appartiennent à l'histoire depuis plus d'un demi-siècle, sont entourés aujourd'hui d'une copieuse « littérature », dont la connaissance est devenue nécessaire pour en comprendre pleinement le sens et pour en mieux goûter la beauté. Il y a une *histoire de Madame Bovary* et de l'*Education sentimentale*, comme il y a une histoire de *Salammbô*. Mettant à profit les nombreux travaux des érudits qui ont étudié tous les aspects de la vie, de l'œuvre et de l'art de Flaubert, M. Edouard Maynial a éuni dans ces notes, à côté des variantes les plus intéressantes, tous les rétails biographiques, historiques, archéologiques ou littéraires qui peuvent recréer l'atmosphère dans laquelle le livre a été écrit, éclairer ces textes désormais célèbres, mais parfois obscurs ou mal compris. On aura une idée de l'importance et de la nouveauté de ce travail, quand on constatera que le nombre des notes dépasse 1.200 pour *Madame Bovary* et 800 pour l'*Education sentimentale*.

Le Livre blanc. Edition 1936, 16, rue Cassette, Paris (VIe).

Ce formulaire de spécialités pharmaceutiques classées par indication, présente sa sixième édition annuelle.

Nous y retrouvons la présentation judicieuse et claire qui en fait un formulaire pour le praticien.

des lésions d'ordre chirurgical, dans les fractures ouvertes du crâne, telles que les hernies cérébrales, la méningite traumatique, car j'ai hâte d'arriver à l'étude plus importante des séquelles des traumatismes craniens sur laquelle il me sera nécessaire d'insister quelque peu.

Le syndrome subjectif des traumatisés du crâne comprend des faits d'acquisition récente, et a été surtout isolé pendant la dernière guerre. Certes, on n'avait pas été sans observer, depuis longtemps déjà, ces manifestations subjectives post traumatiques, mais on était porté à les considérer comme des troubles psychopathiques, mis sur le compte de la sinistrose. Au cours de la guerre, divers auteurs purent observer chez de nombreux blessés du crâne, soignés en des points très différents du territoire, une symptomatologie subjective post traumatique toujours identique à elle-même dans ses grands traits, et leurs observations concordantes correspondaient au syndrome subjectif tel qu'il a été décrit par Pierre-Marie, Mairet, Grasset. Il fut donc nécessaire de reconnaître la réalité de ce syndrome, individualisé surtout par Pierre-Marie, dans la description qu'il en a faite à la Réunion Neurologique de Paris, les 6 et 7 avril 1916, description qui reste encore aujourd'hui inattaquable. Ce syndrome subjectif consiste dans les manifestations suivantes : avant tout *la céphalée*, variable dans son siège et dans sa continuité et s'exagérant avec les efforts et la fatigue, des *éblouissements* qui diffèrent des vertiges, en ce sens qu'ils donnent au malade la crainte de tomber mais n'entraînent cependant pas la chute. On peut constater, il est vrai parfois, des vertiges véritables en rapport avec des troubles labyrinthiques ; des *troubles psychiques* que le malade qualifie de perte de la mémoire. Il s'agit là, avant tout, de dysmnésie de fixation. Le malade ne peut attacher son attention et, par là, fixer ses souvenirs ; il se résout à noter, par exemple, sur un carnet les choses qu'il ne veut pas oublier.

Je vais vous présenter ici deux malades atteints de syndrome subjectif des traumatisés du crâne.

Voici d'abord un homme âgé de 38 ans, cimentier de son métier, qui a été accidenté le 23 octobre 1935. Il a subi un traumatisme cranien ayant occasionné des plaies multiples du cuir chevelu. Aucune radiographie ne fut faite immédiatement après l'accident. Ce blessé fut examiné ultérieurement par le docteur Chavany qui fit pratiquer des radiographies craniennes ; celles-ci révélèrent une fissure de la voûte. Depuis son accident, le blessé a été dans l'impossibilité de reprendre son travail, il se plaint, à l'heure actuelle encore, de céphalée persistante, de bruits auriculaires, de troubles de la mémoire. Il lui arrive par exemple, de placer un objet en quelque endroit, et de ne pouvoir le retrouver. L'examen labyrinthique, pratiqué par le docteur Aubry, a montré chez ce blessé une hyperexcitabilité vestibulaire légère, telle qu'on en constate fréquemment dans les traumatismes craniens. J'ajoute que les experts ont conclu chez cet homme à une incapacité permanente partielle de 30 %. Ce taux est légitimé par la fissure du crâne et les troubles labyrinthiques. Il est assez exceptionnellement accordé pour les syndromes subjectifs simples traumatisés du crâne pour lesquels on envisage 10 à 15 %

Voici maintenant un deuxième malade, âgé de 43 ans, employé à l'Ecole vétérinaire d'Alfort. Son histoire est très particulière. Le 30 janvier 1935, cet homme fait une chute sur le verglas et heurte violemment le sol, de la nuque. Dans les jours suivants, il souffre de maux de tête de plus en plus fréquents, mais reprend néanmoins son travail. Le 11 mars, il ressent des douleurs très vives, et l'on voit alors apparaître rapidement chez lui un état d'obnubilation profonde qui nécessite son transport à la Salpêtrière. Le malade présentait à cette époque, une symptomatologie d'hypertension intracranienne, et l'examen oculaire montrait chez lu une stase papillaire bilatérale. Dans les jours qui suivirent, et après la ponction lombaire, l'état du malade s'améliora progressivement. Il s'est donc agi là d'une aggravation d'un syndrome subjectif par méningite séreuse avec apparition de stase papillaire.

Cette observation illustre de façon saisissante cette notion que le syndrome subjectif des traumatisés du crâne peut s'accompagner de signes organiques. L'examen est parfois susceptible de les mettre en valeur. On constate quelquefois, par exemple, des modifications du liquide céphalo rachidien : élévation de la pression, augmentation du taux de l'albumine. On peut mettre en évidence également des modifications du réflexe oculo-cardiaque. Enfin, certains auteurs ont insisté sur l'existence de troubles labyrinthiques. J'ajoute que récemment l'attention a été attirée sur un signe particulier, signe de Muck, permettant, par sa constatation, de confirmer la réalité du syndrome subjectif post traumatique. L'épreuve consiste à passer la tête d'une sonde sur la muqueuse nasale du cornet inférieur, préalablement badigeonnée avec une solution d'adrénaline. On provoque ainsi, chez le sujet normal, au bout de deux à trois minutes, l'apparition d'une raie rouge, phénomène connu sous le nom de réflexe vaso moteur de Muck. La recherche systématique de cette réaction a montré que la raie rouge était remplacée par une raie blanche, inverse de la réaction normale, dans certains états qui traduisent un trouble de la circulation cérébrale (migraine, épilepsie). Ce phénomène de la raie blanche, s'observerait, pour Muck, chez les traumatisés du crâne et aurait donc une valeur confirmative en faveur de la réalité d'un syndrome subjectif répondant à des lésions organiques.

Je passe maintenant à la question de *l'épilepsie traumatique*. Celle-ci est monnaie courante dans les séquelles de traumatismes craniens et a fait depuis la guerre l'objet de travaux importants, tels les rapports de Béhague et de Lenormant.

D'après ces études, qui ont porté sur un nombre considérable d'observations, l'épilepsie traumatique s'observe avec une fréquence variable suivant le siège du trauma. Il est logique que les lésions de la zone pariétale donnent plus volontiers des accidents épileptiques. Elles sont responsables de la moitié des cas observés. Les lésions frontales ne se retrouvent que dans un quart des cas, les lésions occipitales dans un huitième des cas, les lésions temporales dans un seizième des cas environ.

Un point important à préciser est celui de la date d'apparition des accidents épileptiques par rapport au traumatisme. On peut dire, à ce point de vue, que l'épilepsie s'observe après un temps de latence variable, mais qui, dans la règle, n'excède pas un an et demi. Dans 3 % seulement des cas, les accidents sont plus tardifs. On conçoit l'importance pratique de telles notions. On pourra en effet considérer qu'il restera très peu de chances d'apparition d'épilepsie, lorsque un an et demi se sera écoulé depuis la blessure du crâne. Ce fait présente, au premier chef, un intérêt médico-légal. Sommes-nous appelés en effet à examiner un traumatisé du crâne six mois après l'accident, nous devrons demander à revoir le blessé un an plus tard, avant de conclure. Sommes-nous appelés au contraire à expertiser un blessé du crâne deux ans après l'accident, nous serons à peu près fixés s'il n'y a pas de séquelles épileptiques. Il sera néanmoins légitime de faire entrer dans l'évaluation du préjudice une sorte de taux forfaitaire destiné à couvrir le risque ultérieur.

Quelques observations établissent la possibilité de *l'atteinte des noyaux gris centraux après traumatisme.*

Je puis vous présenter ici à ce point de vue, une malade ayant fait, le 7 juin 1923, l'objet d'une communication de Souques et Blamoutier, à la Société de Neurologie.

Cette malade avait été victime plusieurs années auparavant, d'un accident d'automobile. Projetée à une distance de six

mètres, elle n'avait pas présenté de perte de connaissance ni de blessures extérieures. Pendant trois jours on ne remarqua aucun symptôme anormal. Le troisième jour après l'accident, elle perdit brusquement connaissance et resta plusieurs jours dans le coma. Lorsqu'elle revint à elle, sept jours après l'accident, on remarqua que la face et le cou étaient le siège d'une contracture tonique très particulière, qui ne s'est pas modifiée depuis lors. Cette contracture, comme vous pouvez le voir, est du type de celles que l'on observe dans les syndromes striés. Au repos, les plis nasogéniens sont accusés, la fente buccale élargie transversalement. Dès que cette malade fait un effort et surtout veut parler, la contracture s'intensifie donnant l'impression d'un rictus sardonique. De plus, les sterno-mastoïdiens se tendent et la tête est rejetée en arrière par l'hypertonie des muscles de la nuque. Le membre supérieur droit est normal, mais le membre supérieur gauche est dans un état permanent de contracture tonique qui s'exagère au cours de la parole au même titre que la contracture de la face et du cou.

Dans le même ordre d'idée, j'ai rapporté avec Baruk, à la séance du 15 février 1926 de la Société de Neurologie, un cas de tremblement persistant du membre supérieur gauche, consécutif à un traumatisme cranien.

J'en arrive maintenant à l'étude des *lésions médullaires d'origine traumatique*. Je ne reprendrai pas la question des compressions médullaires d'origine traumatique dont la symptomatologie est bien connue à l'heure actuelle et pour le diagnostic desquelles nous disposons de moyens d'investigation très précis. J'insisterai plus particulièrement sur les signes des *commotions* médullaires secondaires à un traumatisme du rachis, dont Lhermitte a fait une étude détaillée au Congrès neurologique international de Berne en 1931. Cet auteur décrit des formes sensitives de la compression médullaire et distingue des formes douloureuses et des formes pseudo tabétiques. Les formes douloureuses comprennent différentes variétés que l'on peut décrire sous les rubriques suivantes : formes radiculaires, formes hyperalgésiques, formes causalgiques. Lhermitte y ajoute d'autres variétés de douleurs post commotionnelles à type de décharge électrique. Les formes pseudo tabétiques de la commotion médullaire, sont caractérisées par un syndrome sensitif avec douleurs fulgurantes, troubles de la sensibilité profonde et autres manifestations en rapport avec l'atteinte traumatique des cordons postérieurs.

Je ne puis insister sur les autres variétés de séquelles des compressions ou sections médullaires dont Cornil a fait une étude très complète. C'est ainsi que l'on a pu observer des formes amyotrophiques, des syndromes péritonéaux décrits par Guillain et Barré, des syndromes pulmonaires décrits par Cornil et Mosinger. J'ajoute que des syndromes complexes, cérébello médullaires, post traumatiques ont pû être réalisés et que, en l'absence de la notion du trauma qui permet de les rapporter à des lésions hémorragiques de la moelle et du cervelet, ils pourraient faire porter des diagnostics erronés, celui de sclérose en plaques en particulier.

L'hématomyélie traumatique, est bien connue, aussi n'insisterai-je pas sur son histoire clinique. Mais à côté d'elle, il convient de réserver une place importante à la *syringomyélie* d'origine traumatique qui parait pouvoir être éventuellement la conséquence d'une hématomyélie primitive. Sa réalité est bien établie par certains faits spécialement décrits dans la thèse de Guillain. Elle résulte de la formation dans la substance grise des cornes de la moelle, d'une cavité autour de laquelle se produit une formation scléreuse. Cette notion, que la syringomyélie peut s'observer dans certains cas à la suite d'un traumatisme médullaire, est particulièrement intéressante ; elle explique dans une certaine mesure, la fréquence des syringomyélies de la région cervicale, plus facilement accessible au traumatisme. Quoiqu'il en soit, en présence des signes classiques de syringomyélie observée chez un traumatisé, on devra rechercher s'il existait chez lui aucun trouble médullaire avant l'accident, si le traumatisme avait déterminé des accidents immédiats pouvant faire penser à l'hématomyélie, et permettant alors d'établir un rapport de cause à effet entre le trauma et les accidents médullaires ultérieurs.

La fréquence des lésions traumatiques *des nerfs périphériques*, est évidemment considérable, et je n'ai pas l'intention de reprendre ici l'étude bien connue de leurs symptômes, non plus que de faire l'énumération des types variés suivant les différents nerfs intéressés. Je vous rappelle cependant que cette étude des lésions traumatiques des nerfs a montré l'importance des troubles sympathiques auxquels on doit rattacher en particulier certains phénomènes douloureux décrits sous le nom de causalgies. Je voudrais également attirer votre attention sur l'importance des troubes physiopathiques qui peuvent s'associer à ces lésions périphériques et qui, fréquemment observées pendant la guerre, ont fait l'objet des recherches de Babinski et Froment. Ces troubles physiopathiques donnent lieu à ces aspects particuliers de paralysies avec contractures : main figée, main d'accoucheur, pied bot. La pathogénie de ces accidents est très discutée, certains les considèrent comme des troubles pithiatiques, certains les expliquent par des troubles réflexes, d'autres en font des syndromes d'immobilisation. Quoiqu'il en soit, la guérison de ces troubles est dans bien des cas obtenue par suggestion à l'aide du courant faradique, et ces guérisons d'apparence miraculeuse étaient fréquemment observées à la suite des thérapeutiques par persuasion, dans les centres neurologiques d'armée.

Avant de terminer l'étude de ces maladies nerveuses à étiologie évidente, il me reste à vous dire quelques mots des accidents nerveux de *l'électrocution*. Ceux-ci, pour la plupart, sont considérés comme des manifestations de nature fonctionnelle. Il est logique cependant d'admettre que l'électrocution qui, dans bien des cas, est capable de déterminer la mort, est susceptible aussi, dans certains cas, de déterminer des lésions organiques des centres nerveux compatibles avec l'existence et s'exprimant par des manifestations cliniques plus ou moins durables. L'histoire du malade que je vous présente ici confirme cette manière de voir.

Cet homme, que j'ai présenté pour la première fois en 1924 à la Société de Neurologie, avait pu apparaître après une décharge électrique de voltage élevé, des mouvements choréo athétosiques du côté droit du corps. La nature organique des troubles observés chez lui avait tout d'abord pu être mise en doute, mais j'ai eu l'occasion de suivre ce malade, et l'ai présenté à nouveau en 1926 à la Société de Neurologie. Les manifestations cliniques sont restées persistantes et sans aucune modification et leur nature organique est indiscutablement prouvée.

II. — J'en arrive maintenant, Messieurs, à *l'étude des maladies nerveuses où l'influence traumatique est douteuse ou simplement adjuvante.* Dans ces cas, il existe un état antérieur qui joue un rôle dans la genèse des accidents, mais le traumatisme se superpose à lui pour déclancher la symptomatologie observée.

C'est ainsi que les accidents cérébraux consécutifs à un traumatisme cranien peuvent être tardifs, il s'agit là de *l'apoplexie tardive traumatique* étudiée en France par Pierre-Marie et Crouzon, et décrite antérieurement par Bollinger, sous le nom de Spät-apoplexie. Cette hémorragie

cérébrale survient quelques jours ou quelques semaines après le traumatisme. C'est ainsi que chez le cocher de fiacre observé par Pierre-Marie et Crouzon, la paralysie du côté droit du corps apparut si jours après le trauma. Il existait chez le malade un état antérieur de néphrite chronique avec albuminurie et hypertension artérielle, mais l'hémorragie cérébrale s'était produite à l'occasion du traumatisme.

Chez certains pseudo-bulbaires, certains lacunaires, ce rôle du traumatisme peut être aussi parfois invoqué.

La question de l'étiologie traumatique de la *maladie de Parkinson* a été plus spécialement discutée. Je vais vous présenter deux malades que je désire opposer l'un à l'autre pour vous montrer les aspects différents du problème.

Ce premier malade présente, comme vous le voyez, un syndrome parkinsonien typique. Or, le 15 décembre 1933, il a été victime d'un accident d'automobile d'où il est sorti avec une plaie de la région temporale. Son état ne présentait pas de gravité apparente, et a nécessité seulement un repos de quinze jours, mais, le soir même de l'accident, est apparu un tremblement des doigts qu'un médecin, un an après, a qualifié à juste titre de tremblement parkinsonien. Chez ce malade Messieurs, le traumatisme n'a certainement agi que comme cause provocatrice, il est bien vraisemblable que l'état parkinsonien existait antérieurement à lui. Le traumatisme n'a pas créé le syndrome, il l'a seulement mis en valeur.

Voici par contre un homme, blessé de guerre. Enterré en août 1917 par l'éclatement d'un gros projectile, il a été évacué avec des plaies multiples et une fracture de l'os iliaque. Vers septembre 1917, il est apparu chez lui un léger tremblement, et en novembre-décembre 1917, il existait un tremblement parkinsonien typique de membre supérieur gauche. Depuis cette époque, son état n'a pas varié sensiblement. On peut affirmer qu'il existe dans ce cas des preuves suffisantes pour admettre l'origine et la filiation des accidents : traumatisme violent, petit tremblement un mois après l'accident, hémisyndrome parkinsonien deux ou trois mois plus tard. Ce blessé a été indemnisé sur le taux de 60 %.

J'ajoute que, s'il existe un parkinsonisme traumatique indiscutable, celui-ci nous apparaît comme extrêmement rare, et l'on ne compte que deux ou trois observations avec autopsie faisant la preuve que des lésions traumatiques des noyaux gris centraux étaient responsables du syndrome parkinsonien apparu après l'accident.

En ce qui concerne la *paralysie générale* il n'est pas douteux que c'est le plus souvent à tort, que cette affection est considérée comme ayant une origine traumatique. Tout ce que l'on peut dire dans certains cas c'est que le trauma a pu déclancher l'apparition des troubles caractéristiques de la maladie.

A l'appui de cette manière de voir, je vais vous présenter deux malades différents.

Ce premier malade, âgé de 40 ans, manœuvre, est passé le 22 mai dernier du service du Professeur Guillain, au service des Chalets, à la suite d'une tentative de suicide. Il présente les signes d'une paralysie générale typique. Vous pouvez remarquer chez lui l'atonie du faciès, la trémulation des lèvres et de la langue, le tremblement des doigts, une dysarthrie considérable. L'affaiblissement intellectuel est chez lui très important et porte globalement sur toutes les facultés. L'examen révèle enfin une inégalité pupillaire avec paresse des réflexes lumineux. Les réactions du liquide céphalo-rachidien sont toutes très positives. Or, ce malade a fait, il y a dix ans environ, une fracture du crâne, à la suite d'une chute de motocyclette.

Il est certain, Messieurs, que chez cet homme, on ne peut retenir l'étiologie traumatique à l'origine de la P. G. apparue dix ans après l'accident.

Voici par contre un second malade, âgé de 36 ans, infirmier, qui a été hospitalisé le 26 octobre 1935, dans le service du Professeur Grégoire, à l'hôpital Saint-Antoine, pour un accident de motocyclette survenu le jour précédent. Il reste quinze jours en chirurgie, mais l'agitation qu'il présente à ce moment nécessite son passage dans le service du docteur Pagniez. On constate alors, chez ce blessé, des signes de P. G. avec réactions sérologiques confirmatives de cette affection, dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Il m'est adressé ultérieurement à la Salpêtrière. Il est a signaler que ce malade, le 11 août précédent, avait eu un premier accident de motocyclette banal, sans imprudence de sa part. L'enquête semble révéler qu'au début d'août on avait remarqué quelques absences au cours du travail. Depuis le premier accident du 11 août, le malade était taciturne et ne s'intétessait à rien.

Ici, Messieurs, le rôle du traumatisme mérite d'être discuté. Il semble bien que le deuxième accident de moto ait sinon déclanché, du moins aggravé la symptomatologie de P. G. observée chez ce malade.

Ceci m'amène à préciser les règles sur lesquelles nous pouvons nous baser au point de vue médico-légal pour admettre les rapports entre le traumatisme et une affection organique du système nerveux. Ces règles ont été fixées par Ribierre au Congrès de Rome. Pour cet auteur il faut :

1° Que l'accident se soit produit dans la région correspondante à celle du système nerveux où est apparue la lésion ;

2° Que le traumatisme soit suffisamment important ;

3° Qu'entre le traumatisme et l'apparition des accidents il y ait une période intercalaire, ni trop longue ni trop courte ;

4° Que dans cette période intercalaire il existe des symptômes qui constituent entre le traumatisme et l'apparition de la maladie, comme une chaîne ininterrompue de troubles aboutissant à la maladie nerveuse.

Ces conditions étant réalisées, le traumatisme peut déclencher des troubles liés à des lésions latentes ou aggraver des troubles préexistants.

Comme exemple d'application de ces règles, nous voyons que chez le deuxième parkinsonien que jê vous ai présenté, il s'était écoulé, entre le traumatisme, suffisamment important, et le début de l'affection neurologique, une durée de un à deux mois. Des faits de cet ordre, fournissent sinon toujours une preuve, du moins une présomption en faveur de l'origine traumatique de la maladie nerveuse.

Les rapports du traumatisme avec *le tabès*, source de nombreuses discussions, ont été particulièrement étudiés au Congrès de Médecine légale de Paris en mai 1924. Ici la question se pose de façon un peu différente. On peut évidemment envisager après un traumatisme le déclanchement du tabès au même titre que le déclanchement de la P. G. et cela en se basant sur les règles que nous avons rappelées. Mais des problèmes particuliers peuvent être soulevés. Un traumatisme chez un tabétique peut, par exemple, provoquer une entorse ou une fracture, puis une ostéo arthrite évoluant de façon particulière sur un terrain tabètique, et ne guérissant pas. C'est ainsi que j'ai été appelé à examiner un blessé qui, ayant pris son talon dans un rail, s'était fait une fracture bi-malléolaire, la fracture ne se consolida pas. Il existait chez cet homme des signes de tabès. Or il y avait eu dans ce cas un traumatisme indiscutable. Comment solutionner des cas de ce genre ? On peut conclure que le sujet doit être indemnisé pour son traumatisme mais considérer, comme conséquence du traumatisme, la seule lésion locale : ostéo-arthrite du cou de pied, dans le cas auquel je fais allusion, sans cependant considérer le traumatisme comme ayant été une cause de tabès et sans indemniser le tabès, ni les accidents pouvant en découler ultérieurement.

La sclérose latérale amyotrophique, n'est pas habituellement, comme vous le savez, d'origine traumatique. Cependant, Guillain, Alajouanine et Thévenard ont étudié les rapports possibles de cette affection avec le traumatisme et, dans un travail publié dans le *Progrès Médical*, ils ont rapporté différents cas personnels, et rappelé les cas antérieurement publiés dans la littérature par Vulpian, Kurt Mendel, Florand (dans sa thèse), de scléroses latérales amyotrophiques post traumatiques.

Les *troubles endocriniens* et plus particulièrement ceux qui sont liés à la *maladie de Basedow*, ont rarement une origine traumatique réelle. Dans des cas rares cependant, le traumatisme est susceptible de mettre en valeur des symptômes d'un état thyroïdien latent. Là encore, les règles indiquées ci-dessus devront nous guider, pour une juste appréciation des dommages causés.

III.— J'arrive maintenant au dernier chapitre de cette leçon, celui qui traite des *états superposés*. Je veux faire allusion aux troubles pithiatiques créés chez le blessé par autosuggestion inconsciente, et qui réalisent le plus souvent des associations hystéro-traumatiques. Certains faits d'hystéro-traumatisme reproduisent en apparence des affections organiques du type paraplégique ou hémiplégique par exemple. Ils sont susceptibles de guérir de façon immédiate par un traitement approprié : suggestion armée du courant faradique. Ainsi sont obtenues ces guérisons d'apparence miraculeuse dont M. Christophe vient de réaliser, tout récemment encore, deux exemples typiques dans notre service. L'un concernait une quadriplégie pithiatique, apparue après un traumatisme de la région cervicale, l'autre concernait une hémiplégie pithiatique après traumatisme cranien peu important. Dans ces cas, la sincérité du malade apparaît entière, les troubles neurologiques d'allure organique créés par autosuggestion inconsciente disparaissent très rapidement par contre-suggestion, il s'agit vraiment de pithiatisme au sens propre du terme créé par Babinski.

Des faits assez différents sont représentés par des manifestations d'ordre divers : phénomènes douloureux, céphalées, troubles paresthésiques ou d'allure cénesthopathique, différents du syndrome subjectif des traumatisés du crâne, observés chez des blessés chez lesquels est entretenu un état d'esprit de revendication et qui attendent que les trois ans légaux de révision dans les accidents de travail soient expirés, avant que soient améliorés les troubles divers dont ils se plaignent. Il y aurait lieu également de vous parler de la simulation, de ses rapports avec l'hystérie, et d'états intermédiaires dans lesquels s'associent une part de simulation à une part d'autosuggestion inconsciente. Ces faits nécessitent, pour être bien compris, la connaissance exacte du fond mental si particulier de certains traumatisés.

De cette revue rapide que nous venons de passer des maladies nerveuses après traumatisme, nous pouvons tirer quelques conclusions thérapeutiques et médico-légales.

Il est certain que dans le cas ou le rôle du traumatisme est évident, l'incapacité entière doit être mise sur le compte de celui-ci.

Pour les cas douteux, il est nécessaire de faire la part de ce qui revient à l'état antérieur et de ce qui revient à l'accident.

En France, la jurisprudence est différente à ce point de vue suivant qu'il s'agit d'accidents du travail ou d'accidents de droit commun.

En ce qui concerne les accidents du travail, la jurisprudence ne tient pas compte de l'état antérieur et l'indemnisation s'établit sans distinguer ce qui revient au traumatisme et ce qui résulte d'une maladie préexistante ou d'une prédisposition.

En ce qui concerne les accidents de droit commun, l'indemnisation se fait de façon différente. S'il peut être démontré qu'un état antérieur a joué un rôle dans la symptomatologie observée, on devra en tenir compte dans l'évaluation de l'indemnisation à accorder. C'est dans ces cas que l'examen du malade présentera une importance toute particulière et permettra l'appréciation, souvent très délicate des parts respectives qui reviennent à un état antérieur, à des lésions organiques d'origine traumatique et à des troubles fonctionnels superposés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 octobre 1936

La recherche du bacille de Koch par la culture des selles. — ***MM. F. Bezançon, P. Braun*** et ***Mlle Aveline*** ont cherché à appliquer à la culture des selles les méthodes qui rendent tant de service pour la culture des crachats.

Ces méthodes ne peuvent être utilisées qu'avec un certain nombre de modifications.

Après action de la lessive de soude sur les selles, ils introduisent dans le mélange un antiseptique, le quinosol (sulfate de potasse et d'orthohxyquinoléine) au 500e, puis ajoutent une abondante quantité d'eau pour dissoudre les savons qui se forment par action de la soude sur les graisses des selles.

Après filtrage grossier, on centrifuge, et après correction du degré d'acidité, on ensemence le culot obtenu sur un grand nombre de tubes renfermant le milieu de Pétragnani-Lowenstein.

Le procédé est applicable à la recherche du bacille dans les selles d'enfants.

Les recherches des auteurs ont porté sur 231 selles provenant d'enfants et d'adultes, de tuberculeux, de suspects et d'individus normaux.

Chez 105 adultes normaux et 23 enfants normaux, la culture est restée négative.

Dans 57 cas de tuberculose cliniquement avérée, il a été obtenu des cultures positives.

Parmi ces cas, il y en a 6 où aucune autre méthode n'avait à aucun moment révélé de bacilles.

Ils font ressortir une fois de plus combien dans certains cas il s'agit de faibles éliminations de bacilles, puisque l'on n'obtient souvent que de rares colonies sur 15 ou 20 tubes ensemencés.

La sécurité et la valeur de la méthode sont démontrées par le fait que l'on ne trouve pas de bacilles chez les individus normaux et que l'on en trouve toujours chez les tuberculeux avérés, cracheurs de bacilles.

Les auteurs n'ont constaté que dans deux cas des bacilles paratuberculeux ; il s'agissait dans ces cas de colonies chromogènes, non virulentes. Ils estiment d'ailleurs que, en principe, l'identification du bacille par l'inoculation du bacille au cobaye devra toujours être faite, et que tout au moins dans la pratique, toutes les fois qu'il peut y avoir doute ou désaccord entre le labaratoire et la clinique, l'inoculation des colonies au cobaye est indispensable.

Acide ascorbique et sclérose en plaques. — ***MM. J. Lépine, F. Arloing, A. Morel*** et ***Josserand*** ont cherché à combattre les phénomènes de dénutrition du tissu nerveux qui caractérisent la sclerose en plaques, par l'injection intra-veineuse de solution de corps dérivés de l'acide ascorbique et

contenant dans leur molécule Fe et Mg. L'association de ces corps peut s'interpréter comme excitant les processus fermentaires normaux sans être spéciale à la sclérose en plaques : elle donne, dans cette maladie, des résultats encourageants.

Quatre épidémies de diphtérie à la Maternité de Lariboisière. — *M. L Devraigne.* — Du 20 janvier 1935 au 8 mars 1936, l'auteur a observé dans son service quatre épidémies de diphtéries. Sur 54 enfants malades, il y a eu 9 morts, 16,66 p. 100.

Les prématurés résistent moins bien. La contamination se fait par les visites, ou lors d'un séjour de quelques jours en ville si la mère revient dans le service, ou par des infirmières. Presque toujours, il s'agit de diphtérie natale, dans trois cas de Loeffer fut trouvé sur les plaques ptérygoïdiennes ; deux jumeaux moururent de diphtérie oculaire dans le service.

L'évolution est sournoise : la courbe de poids ne remonte pas, l'enfant est pâle, prostré, un coryza survient, sérieux, muco-purulent, d'abord unilatéral ; l'enfant tête mal, pâlit ou se cyanose et meurt plus par intoxication que par gêne mécanique.

Pas d'angine à fausses membranes, pas d'adénopathie. On pense toujours à la syphilis (souvent gros placenta) et pas assez à la diphtérie. Il faut toujours faire les ensemencements sur sérum de bœuf coagulé ; se méfier des enfants repris avec leur mère à l'isolement après sortie du service, ne pas reprendre en maternité les infirmières contaminées et guéries. Surveiller spécialement la crèche du personnel.

Séance du 3 novembre 1936

Les variations du pH sanguin chez l'homme sous l'action des irradiations à ondes courtes. — *MM. D. Paulian* et *I. Bistriceano.* — L'application des ondes courtes doit être administrée avec prudence dans les affections caractérisées par une acidose humorale comme par exemple chez les diabétiques, néphrétiques, quelques dermatoses, etc.

La désarticulation inter-scapulo-thoracique dans des cas de récidive de cancer du sein avec métastases axillaires inopérables par accès direct (cinq observations). — *M. Antonio Prudente.* — La désarticulation inter-scapulo-thoracique peut reculer la limite d'opérabilité dans des cas de cancer du sein, car elle fournit des résultats dans les cas de métastases axillaires et sus-claviculaires très avancés avec œdème du bras. Elle est surtout à employer dans des cas de récidive.

On doit faire une sélection minutieuse des cas, car l'existence de métastases à distance, de lésions locales très avancées, de métastases sus-claviculaires fixes ou d'un état général très mauvais contre-indiquent l'intervention.

Il faut par tous les moyens réduire le choc opératoire.

Trois nouveaux composés protéido-métalliques ; les globinates de fer, de cuivre et de magnèse. La thérapeutique équilibrée et totale de l'anémie secondaire. Valeur comparée du foie de veau cru. — *MM. Georges Fontès* et *L. Thivolle.*

Action de l'ergotamine sur l'écoulement et la composition de la lymphe du canal thoracique. — *MM. H. Rouvière* et *G. Valette* ont constaté que l'ergotamine provoque un accroissement de la perméabilité des capillaires puisqu'elle détermine, en plus d'une augmentation de l'écoulement de la lymphe (qui n'est pas forcément une conséquence de l'élévation de la pression sanguine) un enrichissement de ce liquide en matières protéiques.

MM. Rouvière et Valette ont également constaté que l'adrénaline et l'ergotamine, qui sont à d'autres égards antagonistes, exercent sur l'écoulement de la lymphe et sur sa teneur en protéines des actions exactement contraires.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du mercredi 21 octobre 1936

M. Lardennois a fait sept sympathicectomies lombaires par voie médiane selon une technique voisine de celle de *MM Stoïan* et *Costesco*.

Fracture de la petite apophyse du calcanéum. — *M. Wilmoth* fait un rapport sur une observation de *M. Merle d'Aubigné* concernant une fracture de la petite apophyse du calcanéum. Cette lésion, très rare, ne se voyait que sur une radio de face. Le traitement fut une traction, puis une broche à deux écrous. L'expérimentation faite par le rapporteur permit de reproduire la fracture en utilisant le mécanisme de l'écrasement, le pied étant placé auparavant en adduction forcée.

Nouveau mode d'emploi du vaccin Delbet. — *M. Hristu* (Bucarest) utilise le vaccin Delbet dans le cas de furoncles, lymphangites, à doses minimes. Le résultat lui paraît insuffisant. Il l'utilise aussi systématiquement après presque toutes les interventions et dans ce cas obtient des succès. *M. Leveuf* rapporteur, pense que ces deux modes d'emploi ne permettent pas de juger l'efficacité du vaccin Delbet.

Phlegmon temporo facial gangréneux d'origine dentaire — Cette lésion compliqua chez un malade l'ablation d'une molaire supérieure droite. Il fallut plusieurs interventions très sérieuses pour guérir le malade. (Observation de *M. Bonnet Roy*).

M. Raoul-Charles Monod, rapporteur, fait une revue rapide de l'histoire clinique de ces phlegmons dont les fusées purulentes peuvent se faire très à distance, fosse ptérygo-maxillaire, région temporale, région sous-angulo-maxillaire, etc... Il est utile d'employer à côté d'incisions d'une importance suffisante, la vaccinothérapie antigangréneuse et les injections d'oxygène sous pression dans les foyers de gangrène.

Syndrome de Volkmann. — *M. Folliasson* (Grenoble) a observé un syndrome de Volkmann typique, deux mois après une fracture de l'extrémité inferieure de l'humérus. Il réséqua le tissu de cicatrice, constata l'intégrité artérielle, et fit une sympathectomie péri-humérale. Le médian était soulevé par la pointe du fragment supérieur, entouré d'une gangue épaisse. Il fut libéré. Enfin l'auteur compléta par une désinsertion du rond pronateur, et une résection de la première rangée des os du carpe. Malgré une amélioration temporaire très discrète, le résultat fut nul.

M. Sorrel qui rapporte l'observation, insiste sur l'intégrité artérielle une fois de plus constatée, et au contraire appuie sur l'importance de la lésion du médian, dont le rôle paraît de plus en plus grand dans la genèse du Volkmann. Dans le traitement des séquelles, la résection des os de l'avant-bras est le seul moyen efficace de redressement des doigts.

M. Sorrel pense encore que le Volkmann pourrait être évité si on intervenait dès l'apparition des premiers signes d'alarme en réduisant la fracture par voie sanglante et en vérifiant vaisseaux et nerfs.

M. Mourre connaît un cas de Volkmann survenu chez un enfant qui avait eu autrefois un torticolis congénital. Il pense qu'il peut s'agir d'un cas de prédisposition congénitale.

M. Leveuf insiste sur le fait qu'on trouve en général une lésion à la fois du médian, du cubital et du radial. Mais il s'agit d'une impotence fonctionnelle et non pas de la lésion habituelle du médian, telle que soulèvement ou section.

M. Mathieu estime qu'il existe plusieurs sortes de Volkmann et que les troubles nerveux et sympathiques ne sont pas des plus constants.

Appendicectomie à chaud. — *M. Métivet* obéissant à la règle des 48 heures est intervenu pour une appendicite perforée cloisonnée dans une partie bien limitée du péritoine. L'appendicectomie avec drainage fut suivie d'une péritonite et de la mort. L'auteur estime que l'appendicectomie systématique, à quelque heure que ce soit de l'atteinte, n'est pas à conseiller formellement. Le choix du moment de l'intervention doit être réservé au seul chirurgien.

Luxation astragalo scaphoïdienne. — *M. Fiévez* (Malo-les-Bains) a observé trois cas de luxation astragalo-scaphoïdienne irréductible par fragment osseux embarré (rapport de *M. Küss*). L'ablation du segment osseux, agent de l'irréductibilité, fut suivie de succès complet.

Séance du mercredi 28 octobre 1936

Appendicectomie. — *M. Cadenat* apporte des arguments statistiques qui démontrent avec évidence qu'on doit opérer toutes les appendicites, sauf celles qui se présentent avec un plastron non-abcédé.

M. P. Duval affirme une fois de plus que toute crise d'appendicite devrait être opérée d'urgence dans les vingt-quatre premières heures. L'opération de vingt-quatre à trente-six heures lui paraît également devoir être systématique.

Tumeur cæco-colique. — *M. Hœffel* (Remiremont) opérant un malade en état d occlusion intestinale aiguë, découvre une tumeur sténosante du cæcum. A l'examen histologique, on s'aperçut qu'il s'agissait de l'association de cancer et de tuberculose. Cette association est exceptionnelle et se rencontre presque toujours au niveau du cæcum. (Rapport de *M. Okinczyc.*)

Occlusion post-opératoire. — *M. Huet* rapporte des observations de *MM. Mariau* (Nice) et *Bompart* (Paris). — Le premier cas concerne un étranglement du grêle sous l'appendice adhérant par sa pointe. D'autres concernent des occlusions post-appendiculaires, Dans un des cas il s'agissait d'une bride qui dessinait exactement le trajet d'un drain de Douglas.

M. Bompart a observé également des occlusions après hystérectomie. Tous les cas traités par recherche de la cause ont guéri. Tous ceux qui ont été traités par fistulisation du grêle simple, sauf un, sont morts.

M. Huet, rapporteur, insiste sur le fait que sur un total de onze observations, deux séries sont à distinguer : huit cas où on a sectionné ou enlevé la cause de l'occlusion donnent huit guérisons ; deux cas où une simple fistule a été faite ont donné deux morts. Il faut donc accorder la préférence à la recherche de l'obstacle dans tous les cas d'occlusion mécanique.

M. Moulonguet pense que dans les occlusions précoces, il faut préférer l'entérostomie sur le grêle. Ce n'est que dans les occlusions tardives qu'il faut enlever l'obstacle.

M. Roux-Berger préfère quand l'opération peut être précoce aller à la découverte de l'agent d'occlusion.

Urétéro-pyélographie. — *M. Chevassu*, résumant la discussion ouverte à l'Académie, insiste à nouveau sur le fait que, seule, l'urétéro-pyélographie rétrograde montre avec une rigueur parfaite les images de l'uretère, ce qu'aucun autre procédé ne permet. L'auteur apporte une remarquable série de clichés sur les lésions urétérales post-opéraroires, gynécologiques, gravidiques et post-gravidiques. Les lésions urétérales après hystérectomie ne doivent être affirmées que lorsqu'une urétéro-pyélographie pré-opératoire avait montré un uretère tout à fait normal. En effet certaines affections pelviennes gynécologiques de la femme se traduisent par des modifications du calibre urétéral.

Cancer du poumon. — *M. Robert Monod* a eu l'occasion d'opérer une malade atteinte de cancer pulmonaire. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma d'origine bronchique. L'auteur insiste sur la grande difficulté qu'il y a à distinguer ce genre de tumeur de certaines métastases à même type épithélial. On fit une lobectomie en plusieurs temps qui fut suivie d'un plein succès.

Métrorragie sénile et tumeur de l'ovaire. — *MM. Moulonguet* et *Leveuf* ont observé chez une vieille femme des métrorragies récidivantes.

Une hystérectomie fut faite. Les organes génitaux paraissaient sains à l'examen direct, mais l'examen microscopique des ovaires y montra une néoplasie wolfienne et la muqueuse utérine présentait une hyperplasie nette. On peut attribuer à une réactivation ovarienne cette hyperplasie utérine. Cette lésion est à rapprocher du folliculome ovarien qui donne lui aussi cette réactivation de tout l'appareil génital après la ménopause (apparence de règles) mais le mécanisme hormonal de cette réactivation n'est pas toujours en cause puisqu'on peut voir ce phénomène, dans certains kystes ovariens, tumeurs de Krukemberg, cancers de l'ovaire, etc... Il s'agirait alors dans ces cas d'un mécanisme nerveux.

J. Calvet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 octobre 1936

Adénite cervicale suppurée. — *M. A. Grimberg* présente un malade guéri par un extrait bacillaire colloïdal, et chez lequel on ne peut constater aucune trace de la cicatrice.

Les trois étapes dans le diagnostic et le traitement des états anémiques. — *M. A. Bécart* estime qu'en présence de tout état anémique le praticien a trois questions à résoudre : 1° Existe-t-il ou non une lésion grave, voire irrémédiable des organes hémopoiétiques ; 2° A quel syndrome hématologique a-t-on affaire ; 3° Quelle est la cause de cet état anémique ?

La première réponse sera donnée par l'étude cytologique du sang et de la moelle osseuse qui permet la classification en état myélopathique ou hémopathique ; le premier indiquant une lésion grave des organes hémopoiétiques (Biermer ou anémie aplastique) ; le second, une simple suractivité de la moelle osseuse. Faire la différence entre ces deux états est capital puisqu'il s'agit du pronostic *quoad vitam*.

La deuxième étape consiste, de par l'étude de la taille des globules rouges et de la valeur globulaire, à classer les états anémiques en deux grands syndromes ; hyperchromo (et macrocytique) et hypochrome (et microcytique). Grosso modo, on peut dire que les premiers relèvent plus spécialement de ce que l'auteur appelle l'hormonothérapie antianémique (méthodes de Whipple, Castle, Fontès et Thivollo), les seconds de la thérapeutique martiale, l'auteur donnant la préférence au fer réduit à hautes doses, la transfusion restant la thérapeutique d'urgence et de mise en route de ces différents traitements.

La troisième étape est l'étape étiologique dont l'aboutissant est la recherche de la cause, par l'examen complet du malade. Y a-t-il une hémorragie récente, une maladie organique quelconque ? L'auteur insiste sur l'examen des différents appareils, en particulier sur l'étude complète du tube digestif, les cancers latents étant à la base de bon nombre d'états anémiques graves, étiquetés souvent Biermer, anémie pernicieuse ou cryptogénétique. Y a-t-il une cause toxique ? et enfin existe-t-il une cause infectieuse ou aiguë ou chronique. Celle-ci est très fréquente. L'auteur souligne l'importance des infections dentaires et intestinales. Tels sont les différents interrogatifs cliniques que le praticien aura à épuiser.

Projet d'organisation sociale de la rééducation en France. — *M. G. de Parrel* se fondant sur l'expérience réalisée par l'Œuvre de la réadaptation de l'enfant dans ses dix centres sociaux de la région parisienne, présente un projet d'extension de cette organisation à toute la France. Ce projet permettrait de réadapter environ 50.000 enfants déficients de toutes catégories en créant 175 centres de rééducation, soit un centre pour 200.000 habitants. Les difficultés ne sont pas insurmontables si l'on procède par étapes. Les dépenses d'aujourd'hui se traduiront demain par des allègements très sensibles des charges d'assistance de l'Etat et des collectivités. Ainsi des vingtaines de milliers d'enfants pourraient être sauvés du silence, de l'incapacité, de la misère et souvent du vice. Il ne faut pas oublier que le pourcentage des sujets entravés dans leur développement ou leur instruction par un déficit quelconque (sensoriel, moteur, psychique) peut être estimé à 20 pour cent de l'effectif total des enfants de 2 à 16 ans. Le problème de leur revalorisation mérite d'être étudié sur le plan national et conduit jusqu'à une solution pratique et efficace.

Gastrectomie pour l'ulcère de l'estomac. — *M. le Gac* présente un film important montrant la technique qu'il emploie dans la gastrectomie.

G. Luquet.

Le programme actuel de l'internat est un programme suranné, il faut le changer, l'adapter, le moderniser. La médecine fait tout de même des progrès et les internes doivent les connaître. Il me semble que ce n'est pas trop demander d'une élite, qui un jour doit prendre la tête des animateurs de la médecine et de la chirurgie françaises.

. . . .

Il est exact que l'esprit clinique se gagne avec le temps et l'âge. Mais clinique ne veut pas dire routine. Rien n'empêche de préparer l'interne à voir, à juger, à comprendre. Il faut être moderne. Les épreuves de l'internat ne sont plus modernes. Et c'est pourquoi il faut encore les changer. Ces messieurs des bureaux hocheront la tête. Dans leur citadelle ils n'ont aucunement notion que le progrès change bien des choses en médecine, comme en chirurgie et que c'est le propre des esprits arriérés de ne pas s'y adapter. (Prof. Noël Fiessinger, A propos du concours d'externat et d'internat des hôpitaux. *Journ. des praticiens*, 10 oct. 1936.)

ACTUALITÉS

Jean Charcot [1]

Par M. MEIGE

A moins d'un demi-siècle de distance, pour la seconde fois dans cette enceinte, le grand nom de Charcot est à l'honneur.

En 1893, l'Académie de médecine célébrait la mémoire du Professeur Jean-Martin Charcot, le créateur de la neurologie française, qui venait de disparaître.

Aujourd'hui, en 1936, notre Compagnie est endeuillée par la fin tragique de son fils, le commandant Jean Charcot, l'audacieux explorateur des régions polaires, lui aussi notre collègue.

L'un et l'autre, dans des domaines à la vérité bien différents, ont su conquérir une renommée mondiale, le père, par sa puissante œuvre médicale, le fils, grâce à de périlleuses croisières, qui ont enrichi le patrimoine scientifique de la France.

Tous les deux ont donné l'exemple d'une volonté tenace, d'un effort inlassable à la poursuite du même idéal qui les animait : se dévouer au progrès de la Science et à la gloire de leur patrie.

Ce n'est pas leur seul point de ressemblance. Même au physique, ils avaient des caractères communs : un torse robuste, légèrement voûté, un profil de médaille, un nez fort, comme le Dante, de très beaux yeux, dont l'éclat était tempéré par de longs cils noirs.

Mais tandis que le Professeur Charcot, absorbé par ses études, dédaignait les avantages corporels, son fils Jean, taillé en athlète avait la fierté de sa force. Il la cultivait, il la dépensait généreusement, par plaisir, pour lui-même, pour les autres, ou, mieux encore, pour une idée.

A juste titre, on a souligné la simplicité de ses goûts. Elle pouvait surprendre, en effet : il avait été élevé dans un entourage luxueux et l'indulgence de sa famille lui eût passé bien des fantaisies. Mais il s'écarta délibérément de tout ce qui eût pu l'amollir.

Il se complaisait, au contraire, à endurcir son corps aux intempéries, au froid surtout. Hiver comme été, on ne le voyait jamais qu'en veston. Par préférence, il fit ses périodes de service militaire dans les chasseurs alpins : une attraction singulière l'entraînait déjà vers les glaces éternelles.

Dur pour lui-même, il se montrait indulgent pour autrui, surtout pour ceux dont le corps peine ; il leur donnait volontiers un coup de main.

Sa tendresse était sans bornes pour les bêtes, toutes les bêtes. La chasse l'indignait comme une lâcheté. Il n'aurait jamais capturé même un insecte. Ses amis les pinguoins l'ont enchanté par leurs simagrées, quasi humaines.

Une particularité de sa nature, qui lui donnait beaucoup de séduction, fut de conserver pendant sa vie entière une jeunesse d'esprit qui, même aux heures les plus tragiques, s'exprimait par un sourire confiant, une verve entraînante, des plaisanteries, qui faisaient reculer le danger.

Il avait tous les dons des grands conquérants : la foi en sa destinée, la fougue dans ses entreprises, le sang-froid et l'amour du commandement. Aussi, de tous les titres qui lui échurent, celui dont il se montra le plus fier fut-il celui de *Commandant*.

Mais il ne lui suffisait pas de se faire obéir : il voulait être aimé, et il le fut.

(1) Notice lue à l'Académie de Médecine, le 3 novembre.

Il le fut par tout le monde : par ses équipages, qui se fiaient à son étoile et ressentaient chaque jour les effets de ses prévenances, par ses camarades, qu'il ne chercha jamais à dominer, ni par sa force ni par l'éclat du nom qu'il portait, par ses chefs enfin, dont il conquit l'estime et l'affection par son haut sentiment du devoir.

Tout ceux qui l'ont approché ont été captivés d'emblée par sa franchise, sa droiture et sa loyauté. Une injustice l'exaspérait ; par contre, il se dévouait corps et âme, au succès d'une noble cause. Et, en vérité, on retrouvait chez lui tous les élans des chevaliers du Moyen-Age. Il partait pour une croisière comme pour une croisade.

***

Jean Charcot (Jean-Baptiste-Auguste-Etienne) est né à Neuilly-sur-Seine, le 15 juillet 1867.

C'est dès le plus jeune âge qu'il se montra passionné pour la navigation.

A l'Ecole alsacienne où il fit ses études, ses cahiers de classe étaient déjà constellés de dessins représentant des navires et des matelots. Le bassin des Tuileries connut ses premières croisières.

S'il eût été libre de choisir sa carrière, nul doute qu'il serait entré dans la marine ; mais son père avait décidé qu'il ferait sa médecine.

Il poursuivit donc ses études classiques, entra à la Faculté et passa le concours de l'externat, où il fut admis dans les premiers, puis prépara l'internat.

Il donna en cette occasion une preuve décisive de sa persévérance, car malgré son peu d'attrait pour cette préparation, il s'y consacra avec une obstination méritoire. Il fut reçu, dans un très bon rang. Ce succès, il ne l'a dû qu'à lui-même, à son travail acharné et à l'amour-propre de son nom : il n'aurait pas voulu qu'il fût dit que le fils de Charcot avait subi un échec.

Jean Charcot a fait sa première année d'internat à la Salpêtrière, dans le service de son père, qui, pour lui, ne s'est pas départi de sa froideur habituelle. Il ne témoignait sa satisfaction que par une certaine détente de son masque césarien, à l'ordinaire impénétrable. Quand Jean apercevait ce signe fugitif de contentement, il y trouvait la récompense qui lui tenait le plus à cœur. Il fut ensuite l'interne de Brissaud, à Saint-Antoine, puis revint à cette Salpêtrière, qu'il affectionnait, et où il devint chef de clinique de Raymond.

Il publai alors une série de travaux de neurologie, dont voici les principaux :

D'abord, en 1893 et 1894, en collaboration avec Dutil, *un cas d'agraphie motrice et un cas de poliomyélite antérieure chronique*, les deux suivis d'autopsie ; puis, avec Marinesco, *la Paralysie bulbaire subaiguë à type descendant* ; avec Dufour, un curieux exemple d'*hémarthrose tabétique* ; enfin, avec Souques, une remarquable étude sur la *tuberculose de la région paracentrale, trois cas d'arthropathie tabétique, un cas de paralysie bilatérale du deltoïde par élongation des deux nerfs circonflexes*, et l'observation princeps du *Géromorphisme cutané*.

En 1895, dans sa thèse de doctorat, il a fait la mise au point de *L'atrophie musculaire progressive* (type Duchenne-Aran) dont il défendit l'autonomie nosographique, confirmée par son père.

Il avait donc déjà un bagage neurologique plein de promesses.

Mais il ne cessait d'être sollicité par son appétit des voyages. Pendant ses loisirs d'écolier, il s'entraînait à ramer sur le lac Saint-James, au bois de Boulogne, et comme il y avait une île minuscule sur cette pièce d'eau, il y passait des journées, comme un Robinson, à rêver d'expéditions lointaines. Il avait baptisé son canot : *Pourquoi pas* ? Déjà !...

Parfois il se rendait à Ouistreham et montait sur un bateau-pilote où, jour et nuit, il partageait la vie des marins et s'initiait au maniement de la voilure. Là, Jean Charcot, qui se montrait à l'ordinaire peu expansif, était transfiguré. Il humait à pleins poumons la brise marine, recevait la douche des embruns avec délices, grimpait aux échelles des mâts, en chantant à tue-tête des refrains de matelots. Il était vraiment sur son élément, la mer — la mer qui devait être aussi son tombeau...

Dans un voyage qu'il fit ensuite en Méditerranée, à bord d'un paquebot de cabotage, il étonna tout l'équipage par son entrain

et son sang-froid, au cours d'une violente tempête survenue au voisinage des Baléares.

Ainsi, son amour de la navigation ne cessait de s'accroître avec les années. Même dans sa démarche, il se donnait l'allure d'un loup de mer, affectant ce balancement du corps que conservent, à terre, les habitués du roulis.

***

Après son clinicat, Jean Charcot jugea, fort sagement, qu'il lui serait bien difficile de se créer une notoriété en suivant la voie qu'avait illustrée son père. Il abandonna donc la neurologie pour entrer à l'Institut Pasteur, et peut-être la biologie lui eût-elle réservé un brillant avenir. Mais le Professeur Charcot était mort. Le démon de la mer prit le dessus. Jean, qui n'avait jamais cessé d'en être possédé, rompit brusquement avec la médecine, pour se consacrer tout entier aux explorations maritimes.

« Mon père, pensait-il, a voulu que je sois médecin ; je l'ai été, pour lui complaire ; mais il ne pouvait espérer que je l'égalerais dans les sciences médicales. Je sens, au contraire, en moi, une force irrésistible qui me pousse à rechercher ailleurs la célébrité. Si je réussis, ce sera la meilleure façon de respecter sa mémoire, car le nom de Charcot sera deux fois à l'honneur ».

Cette pieuse et ferme résolution devait guider désormais Jean Charcot dan sa nouvelle carrière, l'entraîner aux entreprises les plus avantureuses, le soutenir au milieu de périls sans nombre. S'il eut l'énergie de triompher des pires obstacles, ce fut beaucoup grâce à son ardent désir de se montrer digne de son père.

Dès lors, il n'écoute plus que cet appel de la mer, qui le hantait dès ses plus jeunes années. Il s'en était détourné par devoir filial ; il n'y résiste plus.

Sur un tout petit bateau, son second *Pourquoi pas* ?, il commence à naviguer autour des côtes de France ; puis, quand il se sent sûr de lui, il entreprend de plus longs voyages. Et bientôt naît en lui l'impérieuse curiosité de pénétrer dans les régions polaires, encore inexplorées. Il souffre à la pensée que, depuis de longues années, les navigateurs français n'ont fait que de rares incursions dans ce domaine glacé. Il rêve d'en révéler les mystères et d'ajouter ainsi une nouvelle gloire à son pays.

Mais, pour cela, il faut disposer d'un navire spécialement aménagé pour ce genre d'exploitation. Il en étudie minutieusement les plans, et, quand tout lui semble au point, il passe à la réalisation. La construction sera coûteuse. Peu importe. Il y consacrera d'abord une partie de sa fortune et, comme cela ne sera sans doute pas suffisant, il quêtera des subsides un peu partout. Il fera valoir le haut intérêt d'une croisière dans un monde inconnu, les trésors scientifiques qu'on peut en rapporter, la renommée accrue de la France. Sans relâche, il met tout en œuvre pour obtenir l'appui du gouvernement, de la Marine, du Muséum, il demande, il prie, il persuade et il obtient.

Une souscription publique est organisée par le journal « Le Matin ». Les dons affluent. Le navire est mis en chantier ; on l'achève, on le lance. Il s'appelle *Le Français*. Un équipage de choix est recruté ; des savants audacieux en seront les passagers, et Jean Charcot, prenant le commandement, aura la joie immense de conduire les couleurs françaises à la conquête de l'Antarctique.

Ce que fut cette croisière mémorable, qui dura de 1903 à 1905, dans des régions où nul n'avait encore pénétré, loin de tout secours, — la T. S. F. n'existait pas encore, — sous un climat féroce, avec la lutte incessante contre la mer, les vents, la neige et les glaces traîtresses, Jean Charcot l'a raconté dans un volume *Le Français au pôle Sud*, où se révèlent, à chaque page, son énergie inlassable, son mépris du danger, sa splendide endurance, sa modestie et sa générosité envers tous ses compagnons, à commencer par les plus humbles matelots.

Après ces deux années, marquées par des péripéties pathétiques, les explorateurs revinrent en France, rapportant une moisson merveilleuse de documents océanographiques, d'observations météorologiques, et des collections précieuses pour la zoologie, la botanique, la minéralogie, etc... On venait d'arracher au Pôle sud ses principaux secrets, et Jean Charcot connut la gloire d'en faire hommage à la France.

Quelques années plus tard, entre 1908 et 1910, sur un nouveau bateau, perfectionné par les leçons de l'expérience, et qui, pour la troisième fois, porte le nom favori de *Pourquoi pas* ?, une seconde croisière fut encore dirigée vers le Pôle Sud, sous le commandement de Jean Charcot. Elle ne fut pas moins fructueuse que la première. Aussi la Société de géographie décerna-t-elle sa grande médaille d'or à celui qui, désormais, était désigné par les Anglais sous le nom de « the polar gentleman ».

Il n'avait pourtant pas fait table rase de ses connaissances médicales. A bord de son navire, il donnait ses soins aux matelots et, au retour, il apporta à l'Académie de médecien des indications précieuses pour parer au danger des aliments de conserve et lutter contre le scorbut, si menaçant dans les longs hivernages.

***

Mais la guerre éclata.

Le fervent patriote qu'était Jean Charcot n'eut plus alors qu'une pensée : mettre au service de son pays sa personne et son bateau.

Il avait été mobilisé à Cherbourg comme médecin de réserve de la Marine. Cette fonction sédentaire ne convenait guère à son goût du risque et de l'indépendance. Il pensa qu'il rendrait plus de services dans un poste plus périlleux. Il rêvait d'armer son *Pourquoi pas* ? en corsaire et de faire avec lui la chasse aux sous-marins. Mais il ne rencontra pas tout de suite en France l'adhésion qu'il souhaitait. C'est l'amirauté anglaise qui se l'attacha, en lui donnant le commandement d'un de ces bateaux-pièges qui devaient causer tant de déboires à la marine ennemie.

Le gouvernement français, revenu de sa réserve, ne tarda pas d'ailleurs à le nommer lieutenant de vaisseau, et à le charger de patrouilles dans les parages les plus exposés de nos côtes. Il s'y dévoua pendant deux années et rapporta de cette dure campagne les citations les plus élogieuses.

La guerre finie, Jean Charcot commença à recueillir les fruits de sa prodigieuse activité.

Il avait été décoré de la croix de guerre avec palmes. Il gravit tous les échelons de la Légion d'honneur, jusqu'au titre de Grand-Officier.

Il fut nommé capitaine de frégate et reçu à l'Académie de Marine.

Puis, l'Académie des Sciences lui ouvrit ses portes, et, par une délicate attention, lui réserva le fauteuil qu'avait occupé son père. Ce jour-là, il comprit que s'était réalisé son rêve le plus cher : illustrer pour la seconde fois, et par ses propres exploits, le nom de Charcot.

En 1925, lorsque fut célébré, à la Sorbonne et ici-même, le centenaire de la naissance du Professeur Charcot, le commandant Jean Charcot, dans son sobre uniforme de capitaine de frégate, est venu apporter l'hommage de sa propre gloire à la mémoire de son père.

Quelques années plus tard, notre Compagnie s'est honorée en lui réservant une place dans les sections de ses membres libres.

***

Après une si belle carrière et la conquête d'une renommée célèbre dans le monde entier, Jean Charcot aurait pu s'accorder enfin quelques années de repos, car il avait atteint la soixantaine. Mais il était toujours avide d'action et ne pouvait se résoudre à céder sa place dans le « nid de pie », au faîte du grand mât, d'où il aimait à diriger son navire au milieu des icebergs et des écueils.

Il entreprit donc de nouvelles croisières, qui, si elles furent de moindre envergure, n'étaient pas exemptes de dangers. Comme l'aiguille de la boussole, il se sentait maintenant attiré vers le Nord. Abandonnant l'Antarctique, il organisa une série de voyages autour des côtes de l'Islande, du Spitzberg et du Groenland, accompagné encore de savants et de chercheurs, qui rapportaient au retour de nouvelles moissons scientifiques.

Lui-même en a montré la valeur dans une série de publications, et, pendant un intermède, il a écrit ce livre : *Christophe Colomb vu par un marin*. Mieux que personne, il était qualifié pour apprécier le rôle joué par le génial navigateur de la Renaissance.

Cette année encore, bien qu'il eût déjà près de soixante-dix ans, il avait repris le commandement de son *Pourquoi pas* ?, sur lequel il retrouvait chaque fois l'entrain de la jeunesse. Tout son entourage était émerveillé de sa constate bonne humeur, de sa résistance à la fatigue, de son mépris des intempéries, de son expérience des choses de la mer et de son indulgente bienveillance.

Pourtant, avant le départ, pour la première fois, il eut quelques appréhensions. « Mon bateau se fait vieux, disait-il, et moi de même. Peut-être allons-nous faire ensemble notre dernière campagne. A Dieu vat ! Allons vers notre destin... »

Ce sombre pressentiment s'est, hélas ! réalisé.

Le 15 septembre 1936, Une furieuse tempête déchaînée sur les côtes de l'Islande, a englouti le valeureux navire et, avec lui, tout son équipage. A la minute ultime, debout sur la passerelle, luttant pour organiser un impossible sauvetage, se dressait encore la fière silhouette du commandant du *Pourquoi pas* ?

La mer impitoyable, à laquelle il s'était voué, après l'avoir conduit à la gloire, a voulu recueillir le dernier souffle de Jean Charcot.

Ce roman d'aventures, qu'il avait rêvé de vivre, qu'il vécut réellement, et qui devait avoir cette fin tragique, a eu pour épilogue une émouvante apothéose. Mais celle-ci ne saurait nous consoler de la perte d'un collègue d'élite, dont chacun de nous a pu apprécier le noble caractère et le grand cœur.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire, elles ne sont plus miennes qu'en leur premiere place. »

MONTAIGNE.

L'écrivain doit-il quelque chose au médecin ? — *M. Paul Bayle* (L'INTRANSIGEANT, 5 et 7 octobre 1936) *est allé trouver quelques médecins-écrivains et leur a demandé :*

— *En vous l'écrivain doit-il quelque chose au médecin ?*

Et voici quelques-unes des réponses qui lui ont été faites :

M. Luc DURTAIN : « Dans la médecine, il y a un côté science très important, et la science nous fait entrer en rapport avec différentes phases de l'univers : avec le composé le plus complexe, l'homme, grâce à la physiologie et à la pathologie ; avec le monde chimique et le monde physique, avec les sciences naturelles ; ainsi la médecine a un contrat profond avec toutes choses. Mais tout cela n'est encore rien, la grande chose de la médecine, c'est le contact avec l'homme lui-même, avec les caractères des hommes pris sous leur face la plus vraie, celle qu'ils présentent à la douleur. La médecine est une perpétuelle leçon de véracité ; le contact du médecin et du malade est une sorte de divination psychologique, et celui qui n'y atteint pas se prive des meilleurs ressorts de guérison. La médecine apporte à l'écrivain toute une série de drames rapides, des documents sociaux et humains, elle nécessite l'intervention de l'âme, l'amour envers le prochain : il ne s'agit pas seulement de ne pas faire souffrir, mais d'avoir pour le malade une véritable affection dans laquelle on puise une inspiration ».

M. Maurice BEDEL : « A la médecine, je dois mon sang-froid, devant l'individu et les événement que je considère d'un œil de clinicien. Mais, au strict point de vue littéraire, mon passage dans les hôpitaux ne m'a servi en rien : du reste tout ce qui a, été pris dans le morbide n'a jamais donné de grand livre. Ainsi,

je ne considère pas ce que j'écris du point de vue du médecin mais de ceux du moraliste et du poète.

..... A mon avis, la médecine est la meilleure formation pour la poésie comme pour l'étude des mœurs ; Duhamel est le plus éclatant exemple de ce que j'avance. Cette tendresse qui le penche sur l'humanité, cette fraternité compréhensive de la détresse humaine, toute cette poésie latente qui marque son œuvre, c'est à la médecine qu'il les doit ».

Sans doute Maurice Bedel reconnaît qu'il est des médecins dont il n'y a pas que les ordonnances qui soient illisibles, mais il est de l'avis de Georges Duhamel à qui les membres de l'Académie de médecine, en l'accueillant parmi eux, montreront bientôt qu'ils partagent son opinion : « Les écrivains médecins forment une élite ».

Le prétendu fétichisme de Rétif de la Bretonne. — *M. Tabarant, qui connaît bien Rétif et qui pour le connaître a lu toute son œuvre, s'inscrit en faux contre la légende* (Le vrai visage de Rétif de la Bretonne, 1 *vol.*, 502 *p. Éd. Montaigne*).

« On a consacré plusieurs études fort savantes à cette passion spéciale, dans laquelle on a voulu discerner une forme de fétichisme, d'un fétichisme se définissant par un instinct sexuel morbidement dévié. Que de doctes phraséologies pour embrouiller ce qu'une connaissance moins superficielle de Retif suffit à expliquer ! Successivement le Docteur Louis en 1904, les Docteurs L. Charpentier, Avalon, Fernel en 1912, ont représenté Retif comme un obsédé fétichiste, leurs arguments ayant été retorqués par M. Louis Barras dans une thèse fort documentée soutenue en 1913 devant la Faculté de Montpellier.

Fétichisme, l'obsession de Rétif pour les petits pieds ? Nullement, tandis que le fétichiste obéit à des impulsions qui échappent à son contrôle, Rétif, lui, énonce et commente les raisons qui l'agenouillent devant les pieds petits. Le pied annonce la jambe, qui achemine vers les plus secrets charmes. Un petit pied, sur un talon haut, donne à la marche une allure voluptueuse, l'allure même que Rétif va décrire en parlant de Fanchette : « Son pied, le pied mignon qui fera tourner tant de têtes, était chaussé d'un soulier rose si bien fait, que mes yeux, une fois fixés sur ce pied charmant, ne purent s'en détourner. Beau pied ; dis-je tout bas, tu ne foules pas les tapis de Perse et de Turquie ; un brillant équipage ne te garantit pas de la fatigue de porter un corps, chef d'œuvre des grâces ; tu marches en personne, mais tu vas avoir un trône dans mon cœur ».

Avec quelle fureur il invective contre les chaussures plates ! Elles sont « une infamie » ; elles « lui soulèvent le cœur ». Une femme doit avoir l'air sylphide ; un soulier plat lui donne l'air matériel. Il décrit « une longue jupe cachant la turpitude des pieds plats » — « ces pieds plats de nos républicaines » dont il dira, vers la fin de sa carrière, que c'est apparemment par vertu que ces femmes se chaussent ainsi.

Mais son goût pour les petits souliers hauts, si exclusif, qui « excitait immanquablement ses désirs et l'aurait fait passer sur la laideur », ce goût qui le rendait incapable de résister à une jolie femme bien chaussée, il le justifie par sa conformation virile même, qu'il définit cyniquement, l'opposant à celle du gros Parangon-Fournier. C'est elle surtout qui le conduit à rechercher de préférence les femmes aux petits pieds, l'indication de certain proverbe n'étant pas mensongère : *Parvus pes, barathrum grande.* Il conseille aux jeunes gens de ne pas l'oublier, ce véridique proverbe, pour la commodité de leur plaisir et pour la génération. En tout cela, peut-on voir la moindre apparence d'un fétichisme ? ».

Le budget d'un étudiant de 1820. — *La Revue* Hippocrate *vient de publier* (*octobre* 1936) *toute une série de lettres de Velpeau, lettres du plus haut intérêt qui nous font assister à ses débuts de petit provincial et nous montrent ce qu'était la vie de privation d'un étudiant pauvre au début du siècle dernier.*

« Les dépenses, écrit Velpeau à son ami Cottereau, sont peu de chose quand on le veut. Voici ma manière de vivre : j'ai une chambre à cheminée au 3e pour 8 f. Cela fait 5 s 4 d par jour. Je mange un pain de 4 liv. en 3 j. qui coute 16 s. 5 s. 4 d par j., puis pour deux, trois, ou quatre sous de viande, de fruits de beurre ou de fromage par jour. Ce qui me fait au total à peu près 15 s. par jour. Je bois de l'eau et je ne mange pas de soupe. Cette vie là te paraît un peu dure n'est-ce pas ? Mais si nous eussions été deux nous aurions vécu pour le meme prix et beaucoup mieux servi. Nous aurions eu une jolie chambre au 3e sur un jardin pour 12 f. — 4 s. par j. 5 s. de pain (ici mot illisible) la soupe pour 2.3 s. 10 s. 6 d. (6 s.) de viande cuite, chaude, bien aprêtée pour deux 13 s. 6 d. et 2 s. de fromage, fruits ou autres pour le déjeuner — soit 15 s. et demi. On peut ma foi très bien exister comme (ici mot gratté) [de] manière qu'avec 1 f. par jour on peut se faire blanchir et pourv[oir] aux plaisirs indispensables. Et avec 400 f. je passerai gaiement mon année à Paris quand on voudra. »

Les Livres de la semaine

BABONNEIX (L.). — **Les régimes chez l'enfant.** (17/25,5). 608 p. Br. : 75 fr. (*Masson et Cie*).

BOUVET (Maurice). — **Histoire de la pharmacie en France.** (24/16). 450 p. nombr. ill. Br. : 80 fr. ; Rel. : 120 fr. (*E.-H. Guitard*).

BROCA (Robert) et MARIE (Julien). — **L'année pédiatrique** (2e année) (15,5/23). 204 p. 78 fig. (500 gr.). Br. : 32 fr. (3191). (*Masson et Cie*).

COCHE (Dr René-J.). — **Contribution à l'étude des algies pelvi-génitales dites névropathiques chez la femme, des douleurs obsédantes en particulier.** In-8. 228 p. Br. : 30 fr. (*Lyon, J. Desvigne et Cie*).

DOUGNAC (Dr F.). — **Le vin aux points de vue physico-chimique, physiologique, hygiénique, thérapeutique.** 2e éd. (16/25). 354 p. Br. : 25 fr. (*Ch. Béranger*).

FIESSINGER (Noël). — **Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies du foie.** (16,5/24). 82 p. Br. : 24 fr. (*Masson et Cie*).

GELLHORN (E.) et RÉGNIER (Jean). — **La perméabilité en physiologie et en pathologie générale.** (17/25,5). 928 p. Br. : 160 fr. (*Masson et Cie*).

JACKSON (Chevalier et Chevalier L.) et VIALLE (Jacques). — **La bronchoscopie dans les affections broncho-pulmonaires.** Monographies oto-rhino-laryngologiques internationales n° 27. 344 p. 44 fig. 2 pl. Br. : 50 fr. (*Bordeaux, Ed. Delmas*).

JOUVE (André X.). — **Les endocardites malignes prolongées. Etude anatomo-clinique et expérimentale.** (16/24,5). 356 p. 50 fig. Br. : 50 fr. (*Masson et Cie*).

LEDOUX (Louis). — **Etude critique des techniques opératoires de la sinusite fronto-ethmoïdale purulente chronique. Nouvelle méthode d'évidement fronto-ethmoïdal.** Monographies oto-rhino-laryngologiques internationales n° 28. 216 p. 42 fig. Br. : 25 fr. (*Bordeaux, Ed. Delmas*).

LOCARD (Dr Edmond). — **Traité de criminalistique.** 6 vol. In-8. 241, 76 et 287 fig. Ch. Br. : 200 fr. ; Fco : 207 fr. 50 ; Etr. : 214 fr. (*Lyon, J. Desvigne et Cie*).

MARION (G.). — **Quelque vérités premières (ou soi-disant telles) en urologie.** (16,5/24). 62 p. Br. : 24 fr. (*Masson et Cie*).

OMBRÉDANNE (L.). — **Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en chirurgie infantile.** (16,5/24). 88 p. Br. : 24 fr. (*Masson et Cie*).

PASTEUR VALLERY-RADOT. — **Les grands problèmes de la médecine contemporaine.** Coll. Philosophie scientifique. (12,75/19). 256 p. Br. : 12 fr. (*Flammarion Fils*).

PRÉVOST (Dr). — **L'amour secret.** Br. : 30 fr. (*Excl. Hachette*).

(Extrait de la *Bibliographie de la France.*)

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 46 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 14 NOVEMBRE 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Travaux originaux
JEANNENEY : La transfusion de sang conservé 1761
E. COTTIN : Le diagnostic de la lymphangite pulmonaire cancéreuse généralisée sans cancer du poumon 1765

Clinique physiothérapique
P. AUBOURG : L'ozone : cent premiers cas traités à Beaujon-Clichy. 1770

Dermatologie
Les accidents cutanés des teintures capillaires 1783

Revue de Presse départementale et coloniale, par J. Lafont.... 1784

Sociétés savantes
Académie de Médecine 1787
Académie de Chirurgie 1787
Société Médicale des Hôpitaux 1788
Union internationale et Société de Thérapeutique 1791

Nouvelles 1755
Echos et Glanures 1795
Bibliographie 1798
Les Livres de la semaine 1798

Supplément illustré
P. LANGEARD : L'inter-sexualité de Michel Ange
Le coin des autographes : Une lettre de Corvisart ; Honoraires du siècle dernier.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 9 novembre. — M. DE MONTIGNY. Le taux de la morbiditéet de la mortalité peut-il être abaissé dans les infections puerpérales ? — Mme CASALIS. De l'hypertrophie cardiaque pure chez le nourrisson.

10 novembre. — M. ZARGHAMI. Myome malin du col restant après l'hystérectomie subtotale. — M. MAUCLAIRE. Les dépressions térébriformes endocraniennes de la voûte du crâne.

12 novembre. — M. TCHEHRAMI. Pathologie et physiologie de l'image de soi.

Hôpital de la Pitié. — M. le Professeur Laignel-Lavastine, avec la collaboration de MM. Georges Rosenthal, Jean Vinon, Robert Largeau, H.-M. Gallot, Georges d'Heucqueville, H.-M. Fay, Mme Lecomte et M. Jean Noailles, commencera ses leçons de clinique annexe avec présentation de malades, le mercredi 18 novembre, à 10 heures, et les continuera tous les mercredis à la même heure.

OBJET DU COURS. — Neurologie

Horaire du service : tous les matins, à 9 heures, visite. — Lundi, à 10 heures, M. LARGEAU : Examens endocrino-pathologiques. — Lundi, à 11 heures, M. H.-M. GALLOT : Conférence de sémiologie. — Mardi, à 10 heures, M. LAIGNEL-LAVASTINE : Consultation de neurologie. — Mercredi, à 10 heures, M. LAIGNEL-LAVASTINE : Présentation de malades. — Jeudi, à 10 heures, M. FAY : Consultation de neuro-psychiatrie infantile. — Vendredi, à 10 heures, M. VINCHON : Consultation neuro-psychiatrique. — Vendredi, à 11 heures, M. LAIGNEL-LAVASTINE : Clinique psychiatrique. — Samedi, à 10 heures, M. LAIGNEL-LAVASTINE : Consultation endocrino-sympathologique.

Hospice des Enfants Assistés. — *Chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance* (Clinique Parrot.) — M. le Professeur P. Lereboullet reprendra ses leçons cliniques le mercredi 18 novembre, à 11 heures, à l'amphithéâtre Parrot, à l'hospice des Enfants-Assistés (74, rue Denfert-Rochereau) et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. L'enseignement des stagiaires commencera le mardi 3 novembre.

ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT. — Tous les matins, à 10 heures, visite par le Professeur LEREBOULLET et le Docteur Marcel LELONG, médecin des hôpitaux, dans les salles de médecine et les nourriceries.

Le lundi, à 11 heures : Conférence sur les maladies du tube digestif dans la première enfance, par M. Marcel LELONG, agrégé, à l'amphithéâtre Parrot. — Le mardi, de 10 heures à midi ; Au pavillon Pasteur, consultation de neuro-psychiatrie infantile par le Docteur PICHON, médecin des hôpitaux. Consultation de dermato-syphiligraphie infantile, par le Docteur M. BENOIST, ancien chef de clinique ; à 11 heures : Présentation de malades à l'amphithéâtre Parrot. — Le mercredi, à 11 heures : Leçon clinique à l'amphithéâtre Parrot par le Professeur LEREBOULLET. — Le jeudi, de 10 heures à midi : Au pavillon Pasteur, policlinique du nourrisson ; à 11 heures : Leçon d'hygiène et de clinique du premier âge, par M. Marcel LELONG, dans le service de médecine. — Le vendredi, de 10 heures à midi : Au pavillon Pasteur, consultation de médecine infantile et de dermato-syphiligraphie ; à 11 heures : Présentation de malades à l'amphithéâtre Parrot et conférence de diététique et de thérapeutique infantile par le Professeur LEREBOULLET. — Le samedi, de 10 heures à midi : Au pavillon Pasteur, policlinique du nourrisson ; à 11 heures : Présentation de malades à l'amphithéâtre Parrot.

En outre, à partir du 12 novembre et pendant le semestre d'hiver, le jeudi, de 9 à 11 heures (pour les dames et les jeunes filles) : enseignement pratique de puériculture (Institut de Puériculture de la ville de Paris et du département de la Seine).

S'inscrire pour cet enseignement au laboratoire. Il sera suivi de 11 heures à midi d'une consultation de nourrissons à l'amphithéâtre Parrot.

Clinique de la tuberculose (Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres, Professeur : M. F. Bezançon.) — Cours complémentaire de chirurgie pleuro-pulmonaire du 16 novembre au 28 novembre 1936, par MM. G. Lardennois, agrégé, chirurgien de l'hôpital Laennec, et A. Maurer, chirurgien des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Rolland, Triboulet, Azoulay, Dreyfus-Le-Foyer, Olivier Monod, André Meyer, assistants à l'hôpital Laennec.

Le cours comprendra : vingt-deux leçons sur la chirurgie pleuro-pulmonaire ; trois séances de démonstrations anatomiques et expérimentales des opérations ; l'assistance aux interventions de chirurgie pleuro-pulmonaire et aux consultations spéciales dans le service de chirurgie de l'hôpital Laennec pendant les deux semaines que durera le cours complémentaire.

PROGRAMME DU COURS COMPLÉMENTAIRE. — I. Leçons dans la salle des conférences de la clinique médicale de la tuberculose, service du Professeur Bezançon, hôpital Laennec.

Lundi 16 novembre, 10 à 11 heures, M. le Professeur BEZANÇON : 1. La collaboration médico-chirurgicale dans la thérapeutique des maladies respiratoires : 11 à 12 heures, M. le Docteur ROLLAND : 2. Principes et effets de la collapsothérapie en général. — Mardi 17 novembre, 17 à 18 heures, M. le Docteur ROLLAND : 3. Radiologie des lésions tuberculeuses du poumon du point de vue chirurgical ; 18 à 19 heures, M. le Professeur BEZANÇON : 4. Anatomie-pathologique de la tuberculose pulmonaire. — Mercredi 18 novembre, 10 à 11 heures, M. le Docteur TRIBOULET : 5. Pneumothorax incomplets. Indications de la section de brides sous pleuroscopie : 11 à 12 heures, M. le Docteur A. MEYER : 6. Technique et résultats des sections de brides. — Jeudi 19 novembre, 17 à 18 heures, M. le Professeur BEZANÇON : 7. Anatomie-pathologique des dilatations bronchiques ; 18 à 19 heures, M. le Docteur MAURER : 8. Opérations sur le nerf phrénique. Scalénotomie. Alcoolisation des nerfs intercostaux. — Vendredi 20 novembre, 10 à 11 heures, M. le Docteur AZOULAY : 9. Radiodiagnostic de la dilatation des bronches ; 11 à 12 heures, M. le Professeur BEZANÇON : 10. Les formes cliniques de la dilatation des bronches. — Samedi 21 novembre, 10 à 11 heures, M. le Docteur DREYFUS-LE-FOYER : 11. Apicolyse. Plombage. Résection isolée de la première côte ; 11 à 12 heures, M. le Docteur MAURER : 12. Thoracoplasties d'indication pulmonaire. Indications. — Lundi 23 novembre, 10 à 11 heures, M. le Docteur MAURER : 13. Technique des thoracoplasties paravertébrales, parasternales, axillaires sous et extrapériostées ; 11 à 12 heures, M. le Docteur MAURER : 14. Résultats des thoracoplasties d'indication pulmonaire. — Mardi 24 novembre, 17 à 18 heures, M. le Docteur Olivier MONOD : 15. Traitement des pleurésies purulentes non-tuberculeuses ; 18 à 19 heures, M. le Docteur LARDENNOIS - 16. Thoracoplasties d'indications pleurales et pleuro-pulmonaires. — Mercredi 25 novembre, 10 à 11 heures, M. le Doc-

teur LARDENNOIS : 17. Les tumeurs du poumon et du médiastin ; 11 à 12 heures, M. le Docteur LARDENNOIS : 18. Lobectomie et peneumectomie. — Jeudi 26 novembre, 17 à 18 heures, M. le Professeur BEZANÇON : 19. Anatomie pathologique des abcès du poumon et de la gangrène pulmonaire ; 18 à 19 heures, M. le Docteur AZOULAY : 20. Radio-diagnostic des suppurations pulmonaires. — Vendredi 27 novembre, 10 à 11 heures, M. le Professeur BEZANÇON : 21. Les formes cliniques des suppurations du poumon ; 11 à 12 heures, M. le Docteur LARDENNOIS : 22. Traitement des abcès du poumon. Traitement des dilatations bronchiques. M. le Docteur André BLOCH : Procédés bronchoscopiques dans le traitement des abcès du poumon et des dilatations bronchiques.

II. Démonstrations anatomiques et expérimentales des opérations par MM. G. LARDENNOIS, MAURER, DREYFUS-LE-FOYER et Olivier MONOD, amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V^e).

Vendredi 27 novembre, de 14 à 16 heures : 1. Interventions sur les nerf phrénique. Scalénotomie. Apicolyses. Résection isolée de la première côte. — Samedi 28 novembre, de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2 : 2. Les thoracoplasties sous et extrapériostées (para-vertébrales, axillaires, parasternales). — Samedi 28 novembre, de 14 à 16 heures : 3. Voies d'abord de la plèvre, du poumon et du médiastin. Lobectomie et pneumectomie.

III. 1° Assistances aux interventions de chirurgie pleuro-pulmonaire et aux démonstrations des résultats les mardis et jeudis de chacune des deux semaines, à 9 heures. — 2° Démonstrations pratiques de bronchoscopie par MM. A. BLOCH et A. SOULAT les mardis et jeudis de chacune des deux semaines, à 10 heures.

Le droit d'inscription au cours est de 200 francs. Les inscriptions seront reçues au secrétriat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures et à la salle Béclard, à la Faculté, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

Le cours est gratuit pour MM. les internes et externes des hôpitaux de Paris.

Puériculture. — *Enseignement préparatoire au diplôme de puériculture.* — L'enseignement commencera le 16 novembre 1936, et aura lieu sous la direction de MM. les Professeurs Couvelaire, Lereboullet, Nobécourt et de M. le Docteur Weill-Hallé, chargé de cours, avec la collaboration de MM. les Professeurs Gougerot, Terrien et Lemaître :

Puériculture avant et après la naissance. Hygiène individuelle et collective (gestation, première et deuxième enfance) ; hygiène scolaire, médecine préventive et prophylaxie des maladies contagieuses. Organisation administrative et médico-sociale de la protection de la maternité et de l'enfance.

Cet enseignement est destiné aux étudiants en médecine pourvus de vingt inscriptions, et aux docteurs en médecine français et étrangers. Il comprendra : 1° des stages dans les services de cliniques obstétricales et pédiatriques ; 2° des cours théoriques.

Nota : Pour tous renseignements et les inscriptions, s'adresser au secrétariat de l'Ecole de puériculture, 26, boulevard Brune, Paris (XIVe).

Cours de pathologie expérimentale et comparée. (Professeur : M. Noël Fiessinger.) — I. *Cours du professeur* : M. FIESSINGER, professeur de la pathologie expérimentale et comparée, commencera son cours, le mardi 17 novembre 1936, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté et le continuera les jeudis et samedis suivants.

OBJET DU COURS : Les explorations fonctionnelles.

II. *Conférences de pathologie comparée* : Le samedi, à 18 heures, au petit amphithéâtre, M. L. PANISSET, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, et M. le Docteur L. BORY, ancien chef de clinique à la Faculté, feront une série de conférences concernant la pathologie comparée. M. le Professeur L. PANISSET fera sa premère conférence le samedi 21 novembre.

Professeur L. PANISSET : I. Tuberculoses animales. — II. Rage. — III. Charbon. — IV. Brucelloses.

Docteur Louis BORY : Dermato-vénéréologie comparée. — I. La vénéréologie comparée. — II. Notions de dermatologie comparée. — III. Les maladies des vétérinaires. — IV. Quelques questions de pathologie générale comparée : les ictères, les épilepsies animales, les tumeurs et pseudo-tumeurs. — V. Introduction à l'étude de la physio-pathologie. Les maladies des plantes et leur intérêt pour l'étude des maladies humaines et animales.

Une visite scientifique sera faite à l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

Académie de médecine. — *Concours Vulfranc-Gerdy.* — Tous les deux ans, l'Académie de médecine organise un concours auquel sont seuls admis les internes des hôpitaux. Le candidat reçu est chargé, pendant quatre années consécutives, d'une mission dans une ville d'eaux.

Une indemnité annuelle de 3.000 francs lui est attribuée, à laquelle s'ajoute, s'il y a lieu, une somme de 500 francs, destinée à récompenser le rapport qu'il doit fournir tous les ans sur les eaux de la station qu'il a visitée. Tout candidat ayant accompli au moins trois années de stage est lauréat de l'Académie.

Le concours aura lieu, cette année, le mercredi 2 décembre prochain. Les candidats sont priés d'adresser, avant le 30 novembre leur demande au secrétariat de l'Académie de médecine, 16, rue Bonaparte.

Société de stomatologie de Paris (20-22, passage Dauphine.) — Les séances ont lieu le mardi qui suit le troisième lundi de chaque mois à 20 h. 30. Reprise le 17 novembre.

Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.). — *Réunion du Conseil d'administration.* — Le Docteur Schüler (de Bâle) demande s'il ne serait pas possible de faire des échanges de professeurs entre la France et la Suisse, à l'exemple de ce qui existe entre l'Angleterre et la Suisse.

M. Molinéry, retour d'Amérique, parle de la propagande thermale et climatique aux Etats-Unis. M. Villaret signale qu'en ce moment s'élabore un livre résumant tout le thermalisme français, livre qui sera publié en français, en anglais et en espagnol.

M. Hartmann rend compte d'un échange d'étudiants entre la France, la Tchécoslovaquie et la Yougoslavie qui a eu lieu pendant les dernières vacances, grâce à l'A. D. R. M. C'est la première fois que pareil échange a lieu.

Deux professeurs français présentés par l'A. D. R. M. vont être nommés au Paraguay. Il est à désirer que les doyens des Facultés nous présentent des candidats pour des places de professeurs à Téhéran.

L'*Arztliche Korrespondenz* demande qu'on lui envoie des extraits de travaux français pouvant praticulièrement intéresser les praticiens et des mémoires originaux de médecins français, ses lecteurs demandent à être au courant de la science médicale française ; le journal se chargera de faire les traductions en allemand.

Election d'un nouveau membre : M. le Professeur Mocquot.

Académie des sciences. — PRIX ET SUBVENTIONS ATTRIBUÉS EN 1936. — *Médecine et chirurgie.* — Prix Montyon : un prix de 2.500 francs à M. Léon Delhoume ; un prix de 2.500 francs à M. Marius Piery ; un prix de 2.500 francs à M. Pierre Rigaud ; trois mentions honorables de 1.500 francs sont attribuées : à MM. Jacques Courtois et Raoul Lecoq, à M. André

Feil, à M. Maurice Sourdille : sont cités : MM. Emile Gilbrin et Georges Fabiani. Prix Barbier (2.000 francs), à M. Bernard Gouzon. Prix Bréant, à M. Jean Laigret. Prix Godard (1.000 francs), à M. Pierre Feyel. Prix Mège (1.000 francs), à M. Joseph Magrou. Prix Bellion (1.400 francs), à M. Marcel Belin. Prix du baron Larrey (1.000 francs), à M. Pierre Oudard. Fonds Charles-Bouchard, à M. Mario Lebel. Prix Jean-Dagnan-Bouveret (15.000 francs), à M. Claudius Regaud,

Cancer et tuberculose. — Fondation Roy-Vaucouloux (6.000 francs), à M. Léon Velluz. Prix Louise-Darracq, à MM. Charles Oberling et Maurice Guérin. Prix Eugène-et-Amélie-Dupuis (4.000 francs), à M. Ernest Coulaud.

Hôpital de la Pitié. — *Clinique médicale.* — M. Antonin Clerc, professeur, commencera son enseignement clinique le mercredi 18 novembre 1936, à 11 heures du matin (amphithéâtre des cours) et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

Cité universitaire. — *Concours pour la nomination d'un interne résident et la désignation de cinq internes suppléants.* — CONDITIONS DU CONCOURS : Peuvent s'inscrire en vue du concours les étudiants en médecine, de nationalité française, pourvus de douze inscriptions au moins.

Le concours comprend une épreuve écrite anonyme d'admissibilité portant sur trois questions (anatomie, pathologie externe, pathologie interne) et une épreuve orale sur un sujet de pathologie. Cette épreuve orale est subie par les candidats admissibles désignés en nombre double de celui des places à pourvoir, et des désignations à faire.

Les épreuves commenceront le mardi 1er décembre 1936, à 9 h. 30, à la Sorbonne, salle V.

Le candidat présenté par le jury pour occuper l'emploi d'interne résident actuellement vacant entrera immédiatement en fonctions.

Les candidats classés comme suppléants éventuels seront appelés dans l'ordre du classement à assurer les remplacements temporaires et à occuper les emplois d'internes titulaires susceptibles de devenir vacants.

RÈGLEMENT CONCERNANT LES FONCTIONS D'INTERNE : Les internes sont logés gratuitement au Pavillon médical de la Cité universitaire. Ils reçoivent en outre une indemnité mensuelle de 300 francs.

Ils ont à assurer la garde à la Cité chacun un jour sur trois. Toutefois, dans la matinée, des dispositions spéciales leur permettent d'assurer la permanence médicale de la Cité sans abandonner la fréquentation hospitalière.

Ils font, à tour de rôle, à la Cité, une courte consultation le matin à 8 h. 30 et le soir de 14 heures à 15 heures.

Ils doivent, dans les mêmes conditions, assister le médecin de la Cité pendant les consultations médicales, avec examens radiologiques, c'est-à-dire deux fois par semaine (une fois à 8 h. 30, l'autre à 17 h. 30) et un dimanche sur deux à 10 h. 30.

Les internes sont tenus d'observer les règlements généraux de la Cité. Il relèvent du médecin chef à qui ils doivent rendre compte régulièrement de leur activité.

INSCRIPTIONS : Les inscriptions en vue du concours, seront reçues jusqu'au 21 novembre 1936, inclusivement, au secrétariat de l'Académie de Paris, à la Sorbonne (bureau 6), tous les jours de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 16 heures.

Pièces à produire : demande d'inscription sur papier libre. Certificat de douze inscriptions.

Service de santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Le médecin colonel de Gaulejac, de l'hosp. mixte de Reims, prés. de commiss. de réforme de la Seine.

Le médecin lieutenant-colonel Moy, de la Commission de réforme de la Seine, à la direction du Service de santé de la 11e région.

Les médecins commandants : Rey, du recrutement de la Seine, à l'hospice mixte de Reims ; de Chalsemartin, de l'Ecole de Joinville, à l'Ecole de Saumur ; Cier, du 24e d'inf., au recrutement de la Seine ; Chavialle, du 5e d'inf. à l'Ecole de Joinville ; Chantriot, des troupes du Levant, au 24e d'infanterie.

Les médecins capitaines : Mathieu, de l'Ecole de Joinville, au 5e d'inf. ; Placidi, de la 17e comp. de l'air, au ministère de l'Air ; Demaistre, des troupes du Maroc, à la base aérienne n° 123 ; Sempe, du Val-de-Grâce, à l'hôpital de Grenoble ; Ferry, du Val-de-Grâce, aux troupes du Maroc ; Ollivier, de la 11e Compagnie de l'air, à la base aérienne, n° 107 ; Freyche, de l'Ecole de Saumur, à l'Ecole de l'inf. et des chairs ; Guiguet, de l'Ecole de l'infanterie et des chars, à l'Ecole de Joinville ; Léonard, du 3e bat. de l'air, à la base aérienne n° 110.

Les médecins lieutenants : Jacowski, de la 11e comp. de l'air, à la base aérienne, n° 107 ; Payrau, de l'hôpital de Belfort, au 149e d'inf. ; Sibel, de l'hôpital Edmond Delorme (camp de Mourmelon), au 19e C. A. ; Gabrielle, de l'hôpital Legouest, au 402e d'art. de défense contre aéronefs.

Hôpitaux de Nancy. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes : MM. Leichtmann, Picard, Lecoannet, Cordier et Heuilly.

Externes en premier : MM. Castelain, Gayet, Ledoux, Demange et Herbenval.

Les médecins de Toulouse à Paris — Le jeudi 29 octobre a eu lieu la réunion de rentrée de la Société amicale des médecins de Toulouse à Paris. Etaient présents : les Docteurs Astier, Esclavissat, Bourguet, Bory, Privat, Faulong, Tailhefer, Molinéry, Lévy-Lebhar, Groc, Mirabail, Massip, Daozan, Constantin, Azema, Montagne, Foures, Quériaud, Jausion, Pelous, Cambiès, Roule, Armengaud, Caraven, Mont-Refet, Delater, Duraud, Bouzat.

S'étaient excusés les Docteurs Dartigues, de Parrel, Cany, Pouy, Estrabaut, Aubertot, Reygasse, Dupau, Delherm, Busquet, Junquet, Prost.

A l'heure des toasts prirent successivement la parole : le Docteur Groc, secrétaire général ; le Docteur Faulong qui proposa, à l'occasion de la Fête des morts, de déposer, en pieux et amical souvenir, une gerbe de fleurs sur la tombe du Docteur Terson qui fût un des présidents de la Société et l'un de ses membres les plus actifs et les plus unanimement estimés et aimés : toute l'Assemblée ratifia la proposition du Docteur Faulong. Le Docteur Molinéry présenta ensuite, avec un sens critique avisé et une pertinence aiguë, les dernières manifestations intellectuelles de la Société : un ouvrage de dermatologie du Docteur Bory, la véritable chirurgie esthétique du visage du Docteur Bourguet et moyennes du Docteur Groc. Puis, comme l'on était du pays de Clémence Issure et des Jeux floraux, trois poètes-médecins dirent tour à tour des vers allant du sentimental au badin et qui obtinrent un vif succès. Enfin, le Professeur Roule, dans un discours étincelant de verve et de jeunesse, évoqua Toulouse et ses débuts dans la carrière d'enseignement qui compte aujourd'hui cinquante années. Et l'on se sépara très tard sous le signe de l'amitié, heureux de cette bonne soirée d'intimité. La prochaine réunion aura lieu au début de janvier prochain.

TRAVAUX ORIGINAUX

La transfusion de sang conservé

Par le Professeur **JEANNENEY** (de Bordeaux)

La transfusion rend des services incontestés

Si elle n'est pas plus courante, — si elle n'est pas, comme le disait Pauchet, un acte de petite chirurgie comparable à une banale injection d'huile camphrée, — c'est qu'elle reste, en vérité, une manœuvre un peu compliquée. En effet, pour transfuser, il faut trouver un donneur, s'assurer qu'il n'est atteint d'aucune maladie transmissible, que son sang est utilisable sans danger, enfin prélever son sang et l'injecter au récepteur.

Le *choix du donneur* peut être fait à l'avance par un laboratoire spécialisé. C'est ce qui a lieu dans les grandes villes où fonctionnent des *services de transfusion*. Cette organisation consiste à avoir (système Gosset et Tzanck), une liste de *donneurs* professionnels régulièrement examinés et groupés en donneurs universels et en donneurs des groupes II et III que l'on appelle au fur et à mesure des besoins. Bon en général, ce système entraîne souvent des pertes de temps préjudiciables au malade (recherche du donneur qui peut se trouver éloigné ou indisponible), et n'offre pas une garantie absolue puisque depuis le dernier contrôle le donneur peut être en cours d'infection sans le savoir (syphilis, typhoïde)..

Pour toutes ces raisons, il est bien plus pratique et plus sûr d'avoir à sa disposition du *sang conservé* dont on connaît le groupe et les réactions sérologiques, et que l'on transfusera avec autant de facilité que l'on fait une injection intraveineuse de sérum.

La méthode russe : transfusion de sang de cadavre

Les expériences de Schamoff (IIIe Congrès de Chirurgie ukrainien, 1928) ayant établi qu'on peut ranimer des chiens ayant perdu 90 % de leur masse sangune en leur injectant du sang prélevé sur d'autres animaux morts depuis plusieurs heures. Judine (Moscou) eut l'idée d'appliquer la méthode à l'homme. Ses premiers essais provequèrent, dit-il, « de multiples conversations et une incompréhension totale, qui franchit rapidement les murs de notre service »... Mais, ayant obtenu l'approbation du IVe Congrès de Chirurgie de l'Ukraine (1930), il put reprendre sur une large échelle ses tentatives et en faire connaître au monde les résultats dans un livre qui eut un grand retentissement (Masson, édit., 1933).

Judine prélève le sang sur des cadavres d'individus tués par accidents, ou morts subitement, et écarte tous les décès par maladie transmissible. Le cadavre est saigné le plus tôt possible après la mort (pas plus de six heures autant que possible). Il est placé en déclive, tête en bas et saigné à la jugulaire interne.

Le sang recueilli est mélangé soit avec une solution de citrate de soude soit comme le conseillent Balakowski et Guinsbourg, dilué au tiers dans la solution suivante :

Citrate de soude tribasique............	5 gr. 20
Chlorure de sodium..................	7 grammes
Chlorure de potassium...............	0 gr. 200
Sulfate de magnésium anhydre.........	0 gr. 040
Eau bidistillée................ Q. S. P.	un litre

Le sang est alors utilisé immédiatement ou conservé à la glacière pour être transfusé dans un délai qui ne dépassera pas quinze ou vingt jours.

Etude du sang conservé

La *conservation* du sang n'entraîne que d'insignifiantes modifications morphologiques, microscopiques ou biologiques du sang : aucune n'est nuisible et le sang peut être utilisé sans aucun inconvénient jusqu'à vingt-cinq jours après son prélèvement.

Macroscopiquement les hématies se sédimentent peu à peu. Elles se déposent en une couche rouge au fond du flacon ; au-dessus d'elles, les globules blancs constituent une couche grisâtre. Enfin, le sérum et le milieu de dilution occupent le reste du récipient.

Au moment de l'utilisation, il suffit d'agiter le flacon pour rendre au sang son aspect normal.

Microscopiquement, on voit souvent les hématies s'accoler en piles et se contracter ; il est exceptionnel de voir apparaître de la fragilité globulaire : une très discrète hémolyse s'observe alors.

Biologiquement, la *capacité respiratoire* des hématies semble ne pas varier pendant les dix jours qui suivent la récolte du sang. Seule la résistance globulaire paraît diminuer au cours de la conservation. Il semble également que la glycémie diminue légèrement, tandis que le taux de l'acide urique augmente. Enfin, le *groupe sanguin* reste invariable.

En résumé, *le sang conservé garde tous les caractères du sang vivant*, ses modifications sont insignifiantes et la clinique comme l'expérimentation démontrent qu'il peut être utilisé sans danger.

Inconvénients de l'emploi du sang de cadavre

En dehors des objections d'ordre psychologique et moral qu'elle soulève, la transfusion de sang de cadavre peut n'être pas sans danger. Judine sur cent transfusions rapporte deux morts imputables à la transfusion et trois cas d'ictère, et Tzanck, reprenant l'étude des accidents après transfusion de sang de cadavre, se demande « ce que nous ferions si, sur les 4.000 transfusions effectuées en une année dans les hôpitaux, nous obtenions un tel pourcentage de complications, en plus des incidents de la transfusion, que nous connaissons, et que le sang de cadavre ne saurait éviter ».

Enfin, en France, cette méthode se heurte à un obstacle juridique puisqu'on ne peut toucher à un cadavre que dans un délai de vingt-quatre heures après sa mort.

La méthode franco-argentine Transfusion du sang vivant conservé

En France, séduits par la méthode russe, Jeanneney, Servantie et Jullien-Vieroz réalisèrent les premiers des transfusions de sang citraté conservé à la glacière (Transfusion de sang conservé plusieurs jours en pratique médico-chirurgicale courante. *Journ. de médecine de Bordeaux*, 14 mai 1934. Jullien-Vieroz : La transfusion du sang conservé chez l'homme. Thèse de Bordeaux, 1934).

La lecture des travaux de Judine avait d'ailleurs suggéré à Bergstein la même idée.

◆

Aussi bien, parallèlement à nous, et suivant la même inspiration et des techniques très voisines, Teuconi et Palazzo (Transfusione de sangre conservada. *Semana Medica*, 8 mars 1934), aboutissaient en Amérique du Sud aux mêmes conclusions.

Au point de vue biologique, le sang conservé ne s'altère pas. Servantie a montré qu'il « ne présentait pas de variation notable de sa capacité respiratoire, que la résistance globulaire diminuait lentement et que le groupe de ce sang ne variait aucunement pendant toute la durée de la conservation ».

La transfusion de sang prélevé sur un donneur vivant et conservé à la glacière s'avère donc possible, facile à réaliser et sans inconvénients ni dangers.

Technique

La technique que nous suivons et qu'ont réalisée avec nous Servantie et Jullien-Vieroz est très pratique.

L'appareillage utilisé est aussi simple que possible tout en répondant aux conditions essentielles de la méthode (asepsie absolue, manœuvres réduites au minimum, mélange intime du citrate avec le sang dès la sortie du vaisseau, etc.). Le ballon de recueil est un ballon en verre pyrex à tubulure latéro-supérieure, ce qui permet d'utiliser le même récipient pour la récolte et la transfusion elle-même, point capital puisqu'il évite un transvasement inutile.

Pour la prise de sang (*fig.* 1), on coiffe le ballon stérile avec un bouchon percé de deux trous permettant de faire un vide partiel dans l'appareil par aspiration et ainsi on peut utiliser une aiguille de calibre plutôt réduit (au 12/10 de millimètre). Le sang passe de l'aiguille dans le ballon, par un tube de caoutchouc et aboutit à un tube de verre en Y, la partie supérieure de ce tube étant raccordée avec un récipient rempli de solution de citrate de soude à 5 pour 100.

Une partie de la solution citratée est déposée dans le ballon et l'autre, grâce à un réglage, sera versée goutte à goutte et se mélangera ainsi avec le sang dès son passage dans le tube en Y. On recueille ainsi 225 à 250 c. c. de sang.

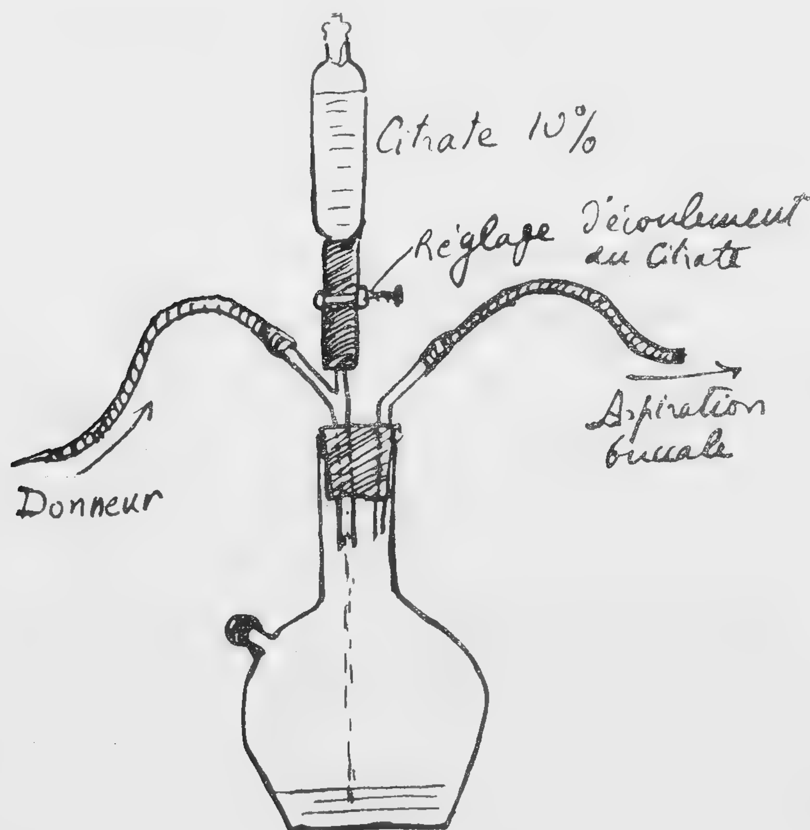


FIG. 1. — 1er temps : Récolte du sang.



FIG. 2. — 2e temps : Transfusion.

Le ballon est fermé au coton et placé immédiatement *à la glacière* réglée à + 3°. Grâce à ces précautions, il ne se produit aucune coagulation, ni au moment de la récolte, ni dans les jours suivants.

Pour pratiquer la transfusion (*fig.* 2), on commence par réchauffer le sang en plaçant le ballon au bain-marie à 39°. On adapte alors à la tubulure latérale un tube de caoutchouc menant à l'aiguille piquée dans la veine du receveur ; sur le parcours du tube est placé un petit filtre en toile de soie stérilisé, qui permet d'éviter le passage dans l'aiguille de toute trace de fibrine. D'ailleurs, les dépôts constatés sur le filtre sont la plupart du temps nuls ou presque.

La purification du citrate, la qualité de l'eau distillée semblent atténuer, en partie du moins, sinon supprimer totalement les prétendus accidents attribués au citrate. Ce genre d'accidents a peut-être, semble-t-il, été exagéré, car nombreux sont les auteurs qui, en se basant sur plusieurs milliers de transfusions, ne relatent que de très rares ennuis pouvant être rapportés directement au citrate (Couturat: Transfusion de sang citraté et conservé à la glacière, *Presse Médicale*, 27 mai 1936).


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE

Résultats

A l'heure actuelle, nous avons pratiqué plus de cent transfusions de sang conservé de un à vingt-six jours, sans ennuis. Nous avons eu l'occasion à plusieurs reprises, d'expédier du sang conservé à nos collègues chirurgiens de villes voisines, à leur plus grande satisfaction. Enfin, Lafargue et Servantie ont transfusé à Bordeaux du sang prélevé quelques jours auparavant à Buenos-Aires.

Après contrôle, la méthode s'est avérée si pratique qu'elle a été adoptée par les *Hospices-civils de Bordeaux* après étude d'une Commission composée de MM. Portmann, Rocher et Jeanneney (*Gazette Médicale de France*, 1er décembre 1934). Enfin, le médecin-colonel Pilod, dans une conférence sur la transfusion aux armées, estime que l'emploi du sang selon « la méthode de Jeanneney, Servantie et Jullien-Vieroz, est et demeure la solution la meilleure » (*Bulletins de l'Union fédérale des médecins de réserve*, p. 580, 1936).

« L'organisation de la transfusion sanguine à l'échelon « armée et pour les formations sanitaires de l'avant, dit « M. Pilod, me paraît consister dans la création, au Labora- « toire d'armée, d'une section d'hématologie ou de trans- « fusion sanguine comprenant un médecin et trois aides « spécialisés ayant pour fonction de choisir, parmi les éclo- « pés, les petits blessés ou malades convalescents, d'affec- « tions bénignes, des donneurs de sang de différents groupes « et de *constituer des reserves de ces sangs sélectionnés.* Les « formations de l'avant seraient approvisionnées de sang « conservé de donneurs universels, réparti en ballons de 250 « centimètres cubes que tout praticien, j'allais dire toute « infirmière experte, pourrait employer avec la même sim- « plicité qu'un sérum physiologique par voie intraveineuse. « L'H. O. E. et les ambulances satellites pourraient utiliser « les sangs conservés des groupes correspondants à ceux des « receveurs, car il serait aisé de « grouper », ces derniers « instantanément grâce aux sérums-tests éprouvés dont le « Laboratoire entretiendrait de larges provisions. Il ne « devrait être fait appel qu'exceptionnellement au person- « nel sanitaire pour donner le sang et seulement lorsque le « sang conservé ferait défaut ou encore lorsque la transfu- « sion de sang pur, dans certains cas, s'avérerait indispensa- « ble ou nettement préférable. »

Rouvillois se range également à cet avis et écrit « La « méthode de choix consisterait à utiliser des réserves de « sang conservé que les Laboratoires d'armée pourraient « constituer en faisant appel soit à certains éclopés, soignés « dans les formations d'armée, soit mieux encore à toute « une catégorie d'auxiliaires que certaines défectuosités « physiques retiennent à l'arrière. N'estimez-vous pas qu'il « serait consolant pour eux de pouvoir, à leur manière, ver- « ser ainsi leur sang pour le salut du pays ? » (*Presse Médicale*, n° 83, 14 octobre 1936, p. 1620).

* * *

La *méthode de transfusion de sang conservé* que nous avons été les premiers à réaliser en France, nous paraît, à l'heure actuelle, la plus sûre, la plus pratique. Elle ramène, en somme, la transfusion à une banale injection intraveineuse de sang que le médecin peut se procurer aussi facilement qu'un médicament ordinaire. L'expérience que nous avons de cette méthode nous permet d'affirmer qu'elle peut rendre les plus grands services et permettra à la transfusion de devenir une opération de petite chirurgie, aisément réalisable par le praticien lui-même.

Le diagnostic de la lymphangite pulmonaire cancéreuse généralisée sans cancer du poumon

Par Melle E. COTTIN

La lymphangite pleuro-pulmonaire cancéreuse autour, ou au voisinage des noyaux néoplasiques du poumon, née de ces noyaux eux-mêmes, est une constatation banale que l'on fait fréquemment aux autopsies ; en clinique, elle reste silencieuse, ou n'exerce pas d'influence apparente sur la marche de la maladie.

La *lymphangite cancéreuse pulmonaire généralisée, sans cancer du poumon*, mais *avec des ganglions médiastinaux*, est, au contraire rare et exceptionnellement latente ; cependant, son diagnostic n'est pas souvent fait au lit du malade ; on la confond, le plus habituellement, avec la granulie tuberculeuse généralisée, affection avec laquelle elle a de grandes analogies, d'où le nom de granulie cancéreuse qu'aujourd'hui encore on lui donne fréquemment.

Bard est le premier auteur qui l'ait reconnue cliniquement. Mais les premières descriptions de cette variété de lymphangite pulmonaire sont très anciennes. Andral en parle dans ses Cliniques. Maurice Raynaud, en 1814, la décrit sous le nom « d'angioleucite généralisée ». La même année, Troisier en fait l'objet de sa thèse (1) : rapprochant de l'examen anatomo-histologique, les signes cliniques qu'avaient présenté deux malades du service de Vulpian, qui ont servi de base à son travail, cet auteur conclut : « la lymphangite cancéreuse du poumon a toujours été jusqu'ici une surprise d'amphithéâtre, et on peut dire qu'il sera toujours téméraire de la diagnostiquer. Mais, peut-être, sera-t-il permis d'en soupçonner l'existence, lorsqu'on verra survenir de la dyspnée progressive, une asphyxie lente, de la toux, sans signes locaux bien nets, chez un malade atteint de cancer » ; et il ajoute « surtout si déjà, on a reconnu la formation de noyaux secondaires dans les poumons et sur les plèvres ».

Girode, en 1889, déclare que « cette complication est habituellement silencieuse, mais qu'elle peut, par exception, troubler, d'une façon profonde et plus ou moins directe, l'hématose pulmonaire, et imposer à la maladie une allure tout à fait rapide » ; il considère aussi que, « l'apparition éventuelle prématurée de phénomènes d'asphyxie inexpliquée chez un cancéreux, devrait faire soupçonner la dégénérescence spéciale de l'appareil lymphatique du poumon » ; en outre, le premier, il donne, de ces manifestations, une interprétation pathogénique, qui est encore celle généralemen admise aujourd'hui ; nous en reparlerons plus loin (2).

De 1906 à 1913, Bard, Le Noir et Courcoux, Léon Bernard et Cain, pour ne citer que les auteurs français, publient des observations dans lesquelles la lymphangite n'a été qu'une pure trouvaille d'autopsie. Mais, en 1915, Bard (3), mettant à profit ce qu'il avait vu, n'hésite pas, chez deux malades, à porter le diagnostic de lymphangite pulmonaire cancéreuse généralisée, qui fut confirmé à l'examen anatomique. Avec cet auteur, cette affection quittait donc le cadre des curiosités anatomopathologiques pour entrer dans le domaine de la clinique ; son diagnostic devient possible pour l'observateur prévenu.

A la Société anatomique de Paris, Huguenin et Delarue, en 1930, détaillent le résultat de deux autopsies. L'année sui-

(1) TROISIER. — Recherches sur les lymphangites pulmonaires. Thèse de Paris, 1874.

(2) GIRODE. — Lymphangite cancéreuse pleuro-pulmonaire sans cancer du poumon. *Archives générales de médecine*, 1889, I, p. 50.

(3) BARD. La lymphangite pulmonaire cancéreuse généralisée. *Semaine médicale*, mars 1906, p. 115 ; Du diagnostic de la lymphangite pulmonaire cancéreuse généralisée. *Revue médicale de la Suisse romande*, janvier 1915, n° 1, pp. 5-14.

vante, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, Achard et Bariéty apportent un cas. A cette même Société, en 1932, dans sa séance du 1er juillet, Costedoat et Codvelle (1), exposent longuement l'histoire d'un malade chez lequel le tableau clinique leur fit envisager la possibilité de cette complication ; elle retint même fortement leur attention, certaines particularités plaidant en sa faveur ; ils devaient cependant abandonner ce diagnostic — qui était le bon —, pour celui de granulie tuberculeuse, parce que, un an avant, la tuberculose pulmonaire avait été identifiée avec certitude chez leur malade.

Desbuquois, en 1935, observe un cas de granulie cancéreuse secondaire à un cancer latent de l'estomac (2). Cette même année, dans les *Archives de pathologie et de clinique médicale de Bologne*, A. Poppi (3), qui a compulsé toutes les observations publiées, y ajoute la sienne, la soixante-sixième, dit l'auteur. Sous le nom de « carcinose pulmonaire endolymphatique », il fait une étude complète de cette forme de lymphangite, l'oppose à celle par propagation qui se développe de proche en proche des noyaux primitifs ou secondaires, insiste sur l'acuité souvent très grande des symptômes, qui contraste avec le peu de signes physiques, et se montre frappé qu'elle soit, dans une si faible proportion de cas, reconnue pendant la vie.

***

Nous pouvons augmenter de deux unités le chiffre de soixante-six, cité par Poppi, grâce à deux observations recueillies dans le courant de l'hiver et du printemps dernier. Dans ces deux cas, si nous avons fait le diagnostic, nous le devons certainement au souvenir que nous avons conservé des deux malades vus et suivis autrefois chez notre Maître, le Professeur Bard, alors que nous étions son chef de laboratoire à Genève.

***

Le premier cas est celui d'un homme de 38 ans, contremaître dans une usine électrique, qui vient vers nous un dimanche matin et nous raconte, qu'il y a exactement quinze jours, il a accompagné sa femme et ses deux enfants au Mont-Revard où ils sont allés passer les vacances de fin d'année. Lui-même n'est resté là-haut que vingt-quatre heures à peine ; il en est redescendu en parfaite santé. Mais, déjà dans le train qui le ramenait chez lui, il a ressenti, non pas des douleurs, mais un sentiment de lourdeur, de pesanteur au niveau de l'estomac, en même temps que des nausées qui n'ont pas cessé depuis. Il va prendre ses repas au restaurant, un restaurant qu'il connaît, où il sait que l'on mange bien. Mais rien ne passe facilement ; il éprouve du dégoût pour tout, se force néanmoins à manger ; trois fois il vomit, dans la soirée, ce qu'il avait pris à midi et même la veille. Il passe de mauvaises nuits, a des cauchemars, transpire, et se lève réellement fatigué. Il va cependant toujours à l'usine où l'on s'aperçoit qu'il n'est pas comme d'habitude ; on le lui dit. Au bout de huit jours, il cesse d'aller au restaurant et se prépare lui-même ses repas : mais cela ne va pas mieux pour cela ; il ne boit jamais de vin, il essaye d'en prendre un peu pensant ainsi exciter son appétit, rien n'y fait ; puis arrivent des selles diarrhéiques, quatre-cinq, dans la journée, abondantes, grumeleuses, très foncées, « presque noires ». Il sent ses forces diminuer considérablement, et c'est surtout cela qui l'inquiète et qui l'amène à demander un conseil.

Voulant l'examiner, nous le prions de passer sur la chaise longue ; au moment où il se lève de la chaise où il était assis, il pâlit, et se dirige vers le lavabo où il a une hématémèse assez copieuse.

Deux heures après, il est transporté dans une clinique. Le soir on l'y retrouve dans un état satisfaisant ; il n'a pas eu de nouveaux vomissements, une seule selle noire. A l'épigastre, on perçoit très nettement, une tumeur de la grosseur d'un petit œuf, assez dure, pas mobile, à surface un peu irrégulière. Pas de ganglions au-dessus de la clavicule, ni dans les aisselles et les aires On ne sent pas de noyaux du côté du foie.

Les jours suivants, aucun changement appréciable. Une numération des globules donne 3.500.000 hématies et 5.200 globules blancs. Il n'y a plus, macroscopiquement, de sang dans les selles, mais la réaction de gaiac y révèle des hémorragies occultes.

Subjectivement, il se sent mieux, il a surtout la plus grande envie de quitter la clinique parce qu'il craint qu'on l'opère. Il n'a plus de nausées, l'appétit est un peu revenu. La température os ille entre 37°6 et 37°8 le soir.

Au bout de quinze jours, les globules rouges ont passé à 4.200.000, les leucocytes sont toujours peu nombreux (5.000) avec une formule leucocytaire normale. Température 37°6. Mais, depuis deux jours, deux phénomènes nouveaux sont apparus : une *toux sèche*, à peu près continue, pénible parce qu'elle l'empêche de dormir, et de la *dyspnée* ; il garde avec peine la position allongée dans le lit. A l'auscultation, on constate la présence de *râles sous-crépitants fins*, peu nombreux, disséminés sur toute la hauteur du poumon gauche, et quelques-uns à droite, mais seulement à la base. Pas de modification de la sonorité, ni des vibrations. Aucun foyer de souffle ou de râles, aucun signe de compression. Légère *cyanose* du nez et des pommettes.

La possibilité de lymphangites cancéreuses généralisées est envisagée. Un *cliché radiographique* est pris. Il montre la présence, sur tout le côté gauche, d'une trame très fine, partant du hile, s'étalant sur tout le poumon, uniformément grisâtre avec cependant, à sa surface, des taches plus ou moins arrondies ressemblant au semis des granulations tuberculeuses. Rien de particulier du côté droit.

Le surlendemain, la dyspnée et la cyanose ont considérablement augmenté. Les mêmes râles existent maintenant sur toute la hauteur des deux poumons, mais toujours relativement peu nombreux, sans autre bruit adventice ; le murmure vésiculaire est diminué. Une seconde radiographie du thorax est prise. Elle est plus belle encore que la première, le réseau grisâtre apparaît des deux côtés, très net. Cette image, rapprochée des signes cliniques, fait porter le diagnostic ferme de *lymphangite pulmonaire cancéreuse généralisée.*

Au milieu de phénomènes asphyxiques impressionnants, le malade succombe vingt jours après son entrée à la clinique, cinq semaines après les premiers troubles digestifs.

A l'*examen anatomique et histologique : cancer ulcéré du pylore, un nodule néoplasique dans le foie, généralisation dans les ganglions rétro-péritonéaux et hilaires. Aucune métastase dans les poumons et sur les plèvres* (macroscopiquement et microscopiquement). *Seul le réseau lymphatique pulmonaire est infiltré de cellules néoplasiques.*

Le second cas concerne une femme de 36 ans, mariée, mère de trois beaux enfants, infirmière de son métier qu'elle a exercé jusqu'à l'âge de 30 ans, et qu'elle a repris depuis huit mois, sous forme de garde de nuits, pour augmenter les ressources du ménage, son mari étant partiellement en chômage.

Elle se présente à nous en annonçant qu'elle vient demander confirmation, ou infirmation, du diagnostic d' « œdème pulmonaire » qu'elle a posé chez elle ; elle s'est auscultée avec le stéthoscope biauriculaire, et a trouvé des râles ; elle tousse un peu depuis une dizaine de jours, par accès parfois, sans expectorer autre chose que quelques mucosités non sanguinolentes qu'elle ramène sans peine. Sauf cela, elle se déclare parfaitement bien portante.

Elle est grande, maigre, teint pâle, mais elle prétend avoir toujours été ainsi, c'est « son tempérament, elle a le même poids depuis des années ».

A l'auscultation des poumons, on constate en effet la présence de *râles*, mais extrêmement discrets, disséminés à peu près également des deux côtés ; aucun autre signe pathologique ; la sonorité et les vibrations sont normales ; la respiration s'entend bien partout, en avant comme en arrière, pas de différence entre les deux sommets. Pas de ganglions sus-claviculaires, ni ailleurs.

Au cœur, rien de particulier, on ne sent pas l'aorte dans le creux sus-sternal. Tension 8/11 au Vaquez. L'abdomen est plat, nombreuses vergetures ; rate, percutable seulement ; on ne sent pas le bord du foie ; dans le petit bassin comme partout, nulle part de douleur et rien d'anormal, sauf à l'*épigastre* où l'on perçoit très nettement *un plastron induré*, plus long que large, à surface régulière, et qui paraît suivre la petite courbure de l'estomac.

Réinterrogée à nouveau, la malade affirme n'avoir *jamais eu, de troubles digestifs*. Elle a bon appétit, « digérerait des pierres » fait des repas copieux sans être incommodée. Elle n'a jamais vomi, ses selles sont régulières et normales. Elle s'étonne, et

(1) Costedoat et Codvelle. — Granulie cancéreuse des poumons chez un tuberculeux opéré huit ans auparavant d'un cancer gastrique. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 1er juillet 1932, p. 1159.

(2) Desbuquois. — Granulie cancéreuse des poumons secondaires à un cancer latent de l'estomac. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 25 octobre 1935.

(3) Poppi. — La carcinose pulmonaire endolymphatique généralisée. *Archivio di pathologia e clinica medica* (Bologne), t. 14, n° 5, mai 1935, pp. 487-509.

se montre même agacée, que l'on puisse s'arrêter à une chose qui lui paraît sans importance, puisqu'elle ne lui a jamais procuré aucun malaise.

La constatation de ces phénomènes (gâteau péritonéal ?), les signes d'auscultation, et surtout l'état général, qui, malgré ses dires, ne nous paraît pas satisfaisant, nous fait nous arrêter à la probabilité d'une tuberculose torpide, bien que la radioscopie et la radiographie des poumons, faite le lendemain, n'aient apporté aucun élément en faveur de telles lésions.

Deux semaines après, comme nous le lui avions demandé, elle revient nous voir, mais, cette fois, elle se dit fatiguée, sans entrain ; elle a perdu son bel appétit.

Elle est manifestement *dyspnéique* ; le plus petit effort lui devient pénible. La température oscille entre 37°5-38°, au maximum. Elle tousse toujours un peu, mais n'expectore que des crachats muqueux qui ontété analsysés, à l'examen direct et après homogéinisation, ils ne contiennent, ni bacilles de Koch, ni flore microbienne particulière. Une séro-réaction de Bordet-Wassermann, que nous avions réclamée, est également négative, et une numération globulaire a donné : 4.300.000 globules rouges, 4.800 blancs, avec une formule leucocytaire normale. Rien de particulier dans les urines.

A l'auscultation, on retrouveles mêmes *râles fins*, à peine un peu plus nombreux. Aucun autre phénomène d'auscultation. *Légère cyanose de la face.* Même constatation au niveau de l'estomac, qu'elle se refuse à laisser examiner plus complètement.

Un nouveau *cliché radiographique des poumons* est pris ; cette fois, il n'est pas négatif ; on y retrouve une image semblable à celle du cliché du malade précédent : des traînées grisâtres, fines, sillonnent les deux poumons, parsemées de tâches plus foncées. Nous n'hésitons pas alors à admettre l'existence de lymphangites cancéreuses pulmonaires généralisées, secondaires à une tumeur (linite plastique), latente de l'estomac.

Les phénomènes vont d'ailleu rs très rapidement en s'aggravant ; la toux reste modérée, la température ne s'élève pas au-delà de 37°8 ; les globules rouges tombent à 4.000.000, les globules blancs à 4.000, l a dyspnée et cyanose prennent des proportions considérables, et la malade succombe douze jours après.

L'*autopsie* révèle l'existence d'une masse tumorale de la petite courbure de l'estomac (*linite plastique*), des *ganglions médiastinaux*, une *énorme distensions de tout le réseau lymphatiqué pulmonaire par des cellules néoplaiques d'origine gastrique*, ainsi que le met en évidence une colloration au muci-carmin. *Aucune métastase aux poumons et aux lèvres* (vérification microscopique).

Ces deux observations n'apportent pas d'éléments nouveaux importants pour le diagnostic de la lymphangite pulmonaire cancéreuse généralisée, sans cancer du poumon, — métastase rare, presque toujours d'origine gastrique, ainsi qu'en témoignent les publications faites sur ce sujet — mais elles montrent bien, que si le tableau clinique de cette variété de lymphangite offre les plus grandes ressemblances avec celui de la granulie tuberculeuse généralisée, avec laquelle, nous l'avons dit déjà, on la confond le plus souvent, il y a cependant *certaines particularités* qui peuvent permettre de la distinguer, surtout si la tumeur primitive est connue ; et même si elle ne l'est pas, il est encore possible, croyons-nous, de ne pas passer à côté du diagnostic : le clinicien qui en connaît l'existence, qui en a vu, n'hésitera pas à le poser, lorsque, à la symptomatologie qui la lui aura fait soupçonner, viendra s'ajouter le *cliché radiograpique caractéristique* de ces lymphangites :

Alors que la granulie clinique d'Empis, se présente, graphiquement, sous l'aspect d'un semis de petits éléments grisâtres, nettement isolés les uns des autres, de dimensions à peu près égales, et généralisées à la totalité des deux poumons, sur l'image radiographique de la lymphangite, on voit sillonnant de dedans en dehors les deux champs pulmonaires, un *véritable réseau de mailles plus ou moins fines, à bords nets, sans aucune solution de continuité, uniformément grisâtre, sauf cependant au point d'entrecroisement de ces formations linéaires qui sont marquées par une tache plus ou moins foncée*, les derniers éléments seront seuls à apparaître, et pourront être pris pour des granulations tuberculeuses, si le cliché radiographique n'est pas suffisamment bon. Cet aspect de la radiographie, signalé par quelques très rares auteurs (Costedoat et Codvelle, Poppi), ne saurait suffire à lui seul, bien entendu, mais il est un appoint important pour l'établissement du diagnostic.

L'*évolution* de la lymphangite généralisée est toujours *très rapide*, elle varie, suivant les cas, selon que le réseau lymphatique est plus ou moins rapidement envahi jusque dans ses plus fines ramifications ; en moyenne, elle est de huit-dix jours, mais elle peut se précipiter en vingt-quatre ou quarante-huit heures, on atteindra trois, quatre semaines au maximum. Mise à part, sa forme suffocante, qui est rare, la granulie tuberculeuse ne marche pas, en général, avec une telle rapidité.

La *dyspnée* est le signe capital. Elle peut même consituer le symptôme révélateur de la maladie, celui qui amènera le patient à consulter, lorsque, comme dans notre second cas, la tumeur primitive demeure silencieuse ; si cette dernière est, au contraire en pleine évolution, la dyspnée ne sera plus alors, en quelque sorte, qu'un épisode terminal, mais un épisode important qui jamais ne passe inaperçu. Tout au début, l'effort seul la provoque, mais très vite, elle devient permanente, existe au repos, au lit, augmente rapidement d'intensité, avec parfois des paroxysmes violents. Elle s'accompagne assez souvent d'une petite *toux sèche*, sans expectoration, ou avec quelques mucosités séreuses qui ne contiennent aucune fibre microbienne spéciale.

La *cyanose* ne tarde pas à apparaître. Elle manque souvent, dit Poppi. Nous l'avons au contraire toujours constatée, d'une grande intensité ; le visage est violacé, les lèvres sont bleu-noirâtres.

L'*auscultation* des poumons, par contre, ne révèle que des bruits insignifiants, ou, plus exactement, nullement en rapport avec la dyspnée et la cyanose constatées : des *râles fins ou sous-crépitants fins*, relativement *peu nombreux, disséminés à peu près également des deux côtés*, sont les seules manifestations pulmonaires ; pas d'autres bruits adventices. Aucun foyer de souffle ou de râles. Aucun signe de compression. La percussion et la palpation sont normales. Et ce sont ces seuls et mêmes signes avec peut-être, un peu plus de râles et un murmure vésiculaire très diminué, que l'on retrouvera jusqu'à la fin, jusqu'au moment où le malade succombe, en pleine crise de suffocation et d'asphyxie. Cette disproportion entre l'auscultation et l'aspect dyspnéique et cyanotique du sujet, peut se rencontrer dans la granulie tuberculeuse, mais, dans cette dernière les râles sous-crépitants sont rares ; ce sont plutôt des râles sibilants ou ronflants que l'on entend.

La *fièvre* est constante (39°-40°) dans la tuberculose miliaire aiguë, continue le plus souvent quelquefois irrégulière, troublée par des ascensions et des chutes rapides, mais elle existe toujours. *Dans la lymphangite, la température est généralement un peu au-dessus de la normale*, mais elle *dépasse rarement* 38°, et n'atteint que tout à fait exceptionnellement 39°.

Enfin, la *leucocytose sanguine*, toujours augmentée dans la granulie et aussi dans le cancer, ne l'était pas, d'une façon notable, dans les deux cas de Bard (8.500, 8.600), elle ne l'est pas du tout dans les deux nôtres (5.000, 4.000).L'*oblitération des lymphatiques diminuerait-elle la leucocytose cancéreuse* ? Le nombre des cas dans lesquels cette recherche a été faite est beaucoup trop petit pour que l'on puisse, dès maintenant, se permettre autre chose que des hypothèses.

L'envahissement de tout le réseau lymphatique pulmonaire, sans participation du parenchyme, mais avec généralisation dans les ganglions médiastinaux, paraît survenir, de préférence, chez les *sujets jeunes* ; dans les cas publiés, deux étaient âgés de 47 et 49 ans, tous les autres avaient entre 30 et 40 ans, ce qui a fait dire à Bard « que *cette lymphangite appartient, sinon en propre, du moins dans une large mesure, au cancer précoce* », et au cancer précoce de l'estomac, dont notre Maître a été le premier à fixer les modalités particulières d'évolution anormale et rapide, dans une note parue en 1884, et dans la thèse de son élève Mathieu, soutenue la même année (1).

C'est, en effet, la *tumeur maligne de l'estomac*, la *forme ulcéreuse surtout*, mais pas toujours (témoins notre second cas et celui de Costédoat) qui est le plus souvent en cause. Le *cancer utérin* a cependant été signalé (Andral, Féréol).

Cherchant une explication *pathogénique* à l'extension de la lésion gastrique aux lymphatiques pulmonaires, Girode, déjà

(1) Bard. — Note sur le cancer précoce de l'estomac. *Lyon Médical*, 1884, t. III, p. 239.
Mathieu. — Du cancer précoce de l'estomac. Thèse de Lyon, 1884.

◆◆

en 1889, invoquant le fait, « que la propagation récurrente en matière de lymphangites de divers ordres est une donnée généralement admise, et cet autre fait, que l'infection de la chaîne ganglionnaire prévertébrale comporte la migration des produits cancéreux suivant le canal thoracique ainsi que leur trajet rétrograde pour certains de leurs groupes », admet, pour la lymphangite pulmonaire généralisée, un mécanisme semblable, c'est-à-dire, une *infection rétrograde partie des ganglions collecteurs des lymphatiques pleuro-pulmonaires.* Ceux-ci forment un appareil convergent dont les dernières voies préganglionnaires sont relativement peu multipliées « et peuvent, dès lors, aisément ressentir, d'une manière simultanée, les effets de la dégénérescence et de l'obstruction ».

Mais si cette disposition anatomique, qui reste celle généralement acceptée, permet de comprendre la *possibilité* de production d'une lymphangite généralisée à tout l'ensemble des deux poumons, dans des conditions qui ne se rencontrent pas pour les autres organes, elle reste cependant muette sur la *fréquence relative* du phénomène au niveau de l'appareil respiratoire. Aussi Bard ajoute-t-il, à l'interprétation de Girode, la notion du *mécanisme physiologique de la respiration* : en facilitant, dans les lymphatiques pulmonaires, la marche rétrograde de la lymphe, les mouvements respiratoires donnent, à cette modalité d'extension, véritable aspiration rétrograde, des possibilités de fréquence qu'on ne saurait retrouver à ce degré dans les autres viscères.

« Costedoat et Codvelle, Poppi, se sont demandé, à titre de supposition seulement, si des altérations antérieures du poumon (tuberculose, anthracose), ou peut être une défaillance de cause inconnue des défenses tissulaires de cet organe, ne pourraient pas favoriser l'invasion des lymphatiques. Ce ne paraît pas être le cas si l'on se reporte aux protocoles d'autopsie, qui, le plus généralement ne signalent aucune lésion pulmonaire, cela bien entendu, dans le *type anatomo-clinique* que nous avons eu en vue ici, celui de *la lymphangite pulmonaire cancéreuse généralisée sans noyaux métastatiques dans le poumon.*

CLINIQUE PHYSIOTHÉRAPIQUE

L'ozone : cent premiers cas traités à Beaujon-Clichy

Par **Paul AUBOURG**
Electro-radiologiste de Beaujon-Clichy

Le *mode de production* de l'ozone médical et ses *applications thérapeutiques* sont conditionnés par le fait suivant : le gaz employé, sous le nom d'ozone, est chimiquement, un *mélange* : *d'oxygène* dans de très fortes proportions, *d'ozone* dans de très faibles proportions. Il ne s'agit donc pas d'ozone pur, mais d'OXYGÈNE-OZONÉ : l'ozone est dilué dans un excès d'oxygène.

Cliniquement, l'ozonothérapie n'est, dès lors, qu'un mode d'oxygénothérapie, modifiée, par adjonction à l'oxygène, d'un autre gaz « annobli par l'électricité qui en fait un SUPEROXYGÈNE ». (A. D'ARSONVAL). Il s'agit donc de l'emploi, en thérapeutique, d'un meilleur carburant, pour l'organisme dont les constituants chimiques cellulaires, ont *affinité et besoin d'oxygène, qui est le gaz vital par excellence,* dans son double état : normal d'oxygène, et polymérique d'ozone.

***

Dans le cadre restreint d'une conférence, il ne saurait être question de refaire toute l'histoire chimique et clinique de l'ozone : cependant certains noms doivent être rappelés : SCHOENBEIN (1840) qui découvrit l'ozone, FREMY, BECQUEREL qui en déterminèrent la nature, SORET, OTTO, qui précisèrent la donnée chimique de trois atomes d'oxygène pour constituer la molécule d'ozone, soit O^3, alors que la molécule d'oxygène n'en contient que deux, soit O^2.

A la suite d'une communication de M. SOURDEAU (Le Mans), sur l'ozone en thérapeutique (*Société Française d'Electrothérapie et de Radiologie,* novembre 1935), deux postes producteurs d'ozone ont été installés dans mon service d'électro-radiologie, au *nouveau Beaujon-Clichy* et voici quelques remarques, théoriques et cliniques, et après le passage de *cent premiers malades,* traités sans adjonction d'aucune autre médication, ni physique, ni chimique.

***

I. — Modes de production et d'applications de l'ozone

Un OXYGÈNE PURIFIÉ, traversant un APPAREIL A EFFLUVES ÉLECTRIQUES, est transformé en un MÉLANGE, DOSÉ, D'OXYGÈNE OZONÉ : ces trois faits sont la clef de toute thérapeutique par l'ozone.

1° *L'oxygène à employer.*

Au début, les premiers appareils médicaux de production d'ozone étaient alimentés par l'air atmosphérique, qui renferme 21 % d'oxygène et 79 % d'azote ; l'oxygène de l'air fournissait bien de l'ozone, mais l'azote, en passant sur les effluves électriques, se transformait en une certaine quantité d'oxydes de l'azote, gaz caustiques, essentiellement nuisibles aux voies respiratoires et aux revêtements cutanés et muqueux. Il était d'un intérêt capital pour le malade que l'ozone ne contienne pas de composés nitreux.

Aussi furent employés, au lieu de l'air atmosphérique, les tubes d'oxygène du commerce. Pour plus de sûreté, à Beaujon, nous employons *l'oxygène N* de la Société l'Air liquide et voici pourquoi. Cet oxygène est obtenu par évaporation, à températures croissantes, de l'air liquifié, chacun des éléments gazeux de l'air s'évaporant à sa température respective. Au cours de cette opération, la séparation de l'azote est facile, car les points d'évaporation de l'oxygène et de l'azote sont éloignés l'un de l'autre. Par contre, les points d'évaporations des gaz rares, argon, hélion, xénon, sont compris entre ceux de l'oxygène et de l'azote : la séparation de ces derniers gaz rares est donc plus difficile. Il en résulte que dans l'oxygène ainsi obtenu par évaporation à températures croissantes de l'air liquide, la teneur en oxygène pur peut atteindre jusqu'à 99.8 % : le solde des impuretés est constitué : pour la plus grande partie, par des gaz rares, pour la plus petite partie, par des doses infinitésimales d'azote. Cet oxygène titrant 99,8 % est désigné sous le nom d'oxygène N et réservé aux applications médicales de l'ozone.

Cliniquement — et c'est le point qui nous intéresse — il contient : 1° des gaz rares, qui sont neutres ; 2° peu ou pas d'azote : nous n'avons donc pas à craindre d'incidents dus à des composés nitreux (péroxyde d'azote, anhydride nitrique, etc.) toujours éminemment toxiques et corrosifs.

2° *L'appareil producteur d'ozone.*

Sans entrer dans tous les détails de construction du nouvel appareil CARPENTIER-DUFLOT, grand et petit modèles, dont vous pouvez voir le fonctionnement dans la salle d'ozonothérapie du service, je ne puis que souligner



PULMOSERUM

BAILLY

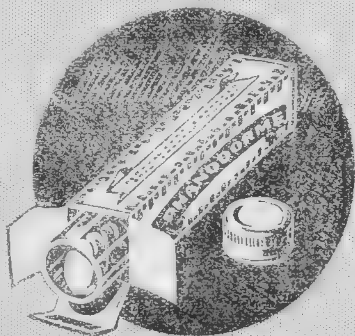
Réalise :

l'antisepsie des voies respiratoires
la modification des sécrétions bronchiques
la sédation de la toux opiniâtre
la défense de l'organisme débilité

INFECTIONS GRIPPALES
AFFECTIONS BRONCO-PULMONAIRES

LABORATOIRES A. BAILLY : 15, Rue de Rome, Paris-8e





non toxique, aucune action nocive
sur l'appareil rénal ou respiratoire,
ni accumulation, ni accoutumance.

en tubes de 10 comprimés à 0 gr. 20



Littérature et échantillons
EDMOND RIGAL & Cie

26, Rue Vauquelin, 26
PARIS - Ve

leurs grands avantages pratiques de pouvoir mesurer, *le volume, la concentration, la pression* du gaz ozoné employé en clinique.

L'oxygène pur passe dans un générateur d'effluves électriques froids, qui fonctionne à 6.000 volts, à la périodicité du réseau, soit 50 périodes. Ces effluves ont une puissance électrique, *variable à volonté*, qui se mesure en watts, *de* 5 *à* 30 *watts* pour le petit modèle, *de* 5 *à* 100 *watts* pour le grand modèle, sur un cadran annexé à l'appareil. Moins il y a de watts et plus faible est la teneur en ozone du mélange oxygène-ozone, — plus il y a de watts et plus grande est la teneur en ozone du mélange oxygène-ozone. Cette proportion d'ozone par rapport à la quantité d'oxygène est dénommée CONCENTRATION. Les chiffres de concentration, pour les applications courantes, varient 99,5 % *d'oxygène* et 0,5 % *d'ozone*, à 95 % *d'oxygène* et 5 % *d'ozone* : il s'agit donc bien de l'emploi, non pas d'ozone, mais d'oxygène ozoné. De plus, cette concentration se mesure *en milligrammes d'ozone par litre du mélange.*

0,5 % = 7,5 milligrammes d'ozone par litre du mélange
5 % = 75 milligrammes d'ozone par litre du mélange.

Pour les pourcentages intermédiaires, un DIAGRAMME a été établi par G. CARPENTIER en fonction du *débit gazeux* (en litres-heure), et de *la puissance* (en watts). Si bien que pour connaître les doses d'ozone employées, il suffit de savoir : 1° le nombre de watts employés (5, 10, 15, 20, 25, 30), indiqués sur le wattmètre de l'appareil ; 2° le débit de l'oxygène au moment de son entrée dans l'appareil (le débit à l'entrée étant pratiquement le même qu'à la sortie), puis de se reporter au diagramme dont la lecture donne la quantité d'ozone employée : *on connaît donc le volume de l'oxygène ozoné* et *son poids en ozone.*

Pour faciliter plus encore la connaissance du volume du gaz employé, notion indispensable pour les injections intramusculaires ou dans les cavités normales ou pathologiques, un JAUGEUR, de lecture très facile, a été adjoint à l'appareil et permet, sans avoir recours à des seringues, de connaître le VOLUME du gaz employé (de 50 à 500 c. c.). Ce jaugeur de CARPENTIER est, à ma connaissance, le premier test volumétrique pratique, cliniquement indispensable sur un appareil producteur médical d'ozone.

De plus, le débit du gaz peut être réglé par une pression d'eau, douce et progressive, celle de la hauteur variable d'un bock rempli d'eau, qui met à l'abri de toute pression exagérée et permet de *régler le temps*, plus ou moins rapide, de toute application intra-corporelle.

Enfin, doit être signalée l'excellente étanchéité des appareils et de leurs tuyauteries. En fin de matinée, dans notre salle d'ozonothérapie, après une vingtaine d'applications, les dégagements d'ozone dans la pièce sont véritablement insignifiants, si faibles que, depuis six mois de fonctionnement, personne, personnel médical ou malade, n'a été incommodé.

En bref, les appareils CARPENTIER-DUFLOT nous ont permis de connaître exactement le *volume* du gaz employé, sa *concentration* en ozone, son *poids* en ozone : la pression nous permettant de faire varier *le temps* du débit.

3° Modes d'application du mélange oxygène-ozone :

Le mélange gazeux peut être employé :

1° *En douches en surface.* — Une tuyauterie en métal inoxydable permet de baigner de gaz ozoné, une plaie cutanée atone par exemple, par un jet qui doit être rapproché le plus près possible de la surface à traiter. Le gros inconvénient de ce procédé est que l'ozone, dans ces conditions, n'est pas en cavité close : dès lors, l'air de la pièce devient rapidement irrespirable, aussi bien pour le patient que pour le personnel médical, d'autant plus qu'il ne faut pas oublier la grande susceptibilité respiratoire de certains pour l'ozone. Pour remédier à ce grave inconvénient, on emploie des *ventouses* reliées à une double tubulure, d'entrée et de sortie du gaz : de la sorte, la zone à traiter est en cavité close et personne n'est incommodé. Aux ventouses en verre, G. CARPENTIER a substitué toute une gamme de ventouses en métal inoxydable, celles-ci beaucoup plus solides que les ventouses en verre et très facilement stérilisables. Leur application sur la peau doit dépasser les limites de la zone à traiter et l'inclure complètement.

2° *En bains locaux.* — La zone à traiter, un avant-bras par exemple, est enveloppée dans un sac de toile huilée, plus ou moins grand. Ces sacs sont remplis d'ozone : la séance terminée l'ozone est rejeté à l'extérieur de la pièce, grâce à l'aspiration d'une turbine.

3° *En bains généraux.* — Le malade est placé dans un grand sac en toile imperméable, fermé au cou, comme un sac de Scapin, ou dans un meuble qui rappelle les meubles des bains de lumière. Les mêmes manœuvres de remplissage et d'évacuation des sacs des bains locaux sont appliquées aux sacs des bains généraux : dans les deux cas, il y a absorption d'oxygène ozoné par la peau. Pour plus de prudence, G. CARPENTIER a établi un collier métallique, perforé comme un collier de douches, que l'on place autour du cou du patient. Par ses trous reliés à l'aspirateur de la turbine, ce collier aspire les évacuations d'ozone qui pourraient se produire avec un serrage incomplet du sac autour du cou, du fait des mouvements du malade.

4° *En injections hypodermiques.* — Soit sous cutanées, qui risquent d'être, parfois, douloureuses, soit, mieux *intra-musculaires.* Des examens aux rayons X nous ont permis de constater, à l'écran et mieux sur un film, la résorption ultra-rapide des injections intramusculaires : moins de dix minutes après une injection de 50 à 100 c. c., on ne voit aucune trace appréciable de l'injection dans les interstices musculaires. Ce résultat est conforme à la clinique, puisque la sensation de tension, après injection intramusculaire, ne dure que quelques minutes.

5° *En lavements.* — Si les côlons supportent parfaitement les injections d'oxygène ozoné, il est intéressant de savoir quelle quantité de gaz peut et doit être injectée ; il est facile de le vérifier par un examen aux rayons X. En partant de la notion que *tout le le côlon doit être injecté, cæcum compris*, l'injection ne doit pas être faite sans contrôle précis de la capacité du gros intestin. Injecter trop peu, c'est risquer de n'injecter que le côlon gauche, — injecter trop abondamment, c'est risquer de forcer la valvule iléo-cæcale et de créer, à la longue, une insuffisance valvulaire iléocæcale avec son cortège de troubles douloureux et digestifs. D'autre part, la fréquence est grande des variations de la capacité colique — augmentée dans les cas de dolichocôlon et surtout mégacôlon, — diminuée dans les cas de brachycôlon et de microcôlon. Il est donc plus que prudent de connaître la capacité du gros intestin pour l'injecter en entier, cæcum compris, sans forcer la valvule iléo-cæcale.

6° *En injections vaginales, intra-utérines, vésicales.* — Là encore le contrôle des rayons X sera de la plus grande utilité, comme pour un lipiodo-diagnostic intra-utérin et tubaire. Surtout, la pression devra être étroitement surveillée.

7° *En injections duodénales.* — Je signale nos premiers essais d'injections directes d'ozone dans le duodénum. La sonde *en gomme* (le caoutchouc serait dissous par l'ozone) semi-rigide de L. CAMUS, d'un maniement autrement commode et sûr que la sonde de EINHORN, sert, après ablation du mandrin, de tuyau d'arrivée du gaz dans le duodénum. A petites doses, l'ozone séjourne dans le duodénum quelques minutes, puis est absorbé par la muqueuse duodénale, — à plus grandes doses, sans dilater le duodénum, il passe dans le grêle jusqu'à la valve iléo cæcale, sans dilater notablement le jéjuno-iléon. Toutes ces opérations ont été contrôlées par l'examen aux

rayons X : cliniquement, ces injections d'ozone dans le duodénum, et par suite dans le grêle, sont parfaitement supportées par les patients ; le ballonnement abdominal para-ombilical disparaît en 5 à 20 minutes.

Qu'il s'agisse d'injections hautes ou basses, dans le duodénum ou le côlon, il est intéressant de contrôler aux rayons X le temps de résorption de l'ozone par les parois intestinales. Nous avons constaté que l'absorption la plus rapide était au niveau du duodénum, puis du jéjuno-iléon, puis au niveau du côlon droit ; enfin la plus lente au niveau du côlon gauche : les temps minima ont été de cinq minutes, les temps maxima de cinquante minutes.

8° *En injections dans la cavité péritonéale*, comme le pratique MARIN CORRALE (Saragosse).

II. Résultats cliniques

Cent malades ont été traités, depuis six mois, pour les affections les plus diverses. J'ai demandé à M. le Docteur M. LEGOUX de prendre les observations cliniques et de faire tous prélèvements pour les examens, humoraux et tissulaires, de laboratoires, et à mon collaborateur L. CHOCQUET, de noter, au jour le jour, les symptômes accusés par les malades, en fonction des doses et des divers modes d'applications.

Cliniquement, l'oxygène apparaît comme un OXYDANT DES PLUS ÉNERGIQUES : l'ozone, mélangé à l'oxygène, tend rapidement, surtout à la chaleur du corps, à se transformer de nouveau en oxygène, en abandonnant un atome de sa molécule : cet ATOME LIBRE EST AVIDE DE COMBINAISONS, d'autant plus active qu'il s'agit d'un OXYGÈNE NAISSANT. De cette propriété capitale de l'ozone découlent de nombreuses actions thérapeutiques que nous avons observées : je regrette de ne pouvoir que résumer certains résultats cliniques.

A. Action bactéricide

Les propriétés bactéricides de l'ozone ont été étudiées par de très nombreux expérimentateurs : CHAPPUIS, MARMIER, ABRAHAM, MORTON, ARBOUING, TROUDE, PAYR et beaucoup d'autres ont étudié le pouvoir stérilisant de l'ozone sur le staphylocoque, le streptocoque, le pneumocoque, le coli-bacille, les bacilles d'Eberth, de Lœffler, de Frænkel, le pyocyanique et, de façon générale, sur tous les aérobies et anaérobies : un excellent exposé de FISCH (Zurich, *Semaine Dentaire*, mai 1935) en fournit une longue documentation. Non seulement l'ozone atténue et arrête la virulence de la plupart des germes pathogènes, mais encore *il détruit les toxines* secrétées et arrête leur action nocive, en créant, autour des bactéries, un coagulum protecteur isolant, qui inclut les microbes et les stérilise.

Enfin, l'effet bactéricide et antitoxique se produit aussi bien *sur les cultures fraîchement ensemencées que sur des cultures anciennes*. Il est intéressant de savoir que la concentration en ozone, pour la stérilisation des germes et la destruction des toxines, est du même ordre que dans les applications cliniques.

A Beaujon-Clichy, nous n'avons vérifié que l'action sur le *coli-bacille* : à deux reprises, mon interne L. BAUER, a envoyé, durant six minutes, un courant d'oxygène ozoné titrant 25 milligrammes d'ozone par litre, sur une culture de coli-bacille. Ces cultures ayant été mises à l'étuve dans le laboratoire de M. LEVY-BRUHL, dans les deux cas, *aucun élément n'a poussé dans les quarante-huit heures suivantes*. Le même temps de six minutes pour la stérilisation est donné par PICARD (thèse de MATHIS, 1931) pour stériliser une culture de staphylocoques.

La clinique confirme *in vivo* l'action bactéricide de l'ozone *in vitro* ; en voici quelques exemples :

1° PHLEGMON DU MEMBRE SUPÉRIEUR. — De toutes les plaies des membres que nous avons eues à soigner, ce cas est certainement le prototype d'un maximum de gravité d'un état local, sur un état général très déficient.

L'observation (n° 82) concerne une malade de 29 ans, victime le 26 mars 1936 d'un accident de travail : un foret entré dans la paume de la main avait, malgré un épluchage chirurgical immédiat, déterminé en quelques heures, une *gangrène gazeuse étendue à l'avant-bras et au bras*. Après plusieurs interventions pour drainage, la malade nous fut envoyée de la consultation de chirurgie de Beaujon (R. SOUPAULT). Comme vous le montre cette photographie face et profil du membre supérieur gauche au début du traitement par l'ozone, l'avant-bras et le bras étaient œdématiés, doublés de volume. La suppuration était très abondante et odorante, avec présence de pyocyanique. De plus, l'état général était franchement mauvais ; l'œdème avait gagné le thorax côté gauche, avec gêne respiratoire et arythmie cardiaque. Du 26 juin 1936 au 27 juillet 1936, vingt-deux bains locaux d'ozone ont été donnés pour une action directe, locale, suivis de vingt-deux lavements d'ozone de 400 c.c. pour une action générale. *Dès le quatrième jour, le pyocyanique avait disparu.*

La malade qui vous est présentée vous le confirmera elle-même : *localement*, l'œdème du bras et de l'avant-bras ont régressé ; la suppuration est diminuée des trois-quarts ; la coloration des téguments tend vers la normale ; les larges orifices des incisions chirurgicales se cicatrisent ; les douleurs violentes du poignet et du coude ont disparu. *L'état général* est nettement amélioré : il n'y a plus de fièvre, la gêne respiratoire et l'arythmie ont disparu, le teint est bon, enfin la malade qui avait maigri de 9 kilogr depuis l'accident, a repris 6 kilogr, au trente-cinquième jour de son traitement par l'ozone. Elle n'est pas guérie, mais son amélioration est énorme, et tout fait prévoir une cicatrisation complète et rapide : *et surtout elle a gardé son bras*. Je ne puis m'empêcher de penser quels services aurait pu rendre l'ozone, durant la guerre, dans toutes les infections et suppurations.

2° PLAIES ET SUPPURATIONS CHRONIQUES. — Après ABLATION DE VERRUES AU THERMOCAUTÈRE (obs. 9) immédiatement suivie de lymphangite et de suppuration, une malade se présente, cinq semaines après cette intervention, avec *une plaie torpide* à bords décollés, creuse, sans aucune tendance à cicatrisation, siégeant sur deux orteils du pied. De plus, la jambe présente jusqu'à hauteur du genou, des troubles circulatoires : cyanose, refroidissement, *diminution des oscillations*. Après vingt et un bains locaux, la cicatrisation de la plaie est complète ; l'oscillométrie est redevenue normale.

Une intervention chirurgicale pour KYSTE SUPERFICIEL DE LA JAMBE (obs. 48) laisse une *plaie ouverte, atone*, de 3 centimètres de largeur, légèrement suppurante, avec fonds rouge et bords irréguliers et violacés : en voici une photographie. Vingt bains locaux de jambe et onze lavements ont amené en vingt-cinq jours une cicatrisation complète. J'ajoute que cette malade présentait *3 gr. 75 de cholestérol sanguin* : nous verrons dans un mois l'action sur l'hypercholestérolémie.

Après INJECTION VEINEUSE SCLÉROSANTE (obs. 75) pour varices traumatique, une malade présente une *jambe froide, cyanosée, œdématiée*. Malgré des tentatives (paraffine, ultra-violets) pour améliorer les séquelles d'un sphacèle, avec 40°, survenu après l'injection sclérosante, il persiste des *plaies multiples* au niveau du tiers inférieur de la jambe, creuses, à bords irréguliers et suppurantes. L'état général est déficient : la malade a des syncopes journalières. Voici cette malade très améliorée après un long traitement : trente-cinq séances locales : les plaies ont diminué en largeur et profondeur, la suppuration est, vous le voyez, insignifiante. Son état général est très amélioré.

Après FRACTURE COMPLIQUÉE DE JAMBE ET OSTÉOMYÉLITE (obs. 12), malgré l'ablation de pièces d'ostéosynthèse, une *fistule* persistait depuis six mois ; trente-huit séances ont

été nécessaires pour stériliser l'infection et fermer la fistule. Des insufflations d'ozone ont été faites directement dans le trajet fistuleux.

De façon générale, l'assèchement des plaies est rapide : cependant, il n'est pas rare de voir, lors des premières séances, la sécrétion augmenter, comme s'il existait une *fonte liquide de l'œdème ambiant*. Cette élimination faite, un liseré blanc se montre autour de la plaie dont l'assèchement apparaît souvent sous forme d'une pellicule lisse, argentée, qui la recouvre totalement : la cicatrisation se fait de la périphérie au centre, avec l'aspect de tissus cutanés normaux. Il est important de savoir la décomposition rapide de l'ozone, au contact de certains corps chimiques, éther, alcool, antiseptique, etc. : aussi dans l'intervalle des séances, nous n'appliquions que du *sérum physiologique* en pansements.

3° Suppurations après application de radium. — Le Professeur G. Roussy nous a adressé, du centre de Villejuif, quatre malades (obs. 68, 78, 85, 90) porteurs d'ulcérations suppuratives après applications de radium, en surface ou par aiguilles.

Ces ulcérations, dont la grandeur variait d'une pièce de 5 francs à une pièce de 50 centimes, siégeaient sur la région sus-orbitaire, la région malaire, la région prémastoïdienne, la région sternale (*maladie de Hodgkin*). Ces malades ont eu de dix à vingt applications locales : la douleur a disparu, la suppuration, a été, rapidement, en grande régression, les ulcérations asséchées, se sont cicatrisées du dehors au dedans, vers la profondeur. Enfin, malgré que le traitement externe ait été seul employé, l'état général déficient a été véritablement amélioré. Je ne peux manquer de signaler la rapidité de transformation locale et générale dès les premières séances, en particulier pour le malade porteur d'une ulcération sous-orbitaire, qui, dès la troisième séance, n'avait plus besoin du pansement permanent qu'il portait depuis plusieurs mois.

4° Colibacillose. — L'observation (n° 63) concerne une malade de 60 ans envoyée par J. Florand pour *crises douloureuses violentes dans les régions lombaire et cæcale et pyurie*.

La malade raconte que, depuis 1918, elle présente des crises abdominales douloureuses de ballonnement, du côté droit, avec troubles urinaires. En 1926, A. Florand trouve des colibacilles urinaires, conseille des vaccins généraux, puis des auto-vaccins. Depuis 1934, crises répétées, durant huit semaines ; à plusieurs reprises, le laboratoire A. Grigaut trouve des colibacilles en grande quantité, aussi bien dans les urines du matin que dans les urines de l'après-midi et du soir. Le diagnostic de pyonéphrose était discuté : aussi, nous avons commencé par examiner radiologiquement le bassinet, après une injection de Ténébryl. Les rayons X nous ont montré un bassinet de volume normal, *mais ptosé* à hauteur de L^4. De plus, comme la malade se plaignait de constipation, un lavement baryté nous a montré, fait exceptionnel, *un dolichocôlon ascendant* avec une *boucle transversale* à sa partie moyenne : à nouveau, cette boucle était à hauteur de L^4. Les points douloureux abdominaux, antérieur et postérieur, étaient donc causés par la boucle du dolichocôlon et la ptose du bassinet. Etant donnés les signes coliques, nous avons proposé à la malade de la traiter par lavements d'ozone pour lutter, *in situ*, sur les germes qui pouvaient secondairement lui donner de la pyurie, nous proposant par la suite de faire directement des injections d'ozone dans la vessie. Il n'en a pas été besoin car, après dix-huit lavements d'ozone étalés sur un mois, non seulement l'état colique était amélioré, mais la pyurie avait à peu près complètement disparu : l'urine du matin et de l'après-midi ne contenait plus de colibacilles : seule l'urine du soir contenait encore quelques rares colibacilles. En même temps, les douleurs abdominales avaient disparu, l'état général est devenu excellent et la malade se réjouit « d'une *nouvelle vitalité, comme si elle venait de passer un mois de montagne* ».

A l'occasion des résultats si intéressants de cette observation je signale, à nouveau, la nécessité de vérifier la capacité du gros intestin, augmentée, dans ce cas, du fait de la boucle du dolichocôlon ascendant : chez cette malade, il fallait 500 c.c. de gaz pour remplir le cæcum. Il est permis de supposer que le cæcum, *en amont de la boucle*, devait contenir la plus grande partie des germes à atteindre par l'oxygène ozoné pour y être détruits ou modifiés : il y avait donc le plus grand intérêt à atteindre le cæcum : les rayons X nous ont prouvé son remplissage.

5° Pyodermies. Prurit. — Plusieur malades, et en particulier, celui (obs. 14) dont je vous présente la photographie de la figure avant le traitement, nous ont été adressés pour des pyodermies. Voici le même malade qui vous est présenté après traitement. La plus grande partie des lésions suppuratives de la peau de la figure ont disparu et son teint est devenu clair. Ce malade n'a pas été traité par des applications locales. Comme nous soupçonnions une origine digestive, il a été soigné par quatorze lavements d'ozone : cet excellent résultat, visible, dispense de commentaires.

Je signale un cas de prurit généralisé, tenace, durant depuis des années (obs. 51) disparu après quatre bains généraux d'ozone.

Cette malade présentait de plus un rhumatisme vertébral lombaire, décelé, sur la radiographie, par des becs de perroquet, déterminant des douleurs du crural : bains généraux, piqûres, lavements d'ozone, lui ont permis d'éviter le traitement par corset plâtré qui lui avait été proposé à maintes reprises.

6° Crow-crow (*maladie exotique*). — L'observation (n° 100) concerne une malade venue consulter pour une lésion cutanée de la jambe. La malade raconte qu'elle arrive de la Guinée française et nous apprend qu'elle est atteinte depuis six mois d'une maladie de ce pays, dénommée crow-crow, causée par des piqûres de moustiques ou de moutes-moutes, traitée là-bas par oxyde de zinc et acétylarsan. L'examen montre l'aspect d'un chancre, de la surface d'une pièce de 50 centimes, suintant, à base indurée, avec une réaction multi-ganglionnaire dans l'aine et pour compléter l'analogie avec la syphilis, le Wassermann fait par Levy-Bruhl s'est montré positif. Ce pseudo-chancre, dû, paraît-il, à des spirilles, a guéri complètement en six jours, au grand étonnement de la malade, sans présenter de cicatrices disgracieuse, comme elle en porte aux jambes et aux bras, pour ses atteintes antérieures. La malade a été traitée par applications locales et, en même temps, par lavements d'ozone.

Nous avons eu, chez cette malade, le même temps et le même mode d'évolution de guérison que dans les furoncles, dont la suppuration cède rapidement aux applications locales. A la période de germination, les furoncles n'ont pas abouti à la suppuration ; l'induration, dans ces cas, a persisté longtemps, mais rigoureusement indolore.

7° Mastoïdites, pyorrhées. — Deux cas de mastoïdites (obs. 35, 61) nous ont été envoyés du service de L. Baldenweck : elles ont été améliorées par des douches locales dans la fistule d'un évidement mastoïdien ; l'élément douloureux a été très diminué. Et je signale un cas de pyorrhée (obs. 33) qui fut amélioré par des lavements d'ozone : ce fait n'a rien d'étonnant : nous savions qu'un prélèvement du pus gingival avait montré des entérocoques, la pyorrhée était donc, dans ce cas, d'origine intestinale.

8° Salpingites. — Je ne puis faire état des salpingites (Obs. 19, 60) parce qu'un autre traitement par douches de Luxeuil, leur était en même temps appliqué, à la demande de leurs médecins ou chirurgiens traitants.

B. Action humorale

Les applications locales ou générales d'oxygène ozoné modifient, dans des proportions très intéressantes, l'état humoral : leur étude, longue et complexe, est actuellement en cours d'observation et je me bornerai, ce jour, surtout au côté clinique.

1° ARTHRITES ET POLYARTHRITES MÉDICALES. — Une ARTHRITE DÉFORMANTE DE LA HANCHE (Obs. 37), confirmée par la radiographie, chez une malade de 39 ans, avec douleurs très violentes la nuit, insomnies, depuis quinze mois, a été très améliorée par douze séances de lavements et piqûres locales.

Une ARTHRITE SÈCHE DE LA HANCHE (Obs. 49) chez une spécifique, avec douleurs locales et difficultés de mobilisation, présente après douze séances, des mouvements plus libres et des douleurs très diminuées.

Une ARTHRITE DU POIGNET ET DU POUCE, A TYPE GOUTTEUX, limitant surtout les mouvements d'abduction du pouce chez une comptable (Obs. 81) fut très améliorée après douze applications locales. La malade, depuis huit mois, avait subi, sans résultat, de multiples traitements.

Un ACCÈS AIGU DE GOUTTE, chez un pléthorique (Obs. 13), au gros orteil avec retentissement à la cheville et au genou, a été soigné par vingt séances locales et 20 lavements. En fin de traitement, le malade reprenait son travail abandonné depuis six mois.

Deux cas de RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE (Obs. 62, 65) du talon et de l'épaule, avec gono-réaction positive, ont été notablement améliorés localement; en même temps que l'état général devenait normal.

Un cas de RHUMATISME SACRO-LOMBAIRE (Obs. 72) et des épaules, datant de quinze ans, a été amélioré par dix-huit bains généraux. La sudation, pour cette malade, était assez abondante pour pouvoir recueillir un verre à expérience de sueur, au fond du sac. Il en est pour l'ozone comme pour les bains de lumière ; autant certains malades ont des sueurs profuses, autant d'autres ne présentent aucun signe de vraie sudation.

Un cas de RHUMATISME SACRO-LOMBAIRE ET SCIATIQUE (Obs. 51), datant de sept ans, obligeant le malade à des séjours au lit fréquents, avec des douleurs irradiant vers le crural, l'obturateur et surtout le sciatique, avec un état général déficient, a été amélioré à la suite de vingt-quatre lavements, sans applications locales. Cette malade a été véritablement transformée ; elle a repris trois kilos en un mois : les douleurs lombaires sont apaisées ; seule persistent quelques névralgies, à son dire insignifiantes.

Plusieurs cas de SCIATIQUE ont été améliorés par des injections locales au voisinage du trajet du nerf.

2° TROUBLES DIGESTIFS. CONSTIPATION. — Si j'ai rangé les troubles digestifs dans l'action humorale de l'ozone, c'est que nous avons essayé de multiplier les méthodes de laboratoire pour tâcher de connaître les modifications des humeurs et du contenu intestinal, par applications d'ozone ; dans une autre conférence, j'exposerai ces résultats, celle-ci devant être surtout clinique.

De façon générale, l'ozone a manifestement une action directe sur le contenu colique et une action indirecte sur le fonctionnement moteur du gros intestin. En particulier, dans de très nombreux cas de CONSTIPATION, il se produit un effet rapide, et cela après quelques séances. Chez trois cinquièmes des malades, l'amélioration s'est maintenue : les malades n'ont plus besoin de laxatifs. Mais surtout un très grand nombre de malades nous ont raconté que leurs sensations habituelles de *ballonnement douloureux* du ventre — *épigastrique* et *sous-ombilical* — avaient, sinon disparu, au moins diminué dans de notables proportions. Pour qui connaît la fréquence actuelle de l'HYPERPNEUMOCOLIE et les symptômes multiples qu'elle peut déterminer par compression directe des organes, voisins des poches à air coliques, ce traitement par l'ozone, qui diminue l'hyperpneumocolie, permet d'expliquer les transformations inattendue de mieux-être qu'accusent si souvent nos malades.

Cette fois encore, les rayons X permettent de constater le retour vers la normale, de l'exagération antérieure des poches à air coliques, surtout au niveau des deux angles hépatique et splénique du côlon, du transverse et du côlon peliven.

Un SYNDROME DE KOENIG (Obs. 10), avec crises douloureuses para-ombilicales, intermittentes, sans obstacle apparent aux examens radiologiques, s'accompagnant de vomissements et d'amaigrissement (trois kilogr.) est très amélioré par quinze lavements en un mois de traitement, où les crises s'espacent, moins douloureuses, le poids augmente, l'appétit revient : cette malade est complètement transformée.

Des SÉQUELLES D'APPENDICECTOMIE (Obs. 29), datant de sept ans, avec cæcum douloureux, ballonnement du ventre, alternatives de diarrhée et de constipation, sont rapidement améliorées : après dix lavements, le cæcum n'est plus douloureux, les fonctions intestinales sont normales. Deux mois après la fin du traitement, l'amélioration persiste. Nous reparlerons des modifications de la flore intestinale et des modifications chimiques.

C. Action anti parasitaire

Mon collègue G. LEO, dont on connaît les travaux sur la fréquence des vers intestinaux, générateurs de nombreux symptômes cliniques, locaux et à distance, inattendus, nous a adressé quatre malades (Obs. 45, 50, 54, 56) porteurs reconnus de *lamblia, ascaris, oxyures, trichocéphales*, avec vertiges, amaigrissement, inappétence, crises aiguës de ballonnement très douloureuses. Dès les premiers lavements, ces malades ont accusé un bien-être inconnu depuis longtemps. La colite et surtout l'hyperpneumocolie concomitante ont été grandement améliorées. L'un des malades nous a dit ne plus trouver d'oxyures, un autre nous a raconté que les lavements d'ozone lui faisaient expulser des ascaris rougeâtres, « comme morts », alors que les lavements d'huile lui faisaient expulser des ascaris blancs. Pour vérification j'ai demandé à mon ancien interne R. BRUMPT de faire un examen parasitaire des selles de ces malades. En attendant, cliniquement, le résultat est parfait : plus de vertiges pour l'un d'eux, augmentation de poids, disparition du ballonnement, retour de l'appétit pour les quatre malades.

D. Action trophique

Trois cas d'ŒDÈME POST-TRAUMATIQUE (Obs. 17, 23, 32) ont présenté une régression marquée de l'œdème et une revitalisation des tissus après dix bains locaux.

Deux cas de RÉTRACTION TENDINEUSE POST-TRAUMATIQUE (Obs. 66, 67) ont présenté une grande souplesse fonctionnelle et une amélioration de la circulation, après une dizaine de bains locaux.

Un cas de SÉQUELLE DE PHLÉBITE, après intervention chirurgicale (Obs. 36) avec œdème dur, douloureux, et taches cyanotiques sur tout le membre inférieur gauche, a été fortement amélioré après trente-cinq applications locales et générales : la malade peut marcher sans canne.

Six cas d'ULCÈRES VARIQUEUX (Obs. 11, 16, 25, 47, 79, 81) ont été cicatrisés par des applications locales d'ozone. Mais, fait très important à connaître, quatre d'entre eux ont eu, par la suite, un traitement de leurs varices (J. TROISIER) ; il n'y a pas eu de récidive de l'ulcère. Par opposition, les deux autres, sans traitement de leur état variqueux, ont présenté une récidive.

Un cas de MAL PERFORANT PLANTAIRE (Obs. 9) avec troubles trophiques cutanés et diminution des amplitudes des oscillations a été, on peut dire, guéri avec cicatrisation de la plaie et retour des oscillations à la normale.

E. Action sédative et stimulante

Reste une catégorie de sujets (Obs. 6. 8, 19, 29, 33, 41, 51, 53, 54, 68, 72, 77) qui ne sont pas hospitalisés, mais qui représentent une nombreuse clientèle des services de physiothérapie, après peu ou pas de résultats de la chimiothérapie. Leur symptomatologie ne rentre pas dans un cadre nosologique bien défini. Cependant, on peut ainsi schématiser et résumer leurs symptômes ; ce sont des malades qui viennent consulter pour FATIGUE ET DIMINUTION plus ou moins grande, de leur ACTIVITÉ CÉRÉBRALE, MUSCULAIRE ou PHYSIOLOGIQUE. Par un interrogatoire méthodique, on finit par apprendre qu'ils présentent — ensemble ou séparément, faiblement ou intensément — les signes suivants : insomnie la nuit, somnolence dans la journée, céphalées, douleurs de la nuque, fatigue oculaire rapide, faiblesse de l'acuité acoustique, névralgies dans les membres, douleurs articulaires, gêne des mouvements, algies cardiaques, diminution de la capacité respiratoire, essoufflement facile, inappétence, digestions lentes, constipation, teint jaunâtre, petites lésions cutanées, prurit surtout dorsal, diminution des émissions urinaires, troubles génitaux, irrégularité des règles, etc.

Les examens biologiques du sang montrent une diminution des globules rouges, une diminution de la valeur globulaire ; souvent, la formule leucocytaire dénote, en plus d'éosinophiles nombreux, une mononucléose marquée. Les examens chimiques du sang montrent une augmentation plus ou moins grande de cholestérol, de sucre, d'urée, d'acide urique, dans le sérum sanguin.

En somme, tous ces signes cliniques et humoraux, plus ou moins définis, intermittents, traduisent une diminution de l'activité cérébrale, physique et physiologique. Pour ces malades « à plat », qu'il est besoin de revitaliser, l'un des bons traitements est certainement le traitement par l'ozone. Ce qu'il faut noter dans l'immense majorité des cas que nous avons eus à traiter, c'est une transformation étonnante, et parfois impressionnante de l'état général. Et cela, *dès les premières applications* ; les malades accusent une augmentation de la force, de l'ardeur, de l'entrain, un regain de vie, un bien-être, du fait de la disparition ou de la diminution notable des symptômes pour lesquels ils étaient venus consulter. Presque tous sont unanimes à narrer : leur augmentation d'activité et de tonicité musculaire, la disparition de l'asthénie, le retour du sommeil, leur meilleur fonctionnement organique : *l'oxygène ozoné les a revitalisés*, comme s'ils avaient bénéficié d'une cure d'oxygène plus ou moins ozoné, à la mer, à la campagne ou à la montagne, et cela sans abandonner leurs occupations habituelles.

***

Au résumé, SOUS RÉSERVES : de l'emploi d'un *ozone dépourvu de produits nitreux*, de la possibilité de connaître *le volume du gaz employé* et *son poids en ozone*, de l'utilité de vérifier les symptômes cliniques par *des examens de laboratoire*, de la nécessité de suivre les réactions cliniques et humorales, en cours de traitement pour en *rythmer le temps et les doses*, l'ozone apparaît comme un excellent agent thérapeutique, dans de très nombreuses affections où l'on recherche, soit une *action bactéricide*, soit une *action oxydante* sur les constituants chimiques cellulaires.

(*Conférence du lundi, hôpital Beaujon-Clichy*, 27 juillet 1936.)

Les résultats obtenus dans la radiothérapie du cancer du col de l'utérus sont parmi les plus beaux que l'on obtienne dans le traitement des néoplasmes ; ils récompensent les efforts faits pour obtenir de l'appareillage le plus perfectionné, le maximum de rendement et les progrès d'une technique dégagée de l'empirisme, toujours plus précise et mieux réglée.

(L. Lemaître, Traitement par les radiations du cancer du col de l'utérus. *Echo médical du Nord*, 27 septembre 1936.)

DERMATOLOGIE

Les accidents cutanés des teintures capillaires

Les accidents cutanés dus aux teintures capillaires, accidents que M. J. Delhaye vient d'étudier dans sa thèse (Paris, 1936) peuvent se classer en deux groupes selon que prédomine l'importance de l'agent nocif ou la sensibilité propre du sujet

Les accients dépendant uniquement de l'agent nocif se. reproduisent identiques chez tous les sujets soumis à son action.

Les accidents personnels peuvent survenir avec toutes les matières tinctoriales ; mais parmi celles-ci, les dérivés de l'aniline et la paraphénylène-diamine, en particulier, méritent une place à part, en raison de la plus grande fréquence des accidents qu'ils déterminent et de la vogue toujours croissante que connaissent ces préparations.

Cliniquement, ces accidents révèlent surtout l'aspect de dermite eczémateuse. Ils présentent une très grande analogie avec les accidents cutanés de la chimiothérapie, revêtent le même aspect clinique, et leur fréquence est assez comparable.

La sensibilité acquise ne se manifeste qu'après de nombreuses applications sans incident, d'abord sous forme d'accidents bénins qui s'exagèrent si on renouvelle les contacts avec le réactogène.

La sensibilité innée semble égale à elle-même durant toute l'existence du sujet et se manifeste dès le premier contact avec le réactogène, d'où la nécessité de faire avant toute application de teinture, un essai de cette teinture sur une portion de tégument.

Cet essai, qui constitue la méthode des tests trans-épidermiques n'a de valeur que s'il est pratiqué suivant une technique bien déterminée, que M. Delhaye décrit ainsi :

1° Dégraisser la peau par une friction légère avec un tampon imbibé d'alcool ou d'éther. Sans cette précaution, un test qui aurait été positif donne une réponse négative ;

2° Ne pas exercer d'action mécanique : soit déposer simplement le liquide à étudier sur une compresse qu'on laisse en place maintenue à distance par deux diachylons (il faut placer les diachylons assez loin du test, car de nombreux sujets sensibles au diachylon donnent une transépidermo-réaction positive à ce produit ; aussi faut-il pouvoir distinguer nettement chaque réaction) ; soit déposer sur l'épiderme une ou deux gouttes de liquide qu'on laisse sécher. Bien entendu, on s'abstiendra de laver, même uniquement à l'eau, la région cutanée où le test a été pratiqué.

3° La région cutanée choisie pour faire le test n'est pas indifférente. Un test appliqué au pli du coude ou à la face externe des bras sera négatif, et le sujet fera des accidents après une teinture capillaire. Le test doit être pratiqué à la nuque. Le plus près possible de la zone d'implantation des cheveux, c'est-à-dire sur la région tégumentaire qui sera en contact avec le réactogène ;

4° En cas de teinture nécessitant l'emploi de plusieurs liquides, soit séparément, soit mélangés, il faut faire un test avec chacun de ces liquides et un dernier test avec le mélange des différents produits. Si l'un d'eux est l'eau oxygénée, inutile de faire le test correspondant ;

5° Lire le test après vingt-quatre heures, et si la réponse est négative, après quarante-huit heures, la réaction pouvant être retardée et n'apparaître qu'après ce délai ;

6° Ne pas faire état d'un test ancien. Certains sujets peuvent en effet ne pas avoir réagi pendant longtemps et présenter à un certain moment une réaction qui se traduira par des accidents ou par un test positif si celui-ci est pratiqué.

Au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, le test

sera positif si l'on voit au lieu d'application, une tache érythémateuse, plus ou moins infiltrée d'œdème et prurigineuse. L'intensité de cette réaction est variable selon les sujets : elle peut aller depuis la simple tache érythémateuse jusqu'au placard vésiculeux, suintant, infiltré d'œdème.

En tout cas, c'est une poussée inflammatoire qui s'étend rapidement sans laisser aucune séquelle.

Un test positif indique à coup sûr un individu sensible au produit employé, et contre-indique formellement l'usage de ce produit.

Un test négatif, si la technique a été correcte, autorise l'emploi du produit avec lequel il a été fait.

Au point de vue médico-légal, seuls les accidents collectifs entraînent la responsabilité de l'opérateur ou du fabricant, les accidents individuels ne pouvant être mis sur le compte de l'opérateur que dans la mesure où ont été négligées les épreuves de test.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Diagnostic

Le diagnostic des ulcérations linguales ne se fait pas sans une bonne orientation.

Certaines ulcérations surviennent à titre d'épiphénomène, au cours d'affections nettement définies (variole, érysipèle, typhoïde) ou d'affections locales (aphtes).

L'ulcération linguale proprement dite relève de quatre causes principales :

1° L'ulcération cancéreuse est en général végétante, saigne au moindre attouchement, provoque des douleurs irradiées vers l'oreille et s'accompagne d'adénopathie sous-maxillaire. Signe caractéristique, elle repose sur une base indurée ; telles sont les vérités premières que nous ne sommes que trop portés à oublier.

2° La syphilis sera toujours la syphilis, il suffit le plus souvent d'y penser et de pratiquer une réaction de Bordet.

3° La tuberculose linguale est presque toujours secondaire à une autre localisation tuberculeuse ; c'est-à dire que le médecin ne sera généralement pas pris au dépourvu.

4° L'ulcération dentaire siège en face d'une dent cariée, tout au moins par définition. L'avulsion montre s'il s'agit réellement d'une lésion de ce genre.

Il existe des cas, heureusement assez rares, où le malade totalise tuberculose et syphilis et où le praticien a l'occasion de faire un beau diagnostic.

(A. Guillemin. Ulcération tuberculeuse de la langue. *Revue médicale de Nancy*, 1er juin 1936.)

Le diagnostic des affections de la région chiasmatique et sellaire est un sujet qui pose des problèmes d'ordre medical, ophtalmologique et neurologique. Voici les conclusions de cette étude :

Au point de vue clinique, les affections de la région optochiasmatique et sellaire ne sont pas que des tumeurs ; un certain nombre de maladies inflammatoires localisées peuvent donner naissance au syndrome chiasmatique. L'étude de ce syndrome, souvent partiel et dissocié, demande à être complétée par de minutieux examens, car ses caractères incomplets et même son absence ne suffisent pas pour éliminer le diagnostic d'une lésion de cette région.

Au point de vue thérapeutique la radiothérapie et la chirurgie sont des armes puissantes, mais qui ont leurs indications bien personnelles. Seuls les adénomes hypophysaires sont radio-sensibles ; dans tous les autres cas elle est inopérante et même nuisible.

Tout doit être mis en œuvre pour un diagnostic exact et surtout précoce, dond dépend la guérison quand il y en a une.

(E. Welter. Le diagnostic des affections de la région chiasmatique et sellaire. *Revue médicale de Nancy*, 1er juillet 1936.)

Clinique médicale

Il semble que l'on puisse distinguer trois sortes d'endocardite aortique :

1° L'endocardite aortique rhumatismale, celle qui a fait sa preuve, est de beaucoup la plus commune. Elle est soit isolée, soit associée à des lésions mitrales ; dans ces deux cas l'insuffisance peut exister seule ou s'allier à un certain degré de rétrécissement aortique, tout en restant prédominante ;

2° L'endocardite aortique de type banal, sans antécédents rhumatismaux avoués, n'est pas rare, qu'il s'agisse d'une forme isolée ou d'une forme associée. Sans doute s'agit-il, dans nombre de cas, d'atteintes rhumatismales légères, restées inaperçues. Mais il n'est pas interdit de penser que, dans quelques cas exceptionnels, d'autres maladies infectieuses puissent être tenues pour responsables.

3° Le rétrécissement aortique pur non rhumatismal n'est pas toujours aussi pur que le voudrait son nom. Une légère insuffisance se surajoute fréquemment au rétrécissement. Bien que la question ne soit pas toujours facile à élucider, il semble bien que l'absence d'antécédents rhumatismaux soit la règle.

(L. Gallavardin. Le retrécissement aortique non rhumatismal. *Journal de médecine de Lyon*, 20 septembre 1936.)

Maladies coloniales

Les dramatiques manifestations paludéennes de pseudo-péritonite demeurent ignorées d'un assez grand nombre de médecins et de chirurgiens, même dans les régions où sévit l'endémie palustre.

Ce qui déconcerte, c'est que le syndrome abdominal paludéen apparaît le plus souvent comme une première manifestation de la maladie palustre.

On peut classer ces syndromes abdominaux en trois catégories cliniques :

1° Une forme où les signes généraux de péritonite dominent la scène ;

2° Une forme abdominale sans signes précis de localisation nette ;

3° Une forme à localisation abdominale dès le début comprenant plusieurs types : appendiculaire, gastro-duodénal et hépatique.

Les éléments capitaux du diagnostic sont :

1° La discordance entre les symptômes généraux et les symptômes locaux, la variabilité déconcertante des premiers : température, pouls, aspect ; anomalies des seconds : douleur, défense musculaire.

2° En présence d'hématozoaires dans le sang, l'absence d'hyperleucocytose polynucléaire ou sa faible intensité quand elle existe, l'efficacité du traitement quinique.

Le traitement consiste dans l'administration de quinine par les voies les plus rapides jusqu'à disparition complète des accidents.

(H. Bonnin et R. Borneuf. Les formes pseudo-péritonéales du paludisme. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 1er-15 septembre 1936.)

L'étude histopathologique de quarante-cinq cas de trachome permet de tirer les conclusions suivantes :

1° Il n'y a pas d'aspects lésionnels absolument spécifiques du trachome : le follicule trachomateux ne paraît pas avoir la valeur d'unité histopathologique spécifique qu'on a voulu lui attribuer.

2° Le processus inflammatoire, qui constitue la conjonctivite trachomateuse, est très polymorphe et atteint en même temps tous les éléments tissulaires, qui entrent dans la constitution de la conjonctive.

3° L'altération prédominante de l'un de ces éléments peut être à l'origine de types spéciaux, mais il n'y a là que de simples tendances lésionnelles plus marquées dans un cas que dans l'autre.

4° Le processus trachomateux ne borne pas son action à la conjonctive : le tarse, ainsi que les glandes de Meibomius participent à l'état pathologique.

5° On ne peut établir de théories pathogénique ayant pour base les constatations histopathologiques. Il est seulement possible, à partir de celles-ci, de considérer le trachome comme un processus inflammatoire, qui porte son action à la fois sur les dispositifs épithéliaux et sur les dispositifs mésenchymo-vasculaires de la muqueuse et du tarse.



CHLORO-CALCION

(Y. Poursines, Frogé et J. Chiniara. Contribution à l'étude anatomo-pathologique et bio-microscopique du trachome. *Annales de la Faculté française de médecine et de pharmacie de Beyrouth*, juillet-août 1936.) J. LAFONT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 novembre 1936

Les abcès du poumon médicalement curables. — ***MM. Fernand Bezançon, Robert Azoulay*** et ***Pierre Bernal.*** — De l'etude de 72 cas d'abcès du poumon recueillis pour la plupart dans leur service de l'hôpital Laennec et au dispensaire Léon Bourgeois, les auteurs concluent à la bénignité relative d'un grand nombre de ces cas et à la nécessité par suite de discuter une fois de plus le pronostic général des abcès du poumon et de remettre en balance la possibilité de guérison spontanée ou médicale avec la gravité de certaines interventions chirurgicales. Leur statistique les conduit à un taux de 74 % de guérison, mais ils ont bien soin de montrer combien les conditions particulières du recrutement de leurs malades sont différentes de celles des services hospitaliers, et, en particulier, des services spécialisés médico-chirurgicaux où n'entrent le plus souvent que les formes graves.

Il se passe à l'heure actuelle pour les suppurations pulmonaires un fait analogue à celui qui s'est produit pour la tuberculose lorsqu'au diagnostic purement clinique d'autrefois s'est ajouté le diagnostic bactériologique, puis radiologique et qu'en même temps qu'augmentait la fréquence étaient étiquetés des cas qui autrefois n'auraient jamais figuré sous cette rubrique.

Les auteurs pensent que l'on a trop synthétisé le groupe des suppurations pulmonaires et qu'à défaut d'une classification scientifique qui est à l'heure actuelle prématurée, il faut essayer d'analyser les éléments qui permettent de porter un pronostic plus ou moins favorable et par suite de préciser les indications chirurgicales.

De l'étude de leur 72 cas, il résulte que la constatation de leur putridité est sans valeur pronostique : 93 % de leurs cas étaient des suppurations putrides et certaines horriblement fétides ont cependant guéri médicalement.

Ils ne peuvent attribuer un pronostic plus favorable aux cas emboliques post-opératoires septiques ou non ; ils ont vu la guérison dans ces cas certes, mais aussi dans les formes primitives qui leur ont paru de beaucoup les plus fréquentes.

Le début brusque ou insidieux n'entraîne pas de pronostic différent : il en est de même de l'état général qui peut être à certains moments très mauvais, alors qu'une grande vomique va amener une véritable résurrection.

Les caractères bactériologiques de l'expectoration ne peuvent servir de base au pronostic ; l'examen des crachats ne reflète pas toujours l'état du foyer et si dans les cas mortels on trouve presque toujours par l'examen histo bactériologique l'association de spirochètes et d'anaérobies de Veillon, on ne peut dire qu'elle est la flore des malades dans les cas bénins.

L'examen radiologique soit simple, soit surtout après une injection de lipiodol répété très fréquemment leur paraît la technique la meilleure pour préciser la forme clinique. Il permettra outre les précisions tenant au siège, de dire s'il s'agit d'abcès collecté ou de suppurations diffuses dans lesquelles l'abcès n'est qu'un second plan ; si, enfin, il s'agit de formes consécutives ou associées à la dilatation des bronches, ou plus exactement aux lésions importantes des bronches qui leur paraissent plus fréquentes que la vraie dilatation.

C'est, en somme, souvent l'état de la bronche qui commande le pronostic.

Les abcès corticaux, surtout quand la vomique tarde à se faire, les abcès corticaux-pleuraux offrent les indications chirurgicales les meilleures.

Les abcès collectés surtout lorsqu'ils sont centraux guérissent presque toujours médicalement, mais il faudra souvent attendre avec patience la guérison spontanée.

La gangrène pulmonaire chronique à poussées successives est difficilement curable médicalement : c'est elle qui relève précocement de la chirurgie, de la pneumonectomie, en particulier, que le rapport de MM. Bonniot et Robert Monod, au dernier Congrès de Chirurgie, nous ont fait entrevoir comme pouvant être l'opération d'avenir.

Déformation des dermatoses par les médicaments. — ***M. G. Milian.*** — Les dermatoses ne sont pas toujours modifiées dans le sens de la guérison par les médicaments externes ou internes qui leur sont appliqués. Elles sont parfois *exacerbées* pendant le début ou la durée du traitement (réaction biotropique directe), ou bien elles sont *modifiées par les propriétés physiologiques du médicament* employé. Dans ce dernier cas, la modification peut porter sur une *maladie préexistante* à la médication, ou bien sur une *dermatose apparaissant à l'occasion d'une médication générale*, comme les injections d'arsenic, de sels d'or, etc.

Effets des glucosides des bourgeons de peuplier sur l'élimination de l'acide urique. — ***M. Tilmant.***

L'oreille dans la maladie de Crouzon. — ***M. F. R. Nager.*** — Les troubles otologiques des dysostoses craniofaciales sont constants et caractérisés essentiellement par : 1° Des malformations fréquentes du conduit. 2° Des malformations constantes de la caisse et du labyrinthe entraînant : *a*) Une surdité du type d'oreille moyenne assez particulière avec prolongation considérable de la conduction osseuse. *b*) Une hyperexcitabilité galvanique souvent remarquable.

La première Académie des Savants à Lutèce. — ***M. Godlewski.***

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 4 novembre 1936

Hétérotopie osseuse dans un cas d'appendicite chronique. — ***MM. Dupas, Pirot*** et ***Loyer*** ont observé un gros appendice rétro-cæcal calcifié à sa base. Histologiquement il s'agissait d'une calcification située au niveau des fibres musculaires. Il est possible que celles-ci soient l'origine même de la calcification.

Torsion de l'hydatide de Morgagni chez la femme. — ***M. Mouchet*** fait un rapport sur une observation de ***M. Salmon*** concernant une torsion d'hydatide de Morgagni. Chez une fillette, des crises abdominales droites firent poser le diagnostic de torsion d'annexes. C'est l'examen de la pièce qui fit le diagnostic.

M. Mouchet, rapporteur, fait une revue des torsions d'hydatide chez la femme, en opposant les crises à type aigu caractéristiques de l'adulte, des formes subaiguës plus souvent rencontrées chez la fillette.

Les kystes lutéiniques de l'ovaire. — ***M. Portes*** a rassemblé plusieurs observations de kystes dystrophiques lutéiniques. Ces formations, exagération du kyste folliculaire physiologique, se distinguent histologiquement très bien des kystes néoplasiques. On peut différencier les kystes lutéiniques des folliculaires par la recherche dans leur contenu des hormones ovariennes, folliculine et progessive.

Une des observations de ***M. Portes*** concerne une forme spéciale de kyste lutéinique simulant une grossesse ectopique : signes cliniques de grossesse, masse latéro-utérine, positivité de la réaction de Zondeck.

M. Moulonguet a observé une forme semblable : masse annexielle volumineuse, réaction biologique positive : c'était un kyste folliculaire.

En cas de doute, il y a intérêt pour faire le diagnostic de la grossesse à faire une réaction biologique quantitative.

Le rein et l'évipan sodique. — ***M. P. Brocq*** fait un rapport sur un travail de ***MM. Pervès*** et ***Badelon*** (Marine). Ces auteurs utilisaient l'évipan sodique dans les cas d'urgence. Un malade opéré de perforation gastrique est mort au huitième jour de néphrite aiguë. D'autres de leurs malades ont présenté une albuminurie transitoire dans les jours suivant l'acte opératoire. On sait cependant par l'expérimentation que l'évipan sodique, détruit rapidement dans l'organisme, ne lèse pas le rein. Mais on se demande si les sous-produits de sa désintégration n'ont pas une certaine toxicité pour l'épithélium rénal. En tout cas lorsqu'il s'agit d'opérations d'urgence, chez des malades dont l'état rénal antérieur est inconnu, il est préférable de ne pas employer l'évipan.

MM. Fredet et ***Monod*** rapportent que les lésions rénales n'ont été jamais relevées par les expérimentateurs. Reste à

savoir si un malade ayant déjà les reins lésés ne verra pas cette lésion s'aggraver après usage de l'évipan sodique.

Infarctus du grêle post-opératoire. — *M. Schwartz* fit une appendicectomie difficile pour appendice rétrocæco-colique inclus dans la paroi cæcale. Sur le mésentère il existait un piqueté hémorragique auquel on n'attache pas d'importance. Les suites sont difficiles car trente-six heures après, un lavement hypertonique ramène du sang noir liquide. On fait le diagnostic d'infarctus du grêle et on injecte de l'adrénaline. Cette injection répétée une deuxième fois fut suivie de succès. Tous les phénomènes inquiétants disparurent.

M. Mondor s'élève énergiquement contre la dénomination d'infarctus du grêle donnée à cette observation sur le seul vu de l'entérorragie. Il manque dans l'histoire racontée par *M. Schwartz*, la douleur qui est le signe majeur de l'infarctus, ne manquant presque jamais. Quant à l'entérorragie, elle manque au contraire une fois sur deux dans l'infarctus. Enfin il s'étonne que le piqueté hémorragique rencontré au moment de l'acte opératoire ait pu être l'origine d'un infarctus ne se révélant que quarante-huit heures après.

M. Gatellier rapporte une observation frappante d'infarctus total de l'intestin après appendicectomie. La douleur était atroce, mais il n'y avait pas d'entérorragie.

J. Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 octobre 1936

Le facteur humoral dans l'anémie morbilleuse. — *MM. V. de Lavergne* et *H. Accoyer* ont vu que dans l'anergie morbilleuse, entre en jeu un facteur d'ordre humoral. Du sérum de rougeoleux est recueilli de jour en jour au cours de la maladie et de la convalescence. Par la méthode de Prausnitz-Kustner, on explore l'action de ces échantillons de sérum sur l'intensité des cuti-réactions tuberculiniques pratiquées sur un sujet allergique. Du cinquième au neuvième jour de la rougeole en moyenne, le sérum possède un pouvoir atténuant ; il existe donc un décalage d'environ quatre jours entre le test cutané d'anergie morbilleuse (cuti-réaction négative) et ce pouvoir atténuant du sérum.

Le sérum d'un sujet non-allergique possède le même pouvoir atténuant que le sérum rougeoleux prélevé du cinquième au neuvième jour ; dans ce laps de temps, ce dernier, sous l'action du virus morbilleux, perd donc son pouvoir spécifique pour retrouver ses propriétés naturelles.

Sur la crise dite acétonémique. A propos d'un coma hypoglycémique spontané. — *J. Cathala, S.-B. Briskas Mlle Lorain.* — Au cours d'une crise d'acétonémie à forme comateuse, l'étude des réactions humorales, sans aucune intervention thérapeutique, a permis de faire les constatations suivantes : 1° La période de coma correspond à une dépression très forte de la glycémie et accessoirement du pH et de la R.A. 2° Les symptômes se dissipent spontanément bien avant que ces diverses perturbations aient été compensées. Pendant la période nocturne qui suit l'attaque, ces valeurs subissent un nouvel effondrement qui ne se traduit cette fois par aucun symptôme clinique. Il n'y a donc aucune correspondance entre l'apparition de tel symptôme et la constatation fortuite de telle valeur numérique, soit de la glycémie, soit du pH ou de la R. A. 4° La prise de bicarbonate de soude exagère l'élimination urinaire des produits cétoniques.

Dans une période ultérieure, les épreuves d'hyperglycémie et les régimes cétogènes ou chargés en glucides ont donné lieeu aux constatations suivantes : 1° des chutes profondes mais lentes de la glycémie jusqu'à des valeurs de 0 gr. 22 et 0 gr. 24 ne se traduisant par aucun phénomène clinique ; 2° un jeûne hydrocarboné de vingt-quatre heures provoque bien une hypoglycémie et une chute de la R. A., mais sans traduction clinique ; 3° l'hyperglycémie provoquée est lente à se produire, se prolonge de façon anormale et est suivie d'une dépression : 4° au régime normal fortement chargé en H. de C. il peut se produire de fortes dépressions de la glycémie avec réapparition de signes cliniques ; 5° il faut souligner l'influence singulière du régime. Un régime cétogène déclenche une hypoglycémie sans acétonurie. A un régime riche en H. de C. correspond une forte dépression de la glycémie avec accidents cliniques. A un régime pauvre en H. de C. correspond une hyperglycémie.

Les auteurs soulignent le danger des injections d'insuline l'aveugle sans repérage de la glycémie.

Les faits constatés trouveraient sans doute une explication cohérente dans la théorie de l'hyperinsulinisme proposée par Schiff et par Fanconi ; il est intéressant de les rapprocher des faits d'hypoglycémie alimentaire de MM. Labbé et R. Boulin

M. Lelong confirme entièrement ce que vient de dire M. Cathala. L'hypoglycémie du début de la crise de vomissements avec acétonémie est extrêmement fréquente sinon constante. Il convient donc de proscrire l'emploi de l'insuline qui est aussi dangereuse qu'inefficace, tout au moins au début de la crise.

Sur l'action paradoxale d'un diurétique mercuriel dans un cas de diabète insipide. — *MM. Jacques Decourt L. Fischer* et *Ch.-O. Guillaumin* ont remarqué que les composés organo-mercuriels utilisés comme diurétiques dans le traitement des œdèmes se montrent doués, au cours du diabète insipide, d'un pouvoir antipolyurique. Cette action paradoxale ne paraît pas relever d'un phénomène d'ordre exclusivement rénal. En effet, la réduction de la diurèse est précédée par la réduction de la soif et par des modifications de l'hydrémie et de la chlorémie, impliquant l'existence d'une action tissulaire préalable. Les auteurs opposent le mode d'action du composé mercuriel à celui de l'extrait post-hypophysaire. Ils le comparent au contraire à celui du régime déchloruré, dont l'effet intime est le même.

L'intérêt de ces faits est plus théorique que pratique, l'emploi des « diurétiques » mercuriels dans le traitement du diabète insipide ne pouvant guère être envisagé. Par contre, leur action paradoxale pourrait être utilisée pour le diagnostic différentiel, parfois délicat, entre cette affection et la potomanie.

Difficulté du diagnostic d'une névrite optique apparue au décours d'un coma barbiturique chez une hérédo-syphilitique. — *MM. Sergent, Favory, Duperrat* et *Franchel* rapportent l'observation d'une femme de 28 ans, née de parents spécifiques, qui n'avait jamais présenté de symptômes cliniques de syphilis et qui absorbe volontairement du véronal. Pendant le coma on découvre un Bordet-Wassermann fortement positif dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang. Au décours du coma, on constate une amaurose qui cède partiellement aux injections d'acétyl choline mais qui laisse à sa suite une névrite optique persistante avec œdème papillaire.

Comme la malade avait reçu 0 gr. 16 de strychnine pendant son intoxication, il est difficile d'établir la cause de cette névrite optique. Est-elle toxique ; mais quels sont alors les rôles respectifs du véronal et de la strychnine ? ou bien est-elle spécifique comme pourrait le faire penser la persistance de la névrite ? Dans cette hypothèse, le coma barbiturique aurait-il extériorisé une syphilis nerveuse latente ?

M. Flandin pense que le diagnostic étiologique de l'amaurose ne se pose guère dans ce cas. Il s'agit à n'en pas douter d'une névrite optique syphilitique. Il rappelle que les amauroses d'origine barbiturique sont toujours transitoires et guérissent spontanément.

Sarcoïdes noueuses disséminées avec diabète insipide associé. — *MM. Ch. Flandin, M. Parat* et *G. Pommeau Delille* présentent une malade porteuse depuis quatre ans de sarcoïdes noueuses disséminées évoluant par poussées successives.

Les lésions anatomiques, observées sur un élément prélevé par biopsie, sont intermédiaires entre la gomme scrofulo-tuberculeuse et l'érythème induré de Bazin.

Les recherches bactériologiques furent toutes négatives et dans cette observation la cause demeure inconnue.

Le fait exceptionnel réside dans l'apparition depuis deux ans d'un diabète insipide absolument pur réagissant remarquablement aux extraits hypophysaires ; il semble lié au développement d'une sarcoïde dans la région infundibulo-hypophysaire.

Virage de la réaction tuberculinique au cours de l'érythème noueux. — *M. Robert Lemaire.*

Syndrome de Guillain-Barré fruste au cours d'une tuberculose pulmonaire évolutive. — *M. N. Vasilesco.*

Un cas de maladie d'Ehlers-Danlos. Etude anatomo-clinique et biologique. — *MM. Gilbert-Dreyfus, J. Weill, J. Martineau* et *Mathivat.*

L'insuline-retard. — *MM. M. Labbé* et *R. Boulin* ont expérimenté une nouvelle insuline représentant une combinaison de l'hormone langerhansienne avec une protamine extraite du saumon et qui a été l'objet de multiples publications étrangères. Ils ont étudié d'une part la courbe nycthémérale de la glycémie après injection d'une dose donnée de cette insuline, d'autre part l'action sur la glycémie à jeun et la glycosurie de traitements prolongés à l'aide de cette insuline ; ils ont comparé les résultats obtenus avec ceux donnés par la même dose de l'insuline habituelle.

Il ne leur a pas semblé que la nouvelle insuline ait sur la courbe glycémique non plus que sur la glycémie à jeun et la glycosurie une action très différente de celle de l'insuline habituelle. Dans l'ensemble, les résultats sont très voisins et les variations se font dans un sens tantôt favorable, tantôt défavorable à l'insuline retard.

La petite quantité d'insuline retard mise à leur disposition n'a pas permis une large expérimentation mais les résultats qu'ils ont obtenus jusqu'à présent ne leur semblent pas justifier une substitution de la nouvelle insuline à l'ancienne.

Anévrysme de l'aorte thoracique à symptomatologie pleuro pulmonaire impossible à identifier par la clinique ou la radiologie. — *MM. R. Benda* et *M. Kipfer* soulignent toutes les difficultés cliniques et radiologiques de leur observation, difficultés auxquelles s'ajoute l'impossibilité d'une interprétation anatomique et pathogénique entièrement satisfaisante.

Maladie de Nicolas-Favre et érythème noueux. — *M. Milian* a observé chez un malade porteur d'une maladie de Nicolas-Favre surinfectée par du streptocoque retrouvé dans le pus ganglionnaire deux poussées de l'érythème noueux. Il pense que l'éruption déclenchée d'abord par une angine puis par l'injection d'anthiomaline peut être due au streptocoque trouvé dans les ganglions.

Michelle Zagdoun-Valentin.

UNION INTERNATIONALE ET SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

14 octobre 1936

Le *Professeur Dautrebande* (Liége) insiste sur la nécessité sociale du contrôle des spécialités pharmaceutiques par les méthodes chimiques et biologiques, conclusions qu'approuve le Docteur Hernando (Madrid).

La pyrétothérapie dans les complications médicales de la blennorragie. — *MM. Desjardins* et *Krusen* (Mayo Clinic : Rochester U. S. A.) étudient la pyrétothérapie dans les infections gonococciques.

On a généralement abandonné le bain chaud et la diathermie (Neymaun), ainsi que les appareils à ondes courtes, qui nécessitaient une soufflerie pour éviter les brûlures. On utilise surtout, soit l'appareil dit « à air conditionné » (Simpson), qui se sert de la simple chaleur humaine, soit un appareil chauffé par lampes électriques (Warren).

Il y a intérêt à étudier le gonocoque du malade en cause pour conduire le traitement : généralement on s'arrange pour maintenir la température rectale entre 41° 2 et 41° 7 pendant 5 à 6 heures : on fait deux à cinq séances espacées de deux à trois jours.

Les résultats seraient très satisfaisants, surtout dans l'arthrite gonococcique. Les auteurs ont obtenu 92 % de guérisons.

MM. Charles Richet et *Jean Facquet* montrant que la pyrétothérapie permet de guérir mieux et même plus vite que les autres méthodes la gonococcie. Ils ont employé, soit des substances chimiques (huile soufrée), soit des substances bactériennes (Dmelcos), soit les procédés physiques (ondes courtes) ; la malariathérapie est à peu près abandonnée.

Les douleurs cessent rapidement ; les orchites, métrites, salpingites conjonctivites et arthrites bénéficient largement du traitement. Il semble que la chaleur, si elle ne tue pas le gonocoque, le fragilise au moins et favorise la dépense de l'organisme.

Acide ascorbique : bases biologiques et cliniques de ses indications thérapeutiques. — *Professeur G. Mouriquand* et *Docteur P. Viennois* (Lyon). — L'étude clinique e expérimentale montre les résultats rapides obtenus par cette médication au stade de dystrophie inapparente et même au stade eutrophique de la carence en vitamine C. Par contre, à une période avancée, on se heurte à un « refus » cellulaire lié à l'irréversibilité de la dystrophie.

En dehors de la carence en vitamine C, l'acide ascorbique peut trouver ses indications dans les hémorragies capillaires, la diphtérie, les septicémies ; il semble qu'il s'accumule dans les surrénales et le système neuro-endocriniens qui paraissent en être rapidement privés dans ces maladies. Il maintient les oxydo-réductions cellulaires.

Le *Professeur Hernando* signale que souvent le jus de citron a des effets plus sûrs que l'acide ascorbique, ce qui fait supposer l'existence d'une autre vitamine C_2.

Il soulève ensuite la question du rôle de la vitamine C dans les ulcères digestifs : l'administration de vitamine C aux rats surrénalectomisés diminue chez eux la fréquence des ulcérations et hémorragies digestives.

Acide ascorbique dans les affections hépatiques. — *MM. Loeper* et *J. Cottet.* — L'acide ascorbique s'élimine en partie par la bile. Il s'accroît dans les affections hépatiques expérimentales aiguës mais paraît diminuer dans les processus prolongés des cirrhoses.

Thérapeutique diététique et insulinique du diabète. — *Professeur Zoja* (Milan). — Les diabétiques âgés, rénaux, cardiaques, artério-scléreux doivent avoir un régime qui ne tient pas compte de leur diabète : on lui associera l'insuline en quantité convenable pour l'utilisation de tous les glucides donnés.

Traitement chirurgical de l'hyperthyroïdie avec accidents cardiaques. — *Welti*, *Gaquières* et *Leven*. — Les accidents cardiaques s'observent dans les hyperthydroïdies intenses et anciennes, mais aussi dans les hyperthyroïdies peu importantes chez des scléreux cardio-vasculaires. Ils sont plus sévères chez l'homme que chez la femme.

L'opération doit être précoce.

L'action du traitement se fait sentir :

— sur l'hyperthyroïdie ;
— sur la fibrillation auriculaire ;
— sur l'insuffisance cardiaque, même très grave.

Opération de choix : thyroïdectomie subtotale. Les résultats en sont excellents, la mortalité nulle. Il convient d'associer un traitement médical pré et post-opératoire.

La thyroïdectomie totale est exceptionnelle ment indiquée.

Méthodes de réanimation. — *M. Cordier* (Alfort). — Le rapporteur a limité son exposé à l'étude des méthodes manuelles.

Si le mort apparent a les voies respiratoires encombrées de liquide (submersion), le sauveteur emploiera de préférence la méthode de Schäfer (respiration en position ventrale) s'il est seul ; celle de Schäfer-Nilsen (avec élévation des bras) s'il a un aide.

Lorsque les voies respiratoires sont libres, la méthode de Silvester (en position dorsale) est préférable à celle de Schäfer : s'il y a deux sauveteurs, on pourra employer la méthode de Schäfer-Nielsen ou de Silvester avec massage indirect du cœur.

Migraines. 1° Rôle des spasmes vasculaires et importance de la thérapeutique antispasmodique. — *Professeur Parhon* (de Bucarest). — L'hypothyroïdie semble constituer la base du terrain migraineux. Les angiospasmes cérébraux constituent le mécanisme des crises.

Le traitement opothérapique thyroïdien et parathyroïdien modifie le terrain, et, en mobilisant le calcium agit aussi sur ces angiospasmes.

Le traitement bromuré, le luminal, la papavérine, les analgésiques habituels agissent surtout contre les accès, mais paraissent aussi, à la longue, modifier l'excitabilité cérébrale et vasomotrice.

2° Le traitement endocrinien de la migraine. — *Professeur Marañon* (Madrid). Les glandes endocrines sont à la base du terrain constitutionnel qui prédispose à la migraine.

Il n'y a pas de glande endocrine spéciale à la migraine, et le sens des dysfonctions endocriniennes est variable.

Il faut incriminer surtout la rupture de l'équilibre normal thyroïde, ovaire, hypophyse, pancréas, etc...

L'auteur estime néanmoins qu'il est rarement possible de supprimer les migraines par l'opothérapie. Il ne se croit pas autorisé à parler de « migraine endocrinienne » ou de guérison endocrine de la migraine.

3° Le traitement hépatique de la migraine. — *Professeur E. Aubertin*, (de Bordeaux.) — On a invoqué dans ces quinze dernières années deux causes hépatiques de migraines : la stase biliaire, l'insuffisance hépatique.

1° La stase biliaire se traduirait cliniquement par des vomissements bilieux au cours des crises, par un subictère avec décoloration relative des selles avant la crise. Le diagnostic n'est posé avec certitude que lorsque l'on a trouvé une cholécystatonie vésiculaire radiologique, et lorsqu'on a fait un tubage : l'évacuation vésiculaire est retardée, mais la bile B est abondante et très foncée.

Le tubage du duodénum a dans ces cas d'excellents effets.

2° L'insuffisance hépatique est incriminée dans beaucoup de cas par Mac Clure, Faroy, Sédillot : elle se traduirait par des troubles digestifs, de l'hyperbilirubinémie et hypercholestérolémie, ainsi que par une augmentation de l'azote résiduel sanguin et de l'urobilinurie,

La crise serait due au passage dans la circulation de substances toxiques, vraisemblablement azotées.

Traitement régime végéto-fruitarien, médication cholagogue et cholérétique, opothérapique. La cure de Vichy est indiquée.

Cependant, si l'insuffisance hépatique est trouvée assez souvent chez ces sujets, le fait n'est pas constant, et lorsqu'il existe il n'y a pas forcément relation de cause à effet de l'un à l'autre.

Il sera bon de tenir compte du contexte clinique dans tous les cas.

4° Traitement de la migraine par les méthodes de modification humorale — ***MM. Pasteur Vallery Radot, Hagueneau* et *Jean Hamburger*.** — Nous ignorons les modifications humorales du terrain migraineux ; elles ne paraissent relever, ni de l'anaphylaxie, ni de la colloïdoclasie. Néanmoins nous ne sommes pas absolument désarmés contre l'état migraineux.

La peptone *per os* (0 gr. 50 une heure avant le repas), l'autohémothérapie, les injections de lait, de virus vaccin antirabique, d'hyposulfite de sodium, de sels de calcium, de magnésium, ont une action souvent favorable.

Indications. — Toutes les migraines d'origine indéterminée, surtout si elles sont associées à l'urticaire, l'asthme.

Le mode d'action de ces méthodes est d'ailleurs encore très obscur. Ce n'est que dans un très petit nombre de cas que l'on peut parler de migraines allergiques et de thérapeutique désensibilisante.

« Depuis plus de vingt ans, la glycérine phéniquée a été fortement discréditée, et pas toujours sans raison ! Est-il d'ailleurs un médicament d'efficacité démontrée, externe ou interne, auquel un emploi inopportun ou abusif n'ait valu de retentissantes attaques......

Si d'aucuns s'expliquent mal encore l'injuste discrédit qui a frappé dans ces vingt dernières années la glycérine phéniquée, discrédit qui a pris parfois l'allure d'une véritable campagne, leur étonnement cessera, nous l'espérons, quand ils voudront bien réfléchir aux vraies origines de cette mauvaise réputation.

Ces origines remontent à la Grande guerre.

Sans compter qu'à cette époque, non seulement les otites aiguës prolongées et les otorrhées les plus invétérées, dont le diagnostic, en raison de circonstances multiples, n'était pas toujours facile à préciser, étaient inopportunément traitées par la glycérine phéniquée, tout comme les otites aiguës au début. Les otologistes des formations sanitaires de l'avant, comme ceux des centres de l'arrière, mirent trop souvent sur le dos de la glycérine phéniquée des aggravations d'otite moyenne, souvent entretenue par le malade, soit par résistance aux prescriptions thérapeutiques, soit par instillations dans l'oreille de liquides corrosifs ou simplement malpropres, manœuvres qui avaient pour résultat certain, soit l'évacuation de l'intéressé de la zone des Armées, soit la prolongation de son séjour à l'hôpital.

Ainsi calomniée, la glycérine phéniquée passa de mode et se vit condamnée, non seulement à ne plus guérir, mais encore à ne plus faire que du mal. » (Pr E. Escat. — La glycérine phéniquée en otologie. Réponse à une enquête de *La Vie médicale*, 25 octobre 1936.)

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Utilité de la rechloruration dans les empoisonnements par amanites

M. Le Calvé (*Presse médicale*, 4 novembre 1936) a noté, chez huit personnes présentant des accidents graves occasionnés par l'ingestion d'amanites phalloïdes, une évolution favorable survenue sous l'influence de boissons hyperchlorurées (un verre d'eau froide additionnée d'une cuillerée à café de sel marin).

Et dans ces sortes d'empoisonnements, il conseille d'avoir immédiatement recours à la sérothérapie de Dujarric de La Rivière, ou à l'organothérapie de H. Limousin, mais surtout d'associer sans retard à ces pratiques la rechloruration.

Les algies des cardiaques

Les algies des cardiaques, dit M. J. Bonnet (*Paris Médical*, 26 septembre 1936), méritent de retenir l'attention du clinicien car elles retentissent fortement sur le moral de tels malades. L'aortique, l'hypertendu décompensé sont hantés par le souvenir d'une crise d'œdème aigu du poumon ou d'asthme cardiaque. On sait aussi combien l'angineux craint sa crise.

Les médications vaso-dilatatrices proposées sont diverses et n'ont pas encore résolu de façon définitive et univoque le problème de la douleur des cardiaques.

C'est la raison qui a fait essayer l'aminophylline comme médication antalgique (Prof. Hazard).

Cet effet antalgique est lié, en majeure partie, à l'action de l'aminophylline sur les vaisseaux coronaires qu'elle dilate, en même temps qu'elle lève le spasme, origine de la plupart des crises d'angine de poitrine.

On l'emploiera donc :

1° Dans l'*angine de poitrine* comme préventif des crises, à la dose de 0 gr. 30 à 1 gramme par jour, en trois ou quatre fois. Elle éloigne indiscutablement le retour des crises et peut les supprimer définitivement. Son action est beaucoup plus prolongée et beaucoup plus élective que celle des nitrites sur les coronaires.

2° Dans l'infarctus du myocarde, dans les douleurs atroces de la thrombose coronarienne, pendant la période qui succède à la phase aiguë, il faut recourir à l'aminophylline (caréna).

3° Dans l'oppression douloureuse des cardiaques, des aortiques, des urémiques, l'aminophylline lève cette sensation de poids, de barre thoracique si particulière et si pénible. Les aortites, les insuffisances aortiques, les anévrysmes aortiques avec algie médiastinale devraient constituer des indications formelles. Chez les cardio-aortiques qui restent facilement anhélants après une cure toni-cardiaque, l'aminophylline fait disparaître l'oppression : elle donne du souffle aux cardiaques. De même l'insomnie des cardiaques est heureusement influencée par cette médication, l'oppression du décubitus est supprimée.

L'aminophylline fournit une arme de choix avant d'entreprendre la morphine, le plus souvent il ne sera pas nécessaire d'utiliser la morphine car caréna s'est toujours révélé comme une médication antalgique, parfaitement tolérée et sans accoutumance même après un usage quotidien de plusieurs mois ou de plusieurs années.

Le diagnostic du cancer de l'œsophage

Ce diagnostic, dit M. Soulas (*Bronchoscopie, Osophagoscopie et Gastroscopie*, octobre 1936) ne peut être établi que par biopsie et examen histologique.

Mais la biopsie est parfois impossible à la phase précoce, surtout si la localisation est cervicale.

Cette carence de la biopsie ne peut pas être compensée par la richesse d'autres signes. Cependant certains signes comme la dysphagie au début doivent permettre de formuler à la période précoce des réserves prudentes, de poser un diagnostic de présomption que la biopsie viendra parfois confirmer.

Dans le cancer de l'œsophage cervical ce diagnostic de présomption devrait suffire à poser l'indication d'une opération sanglante dans un but d'exploration, mais surtout curateur.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire, elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE.

L'Ecole de médecine de Besançon. — *Dans le dernier numéro de* Synthèse (*octobre* 1936) *consacré à la Franche-Comté, le Professeur Ledoux s'insurge contre les iconoclastes qui demandent la suppression de certaines Ecoles de médecine et rappelle quelques gloires médicales comtoises :*

Besançon, capitale de cette province franc-comtoise, terroir originel de Pasteur, de Bichat, de Cuvier, de Curie, des frères Lumière, à qui Lombroso attribuait, dans son palmarès du génie français, le deuxième rang — tout de suite après Paris — Besançon possède une de ces petites Ecoles de médecine que certains censeurs avertis vouaient, récemment encore à la suppression sans phrase et sans rémission.

L'Université Franc-Comtoise, érigée d'abord à Gray, en 1287 fut transférée à Dôle en 1412, puis à Besançon en 1691. A cette date, à côté des enseignements du droit, des belles lettres et de la théologie, une Ecole de médecine fut fondée.

C'est à Besançon que Morel inventa le garrot ; c'est à Besançon que Rougnon, croyant décrire pour la première fois l'angine de poitrine, écrivit sa lettre à Lorry ; c'est un professeur de l'Ecole de médecine de Besançon, Briot, qui pratiqua, pour la première fois une résection osseuse ; c'est à Besançon que l'enseignement au lit du malade fut inauguré par Thomassin, en même temps que ce même enseignement clinique était créé par Desault, un autre Franc-Comtois à Paris ; que Percy fit ses études, reçut son titre de docteur et commença une carrière si chargée de gloire et de généreuse humanité.

Mais il ne suffit pas de contempler les institutions avec les yeux respectueux et les sentiments révérents de l'historien, encore que le passé soit, pour le présent et l'avenir, le garant des efforts actuels et des réalisations futures.

Pour défendre les Ecoles de médecine contre les iconoclastes qui méconnaissent le mot profond que Georges Duhamel prononçait naguère sous la Coupole : conserver, c'est créer, me permettra-t-on une incursion dans un domaine sentimental qui ne me paraît pas négligeable ?

Président de la XVe Session d'Assises de l'Assemblée française de médecine générale, je croyais pouvoir reconnaître aux Ecoles de médecine un grand mérite social, moral et patriotique : elles attachent le futur médecin à sa province.

Je rappelais que Maurice Barrès, dans son roman de *l'Energie nationale*, avait réclamé pour les Lorrains une discipline lorraine, qui leur serait « une épine dorsale lorraine » et leur permettrait de se maintenir et de ne pas perdre leurs racines lorsqu'ils seraient appelés à vivre dans « les milieux les plus dévorants ».

J'en sais quelques-uns qui ont eu la chance de garder vigoureuse leur épine dorsale comtoise, de n'avoir pas été des déracinés et d'avoir retrouvé avec joie, pour avoir commencé leurs études dans l'ambiance de notre province, leur terre natale et, comme le disait encore Maurice Barrès, « les inspirations de leurs morts ».

« *Quelles sont les ressources que Besançon offre à l'étudiant* ?

« Tout d'abord, dit M. Ledoux, une Cité universitaire qui est incontestablement la plus belle de France. D'autre part « un amphithéâtre d'anatomie plus largement approvisionné que ceux d'un grand nombre de Facultés, des laboratoires où sont appliqués les techniques les plus courantes, mais aussi les plus modernes, un vaste hôpital qui reçoit la clientèle d'une ville de 65.000 habitants, offrent à un petit nombre d'étudiants le moyen de s'instruire dans une atmosphère de simplicité laborieuse, de chaude intimité avec leurs maîtres et de sauvegarde morale. »

Trouve-t-on mieux dans la capitale ? A ceux qui ont vraiment le souci de la formation scientifique et morale des étudiants de le dire. « Le progrès dans l'ordre scientifique doit consister à supprimer la distinction de la capitale et des provinces, à faire de toute la France intellectuelle une seule armée travaillant d'un effort commun au profit de la science, de la raison, de la civilisation. »

En défendant la juste cause du maintien de l'Ecole de médecine de Besançon, M. Ledoux ne pense pas autrement que Renan et, comme lui, croit avec raison qu'« on peut travailler en province ».

Contre les fiches. — *Le Docteur Crinon s'élève avec véhémence* (Informateur médical, 1er *novembre* 1936) *contre ceux qui, sous prétexte de science et de commerce, classent, étiquettent le médecin suivant la pauvreté de son salon, l'élégance des clients que le fréquentent, le nombre des domestiques ou les opinions politiques du visité.*

On me communique la fiche rédigée sur un médecin d'une grande ville de l'Est par l'un de ces nombreux visiteurs qui vont de porte en porte pour vanter quinze drogues à la fois.

« Docteur V..., appartement modeste, deux personnes pauvrement vêtues dans le salon d'attente ; le cabinet sent la gêne. — Bon accueil, conversation politique, émet des opinions Croix de Feu, a fait la guerre, parle de ses citations. Peu intéressé par nos produits. On pourrait envoyer cadeaux pour créer sympathie. »

Cette formule de rédaction n'est pas une exception ; beaucoup de fiches dites médicales ont ainsi un parfum de fiches de renseignements comme en fournit l'Agence Bricole et Cacolet.

Et je prétends que cela n'est pas propre.

Le représentant d'une firme pharmaceutique qui rend visite à un médecin ne doit avoir d'autre besogne à accomplir que celle de faire connaître au praticien les qualités d'un produit, que de fournir des explications sur son emploi et de recueillir les observations qui peuvent lui être faites à ce sujet.

S'il note des détails susceptibles de révéler la situation de fortune du médecin, ses opinions politiques, son crédit, ses habitudes, voire ses mœurs (!), il commet un abus de confiance, car, sous le couvert d'une visite à caractère scientifique, il a obtenu des renseignements qui révèlent l'homme dans son intimité et dans sa solvabilité.

Cela est incongru, malhonnête et s'il est en service commandé, la firme qui le paie se déshonore en réclamant de lui une aussi vile besogne.

Je sais qu'en s'aidant de tels renseignements, des laboratoires pharmaceutiques ont cru pouvoir dresser des catégories de praticiens selon l'importance de leur clientèle. Je passe sur toutes les chances d'erreurs que peuvent contenir de telles classifications, pour ne souligner que la mauvaise odeur qui se dégage d'une tâche qui vise à ne considérer les médecins que sous le seul jour de leur capacité de vente.

Aux meilleurs seront réservés les riches cadeaux qui suffiront bientôt à asseoir la supériorité d'une thérapeutique déterminée et à éliminer les produits qui n'auront d'autre argument à invoquer que celui de leur efficacité. Le grand public, qui n'ignore rien de ces habitudes, voit déjà, dans le remède qu'on lui ordonne un produit qui doit être plus utile au médecin qu'à lui-même.

La visite médicale a donc été déviée de son but. Les industriels pharmaceutiques se doivent de la ramener à sa seule raison d'être, qui est de renseigner le praticien sur leurs produits : ils

n'ont pas à s'ingérer, par une curiosité suspecte, dans un domaine où ils n'ont rien à connaître.

Quant aux médecins, qu'ils se gardent, cédant à une bienveillante confiance, de faire à leurs visiteurs des déclarations étrangères à leur profession, car ils risqueraient de se prêter naïvement à ce que je considère comme une forme d'espionnage moral qui ne peut que risquer de leur nuire.

Car, on ne sait jamais où va une fiche !

Avec Charcot dans l'Antarctique. — *Sous ce titre M. J. Rouch* (REVUE DES DEUX-MONDES, 1er nov. 1936) *note les souvenirs les plus saillants qu'il a gardé de ses expéditions polaires. Charcot y tient une grande place. « C'est, dit M. J. Rouch, la façon d'honorer sa mémoire qui aurait plu davantage à ce marin au grand cœur. »*

..... Vous voulez le récit d'ne journée, pareille à bien d'autres journées pendant l'hivernage, une journée comme il y a en eut beaucoup, où il ne se passait rien ? Voici notre emploi du temps.

A sept heures trente, le matelot de garde vient constater que je suis réveillé. Malgré les quatre ou cinq couvertures sous lesquelles je dors, j'éprouve le matin une sensation de fraîcheur, car le poêle du carré s'éteint vers trois heures et il fait dehors 20 degrés ou davantage. A la hâte je passe trois ou quatre bas, car il faut, dans les pays froids, non pas augmenter l'épaisseur de ses vêtements, mais mettre les uns pardessus les autres plusieurs vêtements légers : je mets deux ou trois jerseys, un anorak, qui est une veste en toile à capuchon (le meilleur vêtement contre la neige), je chausse mes bottes, et je sors pour faire l'observation météorologique de huit heures, dont je suis chargé. Naturellement le vent souffle, la neige tombe et il fait nuit noire. L'abri météorologique n'est heureusement pas loin du navire.

Le paysage, dans l'obscurité, ne mérite pas qu'on s'y attarde. Vite, je reviens au carré dont le poêle ronfle maintenant et donne une chaleur agréable, qui ne dépasse pas cependant une dizaine de degrés. Charcot, qui se lève de bonne heure pour s'assurer que tout va bien à bord, et mes camarades, appelés comme moi à faire des observations matinales, m'attendent pour déjeuner. D'autres, qui aiment à se coucher tard, se lèvent tard aussi. Un matelot nous apporte du café ou du thé, que nous ne trouvons jamais assez chaud. Puis nous partons visiter les instruments, qui doivent à toute heure enregistrer automatiquement les éléments pour la science de ces régions inconnues : climat, magnétisme, électricité atmosphérique, marées, tremblements de terre, etc... Nous avons dressé dans des cabanes de toutes formes de véritables observatoires, que bien des pays du monde, pourtant civilisés, ne possèdent pas.

En poussant la porte des cabanes, on a toujours la crainte d'être en présence d'une de ces nombreuses pannes qui rendent, dans les régions polaires, si difficile toute observation continue : horloge arrêtée par le froid, fils de suspension brisés par des contractions anormales, appareils couverts de givre ou enfouis dans la neige en poudre impalpable qui pénètre partout. Il faut alors passer des heures à tout remettre en état, des heures où l'on se gèle les doigts à manier des petites vis ou des petits fils de platine. Les doigts sont gourds et on commet mille maladresses qui exaspèrent. Charcot souvent nous aide de son ingéniosité.

Quand on revient vers le navire, une lueur grise commence à se lever. Des marins partent à la corvée de la glace. Ils vont débiter un iceberg échoué au rivage et les gros blocs de glace transparente, qu'ils ramènent à bord sur des traîneaux, constitueront notre provision d'eau douce pour la journée.

Le déjeuner arrive qui nous réunit tous. Il est triste ou gai, suivant les préoccupations de chacun et suivant le menu. Mais, grâce à la bonne humeur inaltérable de quelques-uns d'entre nous, il est plus souvent gai que triste. Dans cet isolement, notre seul plaisir est la conversation ; peu de sujets nous paraissent étrangers. Notre compétence est souvent plus étendue qu'il ne serait raisonnable. Et les plus sérieux d'entre nous accablent les autres sous la précision puisée au dictionnaire Larousse.

A une heure, malgré la neige qui tombe, nous allons descendre en skis ou en luge les pentes de notre île.

Parfois un coup de feu retentit. C'est un chasseur qui a aperçu un phoque sur la banquise et est allé le tuer. Nous aurons ainsi un peu de viande fraîche, huileuse et noire, qui vaudra toujours mieux que des conserves.

D'autres fois, si la banquise est assez solide, on sort de l'île et l'on va se promener au large de la côte. Mais la banquise est rarement favorable à cette promenade, une des distractions favorites de Charcot. Les tempêtes la crevassent, la hérissent ; des plaques d'eau libre font autour de nous bonne garde et nous maintiennent souvent prisonniers.

A deux heures, la brume devient plus sombre. La nuit arrive vite. On rentre à bord. Jusqu'au soir, chacun se livre à ses travaux particuliers. Au laboratoire, les naturalistes préparent les animaux qui doivent être rapportés en France ; l'officier cartographe continue les cartes des régions découvertes, les physiciens dépouillent les graphiques de leurs instruments enregistreurs.

Vers quatre heures, chacun interrompt son travail pour prendre une tasse de thé. On s'attarde alors à causer de mille choses, et pas uniquement de choses polaires. Charcot raconte ses aventures de jeunesse. Puis, jusqu'au dîner, on recommence ses calculs, tandis que le météorologiste, qui toutes les deux heures, est forcé de sortir pour faire les observations de température et d'état du ciel, nous confirme que dehors, la tempête fait rage, ou qu'il gèle à pierre fendre.

Le dîner est gai, et gaie aussi la soirée. Et l'on va se coucher dans les étroites couchettes de nos cabines étroites, sans croire le moins du monde être malheureux. »

Si c'était à refaire, referiez-vous votre médecine ? *La Revue* PALLAS (15 octobre 1936) *a posé la question à un certain nombre de personnalités médicales. Parmi les réponses qui lui ont été faites, voici :*

CELLE DU PROFESSEUR ACHARD :

« A votre question : « Si c'était à refaire, referais-je ma médecine ? », je réponds « oui », sans hésitation.

« Dès mes dernières années de lycée, j'avais choisi cette carrière. Pendant les deux premières années d'études médicales, je fus séduit par le côté scientifique de la médecine et notamment par l'histologie et la physiologie. Georges Pouchet, professeur d'anatomie comparée au Muséum, qui m'avait accueilli dans son laboratoire, me conseillait de préparer la licence ès sciences et de renoncer au concours de l'internat. C'était bien mon goût. Mais ma famille ne se représentait pas très bien les perspectives d'avenir d'un homme de laboratoire, d'autant plus qu'à cette époque, il n'y avait guère de laboratoires dans les hôpitaux et que la Faculté même était encore bien pauvre sous ce rapport. On décida de consulter un savant d'une famille amie, Filhol, paléontologiste, qui devait, quelques années plus tard, succéder à Georges Pouchet, dans sa chaire. Or, son avis, fut que je ferais mieux de concourir à l'internat. Ce que je fis.

« C'est alors que se produisit, dans mes conceptions de la carrière médicale, une évolution. Pendant mes deux premières années de médecine, j'avais bénévolement et docilement, dans les hôpitaux, participé à des pansements et essayé d'apprendre à percuter et ausculter correctement. Mais, faute de guides (il n'y en avait pas alors pour les débutants comme il y en a aujourd'hui dans les services de clinique), je n'avais pas compris grand'chose à ce que disaient les chefs de service, parlant à leurs externes et surtout à leurs internes. Or, devenu moi-même externe, puis interne, à mesure que j'étudiais davantage dans les livres et que je m'entraînais à l'examen des malades, j'y trouvais un intérêt passionnant, que doublait le sentiment d'une responsabilité à prendre et du bien à faire.

« Aujourd'hui, considérant tout cela, je n'hésiterais plus comme à cette croisée de chemins de mes débuts, à reprendre la voie de la médecine, sans compter que, par suite de circonstances où la chance et le hasard ont joué un rôle que je ne saurais

méconnaître et que j'étais loin de prévoir, j'ai pu aussi goûter l'intérêt de l'enseignement et les joies de la recherche scientifique.

« Mais je me hâte d'ajouter que mon cas n'est pas le cas général. Le plus souvent, la carrière médicale est choisie pour les facilités que peuvent donner des accointances de famille ou d'amitié, soit parce que la profession médicale jouit encore, malgré tout, de quelque prestige dans la société.

« Je reconnais que depuis cinquante ans, les conditions de la pratique ont beaucoup changé, que l'individualisme est en baisse pour le médecin, comme pour d'autres, que la culture générale a fléchi, que les besognes administratives créées par l'application des lois sociales prennent dans la profession une place envahissante, que les spécialités cliniques se sont multipliées, que la thérapeutique s'est considérablement diversifiée, que le médecin de famille voit son rôle diminuer graduellement. Tout cela peut faire hésiter plus qu'autrefois le jeune homme d'aujourd'hui en quête d'une profession, à moins qu'il ne sente vibrer l'appel d'une impérieuse vocation.

« Car il n'en reste pas moins que la profession médicale, faite de science et de dévouement, est l'une des plus nobles et qu'il est de notre devoir de lui maintenir ce caractère, tant par l'enseignement des Facultés que par la vigilance des associations professionnelles.

« Pardonnez-moi d'avoir beaucoup trop parlé de ma personne. »

Et celle du Professeur Sergent :

« Je comprends votre désir de connaître l'opinion de ceux de vos confrères dont l'expérience est jugée quelque peu indésirable sinon dangereuse, par les initiateurs du projet de loi Pomaret.

« Si c'était à refaire, referais-je ma médecine ? »

« Vous me demandez de répondre à cette question. Je réponds sans la moindre hésitation : « Non ! »

« Je m'explique : Je n'exercerais pas la profession médicale mais, je me livrerais à l'étude des sciences médicales. Deux raisons essentielles motivent cette réponse : l'une est d'ordre personnel, l'autre d'ordre général ; elles sont, d'ailleurs, assez étroitement liées.

« Personnellement. Je suis né avec les attributs du caractère indépendant et je garde une reconnaissance filiale à mes chers parents qui ont su reconnaître en moi cette aptitude et la cultiver. J'ai horreur des restrictions consenties à la liberté d'action de conscience.

« Or, du point de vue général, la médecine, quand j'ai commencé mes études, était une profession dite « libérale ». C'est une des raisons qui m'ont attiré vers elle. Aujourd'hui, la profession médicale s'oriente progressivement vers la fonctionnarisation étroite, vers la suppression de la liberté.

« Le projet de « loi Pomaret » n'est-il pas le test le plus manifeste de cette orientation ? Que l'Etat abaisse la limite d'âge de ses fonctionnaires, c'est son droit ; les fonctionnaires sont ses « employés »..... même s'ils sont syndiqués ! Mais que l'étatisme s'arroge le pouvoir de fixer la limite d'âge du libre exercice d'une profession libérale, c'est la preuve la plus évidente de la suppression de la liberté individuelle et l'indice le plus indiscutable du retour à l'esclavage et à la servilité.

« Il est possible que des « objecteurs de conscience », étatistes modernes, se dressent contre ces réflexions et les considèrent comme les manifestations d'un esprit « figé », traditionnaliste outrancier, ne comprenant rien au progrès, ni à l'évolution. A ces esprits supérieurs, je répondrai que la Science, ou mieux le savoir, s'acquiert par un labeur assidu, que l'expérience se développe avec le temps, que le bon sens est inné, et que la conscience est le produit de l'éducation morale et du bon exemple. Ces quatre qualités sont celles qui constituent — ainsi que je le répète quotidiennement aux jeunes étudiants que j'ai l'honorable mission d'éduquer — les bases fondamentales de la formation médicale. C'est grâce à ces qualités que nous pourrons comprendre et espérer que ce qui nous paraît contraire aux idées qui régnaient en maîtresses quand nous avons eu l'âge de choisir une carrière, ne suscitera pas pour la jeunesse qui monte, une répugnance pour la profession médicale.

« Souhaitons tout au moins que, si l'exercice de la profession médicale ne tente plus les jeunes, l'étude des sciences médicales les attire encore.

« Telles sont, mon cher confrère, les réflexions que j'ai encore le droit de vous soumettre, avant que la « loi Pomaret » m'interdise d'agir et peut-être même, d'écrire et de parler en médecin qui a aimé la médecine et a tenté de la bien savoir.

« Si c'était à refaire, je ne referais pas la médecine professionnelle, mais ce que je ne referais pas, j'admets que des jeunes, qui n'ont pas connu les libertés du passé, puissent le faire ! »

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Histoire de l'homéopathie française, par Charles Janot. 1 vol. in-12, 252 p., 30 francs. Edité par l'auteur, 70, rue Boucicaut, Paris.

Ce travail est court, simple, pratique, tout en respectant scrupuleusement la vérité. Il comble une lacune dans notre littérature médicale.

La vie sexuelle de la femme. *Introduction à la gynécologie*, par André Binet. Un volume de 355 pages et 72 figures. Seconde édition revue et augmentée. Prix : 40 francs. Expansion scientifique française 23, rue du Cherche-Midi, Paris (VI[e]).

L'ouvrage a pris de l'ampleur. Il s'est accru de plus de cent pages. Certains chapitres sont entièrement nouveaux.

Malgré l'étendue du sujet, l'auteur a su conserver dans ce travail les deux directives essentielles, si goûtées des étudiants et des praticiens, qui ont fait le succès de ses écrits, à savoir la concision et la précision.

Divers

Voyage à la capitale des microbes, par le Docteur Henri Bussillet ; 1 vol. in-12, 228 p., 21 dessins de Joseph Hémard, Prix : 15 francs. Impr. Nicolas, Niort.

Fantaisiste, le Docteur Bussillet l'est avec talent ; et le succès de ses deux livres *La Médecine comique*, publiée sous le pseudonyme de Taillefer, l'a prouvé. Le *Voyage à la Capitale des microbes* amusera encore mais instruira aussi. *Utile dulci*.....

Collection de poche « Les Beautés de la Nature ». Editions Delachaux et Niestlé S. A., 26, rue Saint-Dominique, Paris (VII[e]).

Cette nouvelle collection ne comprendra que des ouvrages signés d'auteurs réputés ; chaque volume présentera un grand intérêt scientifique et se distinguera par la valeur artistique de son illustration.

Viennent de paraître : Paul-A. Robert. *Les insectes, I* (Coléoptères, Orthoptères, Archipitères, Névroptères). 32 planches en couleurs, 76 dessins en noir, le volume relié toile, 60 francs. — Henry Correvon. *Fleurs des champs et des bois*. 64 planches en couleurs de S. Rivier, 15 dessins en noir de Paul-A. Robert, le volume relié toile, 60 francs.

Paraîtront au printemps 1937 : Paul-A. Robert : *Les insectes, II*.— Henry Correvon : *Champs et bois fleuris*.

Les Livres de la semaine

Rocaz (D[r]). — **L'hygiène de l'enfant**, nouv. éd. In-8 rais. 468 p. nomb. ill. Br. : 25 fr. (*Bordeaux, Ed. Delmas*).

Savy (Paul). — **Traité de thérapeutique clinique**. 3 vol. (17/25,5). 2.716 p. Br. : 300 fr. ; Rel. : 360 fr. (*Masson et Cie*).

Bourgeois (D.). — **Les néphrites auriques des tuberculeux**. Coll. Les cahiers de la tuberculose. (16/24,5), 96 p. Br. : 20 fr. (*G. Doin et Cie*).

N. — **IX[e] Congrès français de stomatologie** (16/25), 294 p Br. : 50 fr. (*G. Doin et Cie*).

Paul (Christian). — **Les enfants des tuberculeux**. Coll. Les Cahiers de la tuberculose. (16/24,5). 226 p. Br. : 35 fr. (*G. Doin et Cie*).

Udaondo (Bonorino). — **Les gastropathies des syphilitiques**. (14/22), 216 p. 19 fig (*Masson et Cie*).

(Extrait de la *Bibliographie de la France*).

Fondé en 1873. — N° 47 LE NUMÉRO : 50 Centimes 21 NOVEMBRE 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Travaux originaux
Pierre BROUSTET : Les péritonites à pneumocoques 1809

Faits cliniques
A. AIMES : L'ostéomyélite primitive de la rotule 1823

Obstétrique
L'examen histo-pathologique du placenta peut-il permettre le diagnostic de la syphilis 1823

Phtisiologie
La tuberculose pulmonaire chez les diabétiques 1827

Revue de Presse étrangère
par J. LAFONT 1828

Sociétés savantes
Académie de Médecine 1831
Société Médicale des Hôpitaux 1832

Nouvelles 1803
Echos et Glanures 1835
Bibliographie 1820
Les Livres de la semaine 1838

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 23 novembre. — M. Fouassier. Avortement médicalement provoqué chez la femme atteinte de tuberculose pulmonaire chronique. — M. Lichaa. Pronostic du coma diabétique.

25 novembre. — M. Dulot. Traitement des fractures du col du fémur par l'enchevillement. — Mlle de Mattos. Oxygénothérapie. Nouveau dispositif de vente d'oxygène. — M. Jalladeau : Malformations congénitales associées aux syndromes de Illepil-Feil. — M. Goldband. Distribution et prophylaxie de la fièvre typhoïde en Pologne. — M. Michel. La destruction des ordures ménagères par la méthode de dépôt contrôlé.

26 novembre. — M. Soutelle. Etudes statistiques médico-sociales sur 2.000 bénéficiaires de l'assurance « invalidité » — M. Girard. Statistiques de dix-huit années de lutte antisyphilitique, au dispensaire d'Angers 1918-1936. — M. Martin. Étude du traitement des arthrites gonococciques par la sérothérapie. — M. Castro. Etude des modes de début des syndromes parkinsoniens.

28 novembre. — M. Devoucour. Utilisation de l'extrait amygdalien dans le traitement des hypertrophies des amygdales. — M. Chevallier. Considération sur le traitement de l'acrodynie infantile. — Mlle Griboval. La première attaque de la maladie de Bouillaud chez l'enfant.

Cours de pathologie médicale — M. le Professeur Pierre Abrami fera sa leçon inaugurale le vendredi 27 novembre 1936, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté et continuera son cours les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier. — *Cours de perfectionnement du jeudi soir.* — Ce cours gratuit est destiné aux étudiants et aux docteurs en médecine français et étrangers déjà au courant des questions obstétricales et désireux de se perfectionner.

Il comprendra une série de leçons qui auront lieu le jeudi soir, à 20 h. 45. Chacune de ces leçons sera l'exposé d'une question spécialement étudiée par le conférencier et sur laquelle il a fait des recherches personnelles.

Le cours commencera le jeudi 3 décembre 1936 et continuera chaque jeudi pendant le semestre d'hiver.

Programme du cours. — Jeudi 3 décembre, Professeur. Brindeau : L'histoire de la césarienne. — Jeudi 10 décembre, M. M. Metzger : La cueillette du placenta. — Jeudi 17 décembre, M. P. Lantuéjoul : Les indications opératoires dans les cas de grossesses compliquées de fibromes utérins. — Jeudi 7 janvier : Professeur Gheorghiu (Bucarest) : Considérations sur les changements de situation de l'utérus en gestation, à terme et près du terme. — Jeudi 14 janvier, M. Suzor : Considérations sur la pathogénie et le traitement de l'éclampsie puerpérale. — Jeudi 21 janvier, Professeur Hauch (Copenhague) : De l'analgésie et de la narcose obstétricales. — Jeudi 28 janvier, M. Vaudescal : Les assurances sociales-maternité. — Jeudi 4 février, M. Ecalle, : Rupture spontanée de l'utérus en fin de grossesse. — Jeudi 11 février : Professeur Bué (Lille) : Faut-il abandonner le forceps et la version dans les cas de dystocie pelvienne ? — Jeudi 18 février, Professeur Labhardt (Bâle) : L'obstétrique d'hier, d'aujourd'hui et de demain. — Jeudi 25 février, M. H. Hinglais : Données récentes sur la biologie du placenta. — Jeudi 11 mars, Professeur M. Brouha (Liége) : Les chocs obstétricaux. — Jeudi 18 mars, Professeur Faffont (Alger) : Les douleurs à distance en gynécologie.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la Clinique Tarnier.

Clinique médicale de l'hôpital Cochin. (Professeur : M. Marcel Labbé.) — M. le Professeur Marcel Labbé commencera ses leçons à l'amphithéâtre de la clinique médicale, le mardi 24 novembre 1936, à 10 h. 30, et les continuera les mardis suivants, à la même heure.

Tous les matins, de 9 heures à 10 h. 30 : Leçon de séméiologie et examen de malades par les chefs de clinique, MM. Thiéry, Antonelli et Ménétrel. — A 10 heures : Visite dans les salles de malades, par M. Boulin. — Les lundis, mercredis et jeudis, à 10 h. 30 : Présentation de malades par le Professeur M. Labbé ou par MM. Azerad, Justin-Besançon et Uhry.

Le samedi, à 10 h. 30 : Discussion des observations des malades sortis du service, sous la direction du Professeur M. Labbé. — Tous les matins, à 9 heures : Consultation dans le service. — Lundi : Maladies de la digestion et de la nutrition, par M. Bith. Mercredi : Maladies de la digestion et de la nutrition, par M. Carrié. — Jeudi : Rhumatismes, par M. Coste et M. Justin-Besançon. — Vendredi : Maladies de la digestion, de la nutrition et des glandes endocrines, par le Professeur M. Labbé. — Samedi : Maladies des glandes endocrines, par MM. Azerad et Gilbert Dreyfus.

Faculté de médecine de Paris. — M. Michel Dechaume, stomatologiste des hôpitaux, vient d'être nommé chef de laboratoire de stomatologie à la Faculté de médecine de Paris.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris (Année 1936-1937.) — *Conférences du dimanches* — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1936-1937, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, rue de l'Ecole-de-Médecine. Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme pour le premier trimestre 1936-1937. — 22 novembre, M. Bariéty : Septicémies à pneumocoques. — 29 novembre, M. Siredey : Diagnostic précoce du cancer utérin. — 6 décembre, M. René Bénard : L'éréthisme cardiaque des adolescents, son importance au point de vue individuel et social. — 13 décembre, M. Cattan : Les septicémies à gonocoques. — 20 décembre, M. Huber : Les règles de la sélection des enfants convalescents et tuberculeux.

Clinique d'oto-rhino-laryngologie du Professeur Portmann (hôpital-clinique de la Glacière). — Enseignement donné par le Professeur Georges Portmann, avec la collaboration des Docteurs J. Chabert et J. Auzimour.

Enseignement clinique. — Lundi, 9 h. 30 à 12 heures : Séméiologie et examen clinique. — Mardi, 9 h. 30 à 12 heures : Séméiologie et examen clinique. — Mercredi, 9 h. 30 à 12

heures : Séances opératoire. — Jeudi, 9 heures à 10 heures : Conférence d'anatomie de la tête et du cou ; 10 heures à 12 heures : Leçon clinique. — Vendredi, 9 h. 30 à 10 h. 30 : Conférence d'anatomie de la tête et du cou ; 10 h. 30 à 12 heures : Leçon clinique. — Samedi, 9 h. 30 à 12 heures : Séméiologie et examen clinique.

Cours spéciaux. — 1° Cours d'initiation. Ce cours, limité à 10 assistants, d'une durée de trois mois, commencera le mercredi 8 décembre 1936. Droit d'inscription : 200 francs. Les inscriptions seront reçues par Mme la Directrice de l'hôpital de la Glacière. — 2° Cours sur les nerfs craniens à partir du mercredi 20 janvier 1937, et à raison d'une conférence par semaine, tous les mercredis soir, à 21 heures. — 3° Cours de broncho-œsophagoscopie du lundi 7 juin au samedi 12 juin 1937. Ce cours comprendra des conférences théoriques et des exercices pratiques sur les chiens chloralosés et les malades. — 4° Cours de pratique chirurgicale oto-rhino-laryngologique (a eu lieu en octobre 1937).

Pour tous renseignements, s'adresser au Professeur Georges Portmann, clinique Franklin, 15, rue Franklin, Paris. Tél. Trocadéro 37.16.

Service de Santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Les médecins commandants : Frydier, du 28e tir. tunisiens, à l'hôp. de Verdun ; Heuraux, du 60e d'inf., à l'hôp. Baur, à Colmar ; Goëtz, de l'hôp. Legouest, Metz au 3e tir. marocains ; Ravoux, du 504e chars à l'hôp. de Mulhouse ; Chabanier, de l'hosp. mixte de Douai, au 15e d'art. ; Daigre du 37e d'inf., au 372e d'art. ; Rouyer, du 372e d'art., au 504e chars.

Les médecins capitaines : Lacaze, du 15e d'art., au 60e d'inf. ; Detang, du 8e esc. du train, au 37e d'inf. ; Valette, des sapeurs-pompiers, Paris, au 28e tir. tunisiens ; Blocquaux, du 4e d'inf., au 8e esc. du train ; Rouzaud, des troupes du Levant, à l'hôp. Hippolyte-Larrey, à Toulouse ; Cochard, de la place de Saint-Sauveur-sur-Tinée, aux sapeurs-pompiers de Paris ; Gouilly, du 170e d'inf., au 124e esc. du train.

Les médecins lieutenants : Prieur, du 4e chasseurs, au 4e d'inf. ; Masardo, du 24e esc. du train, au 170e d'inf. ; Ducros, des confins algéro-marocains ; Garitan, du 159e d'inf., aux troupes du Levant ; Aumeunier, de l'hôp. de Briançon, au 159e d'inf. ; Delatour, de l'hôp. Baur, à Colmar, au 4e bat de chasseurs ; Fratani, au 18e génie, au 19e C. A. ; Plan, de l'hôp. d'Haguenau, au 19e C. A.

Le pharmacien capitaine Le Guillou, de l'hôp. Baur, à Colmar, à la pharmacie centrale, fort de Vanves.

Second congrès de l'enfant à la mer et à la montagne. — Le second Congrès de « l'enfant et de l'adolescent à la mer, à la campagne et à la montagne » sera tenu du 22 au 27 mars 1937, à Nice et sur la Côte d'Azur, sous la présidence du Professeur Nobécourt.

Le Congrès est organisé sous les auspices de la Société médicale de climatologie et d'hygiène du littoral méditerranéen et de l'Association internationale pour l'étude des radiations solaires, terrestres et cosmiques. Le thème général demeure le même que celui du Congrès précédent, savoir : l'étude des climats à la mer, à la plaine, à la montagne et leurs applications à l'hygiène, à la prophylaxie et à la thérapeutique de l'enfance et de l'adolescence.

Voici les sujets des rapports et communications actuellement inscrits à l'ordre du jour du second Congrès : 1° Les variations des radiations solaires et cosmiques selon les climats ; 2° Le rôle du climat dans l'éducation physique des adolescents ; 3° L'enfant et l'adolescent sur les hauts plateaux ; 4° L'enfant et l'adolescent dans les climats tropicaux ; 5° Les modifications de l'ionisation et de l'électricité atmosphérique selon les lieux ; 6° Les microclimats ; 7° L'organisation des séjours de vacances ; 8° Les installations dans les divers climats ; 9° L'assainissement des plages ; 10° Les bains de rivière.

Pour toute demande de renseignement, adhésion ou communication, s'adresser au secrétariat du Congrès, 24, rue Verdi, à Nice.

VIe Congrès français de gynécologie. — Le VIe Congrès organisé par la Société française de gynécologie se tiendra à Toulouse du 15 au 18 mai 1937 (fêtes de la Pentecôte), sous la présidence d'honneur de M. le Professeur Daniel, de Bucarest, et la présidence de M. le Professeur Mériel, de Toulouse.

Le sujet à l'ordre du jour est le *cancer du col utérin.*

Rapporteur général M. le Professeur Duguing, de Toulouse.

Neuf rapports seront présentés :

1° Quelques notions étiologiques et anatomo-pathologiques sur le cancer du col utérin, par M. X. Bender (Paris).

2° Dépistage et diagnostic du cancer du col par MM. Max Aron (Strasbourg), Hamant et Chalmot (Nancy).

3° Retentissement du cancer du col utérin traité sur l'appareil urinaire, par MM. Chauvin (Marseille), Maxime Leroy (Paris), et Giscard (Toulouse).

4° Traitement chirurgical du cancer du col pendant la gesta-

tion, par MM. Louis MICHON (Lyon), et R. DIEULAFÉ (Toulouse).

5° Le traitement par la radiothérapie (radium et rayons X), l'électro-coagulation, par MM. P. LEHMANN (Paris), et MARQUÈS (Toulouse).

6° Complications du traitement du cancer du col par la radiothérapie, par M. DUGUING (Toulouse).

7° Le cancer du col restant, par MM. LEFEBVRE et GOUZY (Toulouse).

8° Récidives et métastases dans le cancer du col, par MM. R. DIEULAFÉ (Toulouse) et CURTILLET (Alger).

9° Le traitement du cancer du col au cours de la gestation, par MM. PAUCOT (Lille) et GUILHEM (Toulouse).

Pour les inscriptions à ce Congrès et tous renseignements, s'adresser à M. Maurice Fabre, secrétaire général, 1, rue Jules Lefebvre, Paris (IXe).

Hôpitaux de Tours. — Le *Concours de l'internat* s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes résidants : Mlle Bissery, Mlle Sirand, M. Carrois.

Internes titulaires : MM. Barbier, Boulard, Mlle Petit, M. Bouneau.

Externes en premier : MM. Chevessier et Garnier.

Le *Concours de l'externat* s'est terminé par les nominations suivantes :

Mlle Brouillet, MM. Picard, Lebas, Sirot, Sergent, Mlle Zaigue, MM. Bonamy, Gaudeau, Giraud, Dubois, Loiseau, Salmon, Mlle Soulet, MM. Caillault, Guinsbourg, Rigolage, Pommeret, Reiss, Trautner, Petou, Bayle.

Groupement de défense des chirurgiens de France Ce groupement a été définitivement constitué à la suite de son assemblée générale du 6 octobre 1936.

Il comporte déjà plus de deux cents membres cotisants.

Son bureau est ainsi composé : président, M. Lanos (Paris) ; vice-présidents, Professeur Favreul (Nantes), Professeur agrégé Ph. Rochet (Lyon) ; secrétaire général, Raymond Bernard (Paris) ; secrétaires généraux adjoints : Georges Audain (Paris), Luc Van der Elst (Paris) ; trésorier, M. Marcel Blondin Walter (Paris).

Ce groupement a pour buts essentiels : 1° de lutter par l'intermédiaire du Syndicat contre la fonctionnarisation de la chirurgie ; 2° d'étudier les questions qui concernent les intérêts du corps chirurgical et des malades.

Pour les demandes de renseignements et d'adhésion écrire au siège du groupement, 18, rue de l'Université, Paris (VIIe).

Nécrologie. — Le Docteur Raymond MALLET vient de mourir à la suite d'une courte maladie.

Ancien interne des hôpitaux de Paris, élève de Klippel et Chaslin, chef de clinique de Gilbert-Ballet, il s'était spécialisé dans l'étude des maladies mentales et nerveuses et avait présenté une thèse sur la « Démence neuro-épithéliale ».

Membre de la Société médico-psychologique, il était expert près le Tribunal civil de la Seine, médecin inspecteur des Asile de la Préfecture de police.

Parmi les nombreux travaux qu'il laisse, citons le « Pavillon H », (1), « Dévastations » (2), « Notations » (3) qui s'inspiraient de ses souvenirs de guerre, et trois autres qui renferment le corps de sa doctrine ; « Les obsédés » (4), les « Délirants » (5) et « La Démence » (6).

Il venait de terminer une étude sur « La Douleur en séméiologie mentale », qui doit paraître incessamment.

Esprit très fin, très cultivé, de relations infiniment agréables et délicates, spirituel sans méchanceté, il laisse le souvenir d'un médecin averti, d'un ami très sûr, et à tous ceux qui furent de ses familiers, la tristesse d'un départ prématuré.

Nous adressons à Madame Raymond Mallet, l'expression douloureuse de nos vives condoléances. A. F.

(1) Editions G. Crès et Cie, Paris, 1921 ; (2) *Id.*, Paris, 1923 ; (3) Editions du siècle, Paris, 1926 ; (4) Doin, éditeur, Paris, 1928 ; (5) *Id.*, Paris, 1930 ; (6) A. Colin, éditeur, Paris, 1935.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les péritonites à pneumocoques

Par le Docteur **Pierre BROUSTET**, de Bordeaux

L'individualité du plus grand nombre des péritonites aiguës tient à leur foyer d'origine : c'est ainsi que l'on parle de péritonites appendiculaires, biliaires ou génitales, sans mentionner obligatoirement le germe en cause dont la connaissance ne peut apporter au tableau général que des corrections de détail.

Au contraire, l'individualité des péritonites pneumococciques est d'ordre bactériologique.

Le pouvoir pathogène du pneumocoque, capable, après des invasions brutales, de devenir moins virulent, les réactions de l'organisme humain, apte, après une première phase où il est comme sidéré, à limiter, à enrayer, à bloquer les suppurations pneumococciques, tels sont les motifs de l'allure clinique spéciale des péritonites à pneumocoques.

Allure bien spéciale, en effet, puisqu'elles suivront une marche inverse de celle de la plupart des péritonites aiguës banales.

Celles-ci, prenant leur origine dans une inflammation, une perforation viscérales, sont, dans un premier stade, des péritonites circonscrites ; secondairement, dans certains cas, elles peuvent devenir des péritonites généralisées.

Au contraire, les péritonites à pneumocoques sont d'emblée des péritonites généralisées ; secondairement, dans la majorité des cas, elles deviennent des péritonites circonscrites.

Cette évolution particulière — en dehors de l'originalité clinique qu'elle leur confère — leur vaut aussi de ne pas bénéficier des thérapeutiques classiquement dirigées contre les péritonites banales. Il est une phase de leur évolution — la phase initiale — où les péritonites à pneumocoques, graves en elles-mêmes, souvent mortelles, sont encore aggravées par la thérapeutique chirurgicale courante.

Aussi comprend-on que, dans l'étude de cette affection, le problème capital soit celui du diagnostic. Puisque la péritonite à pneumocoques ne doit pas être traitée comme les autres, il faut à tout prix s'efforcer de l'individualiser, et en particulier de la distinguer de la péritonite appendiculaire, la plus fréquente chez l'enfant. La nécessité d'un diagnostic sûr et rapide doit s'imposer à l'esprit du médecin ; son extrême difficulté fait des péritonites à pneumocoques une de ces affections pour lesquelles il n'est pas exagéré de dire que c'est une véritable angoisse que le médecin et le chirurgien prennent leur décision.

Etiologie. Pathogénie

A vrai dire, cette notion de l'individualité de la péritonite à pneumocoques, sur laquelle nous nous plaisons à insister, souffre toutefois quelques corrections.

Il faut distinguer en effet deux grandes variétés de péritonites à pneumocoques : les unes sont primitives — et répondent aux grandes lignes que nous avons tracées, — les autres sont secondaires et d'allure moins originale.

Il faut entendre par *péritonites à pneumocoques secondaires* celles qui succèdent à une pneumococcie initiale indiscutable et cliniquement individualisée.

La première localisation du pneumocoque sera souvent pulmonaire ou pleurale ; il en était ainsi dans une observation de Lenormant et Lecène où une pleurésie purulente pneumococcique fut le point de départ d'une péritonite de même nature.

La lésion initiale peut être génitale ; il s'est agi, dans un cas de Bondi et Schottmuller, d'une infection annexielle pneumococcique du *post-partum* ; Okinzyc et d'Allaines ont rapporté l'observation d'une malade atteinte d'un abcès à pneumocoques de l'ovaire secondairement ouvert dans la grande cavité péritonéale.

Certains auteurs, Lemaire et Labbé en particulier, ont même cité des cas d'appendicites pneumococciques primitives, capables de provoquer des péritonites généralisées.

Bien que la réalité de ces péritonites secondaires ne soit pas discutable, leur intérêt reste relativement minime : elles sont rares, ne représentant que 6 à 10 % de la totalité des péritonites à pneumocoques ; elles sont atypiques, mal individualisées parce que toujours précédées et masquées par l'affection causale, qui a sa symptomatologie propre.

Les péritonites primitives, en dehors même de leur fréquence plus grande, présentent un intérêt plus vif, du fait de leur individualité clinique.

Il faut toutefois s'entendre sur le sens du terme : primitive. Il faut l'accepter en ce plaçant seulement sur le terrain de la clinique. Une péritonite à pneumocoques sera dite primitive lorsqu'elle constituera la première manifestation morbide appréciable de la pneumococcie.

Cela n'implique pas que d'autres localisations ou très frustes, ou absolument latentes aient précédé l'atteinte du péritoine ; c'est au contraire la règle, et cette péritonite à pneumocoques qui, dans le sens clinique, nous apparaît primitive, est, au contraire, dans l'ordre pathogénique indiscutablement secondaire.

Précisément, *le problème pathogénique* que pose la péritonite à pneumocoques se limite, en somme, à l'étude des voies d'accès du microbe sur la séreuse péritonéale. Problème d'un double intérêt doctrinal et pratique, dont la solution permet de mieux comprendre cette affection, et d'y mieux parer. Quatre voies d'accès sont possibles.

1° *La voie transphrénique*

Lecène et Lenormand ont vu, à la faveur de la destruction de l'endothélium pleural, les pneumocoques traverser le diaphragme. Audion note la prédominance de l'atteinte péritonéale sur la coupole diaphragmatique correspondant à la base pulmonaire où siègent les lésions pneumococciques. Buckard confirme expérimentalement les observations cliniques de Lecène et Lenormant ; la destruction, par injections irritantes, de l'endothélium pleural, permet à toutes les cultures microbiennes introduites au-dessus du diaphragme de traverser ce muscle en cheminant dans les interstices des faisceaux musculaires.

La voie d'accès transphrénique est donc certainement possible ; certainement aussi, elle est exceptionnelle : elle ne peut être empruntée que lorsque la péritonite est la suite d'une affection pleuro-pulmonaire bien caractérisée : c'est la grande minorité.

2° *La voie digestive*

Diverses constatations plaident en sa faveur : l'importance des phénomènes digestifs, intestinaux, au début de la péritonite à pneumocoques ; la présence, affirmée par certains, du pneumocoque dans les selles, l'existence de lésions de la paroi de l'intestin, plaques de nécrose, œdèmes, infiltrats hémorragiques, etc., la tuméfaction des ganglions du carrefour lymphatique iléo-cæcal.

A la vérité, de ces nombreux arguments, aucun n'est péremptoire ; l'atteinte du péritoine suffit à déterminer des accidents digestifs : l'identification des pneumocoques

des selles est rarement assez poussée pour être valable ; les lésions de la paroi, l'iléite pneumococcique en un mot, peut aussi bien être la conséquence que la cause de la péritonite.

3° *La voie génitale*

Elle compte à son actif des particularités *étiologiques* de la plus haute importance.

On peut rencontrer à tout âge la péritonite à pneumocoques ; mais elle est rare avant 2 ans et après 12 ; c'est surtout entre 4 et 10 ans qu'on l'observe couramment.

Or le plus grand nombre des enfants ainsi frappés est du sexe féminin : on compte 75 à 80 % de filles pour 25 à 20 % de garçons. La prédominance du sexe féminin persiste encore, bien que moindre, chez l'adulte.

Souvent en outre existe chez la fillette une vulvite à pneumocoques prémonitoire de la péritonite.

Expérimentalement, on a pu, par la voie vaginale, déterminer des péritonites à pneumocoques chez la guenon.

Au point de vue clinique, enfin, la localisation souvent basse de la péritonite à pneumocoque plaiderait en faveur de son origine génitale.

Aussi ce mécanisme pathogénique est-il admis par bon nombre d'auteurs en particulier par les anglo-saxons.

La contamination se ferait par la vulve, à la suite du contact du sol, d'un siège malpropre, etc. ; les germes traverseraient le tractus génital et parviendraient de la sorte au péritoine.

Cette conception, malgré sa logique, a rencontré des opposants. Ceux-ci ont insisté sur l'absence de lésions du tractus génital que traverseraient les colonies microbiennes sans provoquer au passage le moindre dommage ; il est vrai qu'il en est ainsi dans certaines péritonites gonococciques.

La vulvite serait souvent secondaire ou tout au moins contemporaine de la péritonite. Quant à la localisation de la péritonite, elle est basse sans doute, mais garde néanmoins une tendance ascendante qui n'est pas le fait habituel des péritonites pelviennes.

Enfin, l'existence chez les garçons de cette même affection ne permet pas, quel qu'en soit l'intérêt, d'accepter cet unique mécanisme pathogénique.

4° *La voie sanguine*

Soutenue en France depuis la thèse de Michaut en 1901, elle semble confirmée par un grand nombre de travaux modernes.

Elle est seule capable, en effet, d'expliquer la totalité des cas de la péritonite à pneumocoques.

Elle permet de comprendre le début dramatique de l'affection et sa coexistence avec d'autres localisations pneumococciques, artérielles ou endocarditiques.

Elle trouve à son appui des arguments biologiques de valeur. De même que Lemierre, Abrami et Joltrain ont mis en évidence l'existence d'une pneumococcémie précédant la pneumonie lobaire, Heissmann, Aurousseau, Mondor, Mathieu, Fèvre décèlent régulièrement une pneumococcémie au début de la péritonite à pneumocoques. Et cette septicémie paraît bien primitive et non secondaire au développement de l'affection locale, car elle cesse le deuxième ou le troisième jour de la maladie.

La seule objection que l'on puisse faire à cette conception, c'est qu'elle n'explique pas les particularités étiologiques de la péritonite à pneumocoques, et en particulier sa prédominance dans le sexe féminin.

En somme aucune des théories proposées n'est absolument satisfaisante, ou plutôt n'est satisfaisante pour la totalité des cas ; il ne faut sans doute pas admettre une pathogénie univoque à toutes les péritonites à pneumocoques.

Mais aussi variées que soient les explications, toutes celles que l'on retient ont des points communs.

Toutes supposent l'existence préalable, dans l'organisme, d'un foyer d'infection pneumococcique, foyer nasal, pharyngien, génital ou autre, foyer généralement méconnu.

De là, par diverses voies, et sans doute le plus souvent par voie sanguine va se faire la brusque invasion du péritoine et d'un péritoine précédemment libre.

Ces notions vont commander la symptomatologie de la péritonite à pneumocoques.

Etude clinique

A la lecture de divers travaux consacrés aux péritonites à pneumocoques, on constate que les descriptions varient sensiblement suivant les auteurs.

Les publications parues il y a cinq ou six ans multiplient à l'extrême les formes cliniques de la péritonite à pneumocoques, qui prend ainsi un caractère tout à fait disparate.

Au contraire, les études toutes récentes, en pleine concordance avec celles, beaucoup plus anciennes de Dieulafoy insistent sur l'unité de l'affection.

Il semble bien que cette conception soit, dans la majorité des cas, fort exacte et que les nombreuses formes isolées sont simplement les aspects variables de la même affection, observée à diverses phases de son évolution. Sans doute ne sera-t-il pas possible, chez tous les sujets, de saisir l'ensemble de la maladie ; on n'en observera qu'une partie, d'où la description de formes cliniques tout à fait dissemblables.

Mais chez bon nombre d'autres malades, on pourra parfaitement suivre la maladie de bout en bout, aux diverses périodes qui lui font, en quelque sorte, un visage différent.

Aussi présenterons-nous cette étude clinique suivant les directives de Dieulafoy et de ses contemporains, récemment reprises d'ailleurs par Mathieu, et étudierons-nous la péritonite à pneumocoques, maladie d'évolution assez régulière passant par trois phases dont chacune a sa symptomatologie propre :

Phase de début ;
Phase intermédiaire, ou de fièvre pneumococcique ;
Phase de suppuration collectée.

Pour chacune d'entre elles, nous superposerons le tableau anatomique à la description clinique.

Phase de début

Brutalité du début. — Dans la règle — et Dieulafoy a bien insisté sur ce point — le début est *brutal*, cataclysmique même.

Parfois l'enfant invoquera un minime traumatisme abdominal. Parfois, un interrogatoire soigneux fera découvrir chez le malade, ou dans son entourage, une angine, une rhino-pharyngite, discrètes, inconnues ; elles constituent la manifestation initiale de la pneumococcie. Quelle que soit leur importance théorique, elles ne changent rien au tableau clinique, et en particulier à son caractère d'imprévisible soudaineté.

Faisceau symptomatique. — Un ensemble de symptômes, rapidement installés, marque cette première phase de l'affection : la douleur, les vomissements, la diarrhée, la fièvre, l'aspect spécial du malade, la contracture abdominale ; parfois quelques autres signes mineurs, si l'on peut dire, viennent compléter ce tableau dont nous allons analyser chaque élément.

La douleur. — Elle est ordinairement très violente ; tantôt elle est absolument constante, tantôt elle apparaît sous forme de coliques, qui laissent entre elles des accalmies. Plus que son intensité et sa continuité, son siège est remarquable : elle est ordinairement diffuse, intéresse

tout l'abdomen ; parfois elle tend à se localiser et se cantonne alors à la région péri-ombilicale.

Les vomissements. — Précoces et abondants, ils sont au début alimentaires, deviennent vite bilieux et parfois même porracés. Toute tentative d'alimentation les exagère et témoigne ainsi d'une intolérance gastrique complète.

La diarrhée. — Il s'agit d'une diarrhée abondante ; le malade émet chaque jour dix à vingt selles très liquides, vertes, parfois sanglantes, toujours très fétides. Ce signe est d'importance capitale, et nous verrons quel appoint il fournit à un diagnostic difficile, ou plutôt quel appoint il fournirait s'il n'était malheureusement parfois d'apparition plus tardive que les autres symptômes.

La fièvre. — Une brusque élévation de la température, accompagnée d'une ascension parallèle du pouls, marque le début de l'affection.

L'aspect général du malade. — Le visage n'est pas, dans la règle, celui d'un péritonitique. On est souvent, au contraire, frappé par le facies vultueux, congestionné, analogue à celui que l'on observe souvent au début d'une pneumonie. Une dyspnée accompagnée d'une petite toux sèche vient parfois encore accentuer la ressemblance.

L'examen de l'abdomen. — Les renseignements qu'il fournira seront évidemment plus ou moins faciles à apprécier suivant l'âge et la docilité du petit malade.

Il n'y a aucune distension du ventre. La contracture est constante. Mais elle est, d'une part fort étendue, intéressant la totalité de l'abdomen, d'autre part peu intense, se laissant vaincre par une pression douce et prolongée. En somme, il s'agit, suivant la formule de Mondor, d'une contracture généralisée, pas très marquée, ni très prompte, ni très rigide.

L'examen somatique complet n'apportera souvent aucun complément à retenir ; parfois, au contraire, il permettra de découvrir une vulvite, une vésicule d'herpès, un coryza qui prendront, à cette période d'incertitude, une grande signification.

Tel est le tableau clinique de cette première période de la péritonite à pneumocoques.

Il est l'expression, d'une part, de la phase septicémique de l'affection, d'autre part, d'une péritonite diffuse.

En effet, les hémocultures pratiquées à cette phase de la maladie sont régulièrement positives.

D'autre part, l'ouverture de l'abdomen, si elle est pratiquée, ne fait pas découvrir de pus dans la cavité péritonéale, mais seulement un liquide louche, d'ailleurs riche en germes. La paroi intestinale est œdématiée, parsemée d'un piqueté hémorragique ; les anses intestinales sont visqueuses, tendent à s'agglutiner les unes aux autres.

La péritonite à pneumocoques, à cette première période, est d'une gravité considérable. Fréquemment — opérée ou non — elle emporte à ce moment le malade.

Souvent aussi, après les inquiétudes des deux premières journées, le médecin a la joie de voir la situation s'amender, et l'affection entrer dans sa seconde phase.

Phase intermédiaire de la péritonite à pneumocoques

Elle est marquée par une modification des signes généraux et des signes locaux.

L'abaissement relatif de la température, le ralentissement du pouls, la disparition ou la diminution des vomissements et de la diarrhée témoignent de l'amélioration.

L'examen de l'abdomen, par contre, révèle un ballonnement léger, qui manquait dans les premières heures, et la persistance de la contracture. On trouve même des signes d'épanchement dans le péritoine.

Il y a en somme une discordance assez frappante entre l'amélioration des signes généraux et l'aggravation des signes locaux. Le malade va mieux, et, cependant, si l'on interprétait seulement les résultats de l'examen de l'abdomen, la situation serait plus inquiétante.

Cette discordance, sur laquelle insistent bon nombre d'auteurs, peut toutefois manquer. L'affection garde sa symptomatologie initiale, mais avec une tendance à l'amélioration parallèle et des signes généraux, et des signes locaux.

L'espoir renaît durant cette phase intermédiaire qui persiste persiste pendant huit à dix jours. Sans doute la situation est-elle beaucoup moins tragique que lors des deux premières journées. Néanmoins, cette phase intermédiaire peut devenir une phase pyohémique, d'autres foyers pneumococciques peuvent apparaître, les uns pleurétiques et curables, les autres méningitiques et mortels.

A ce moment, la septicémie a cessé ; les hémocultures restent vaines.

Par contre, le pus a fait son apparition dans l'abdomen ; la laparotomie fait découvrir une péritonite purulente diffuse ; la nature pneumococcique de l'affection s'affirme par la présence de fausses membranes de plus en plus nombreuses : elles vont nous expliquer l'évolution ultérieure de la maladie.

Phase de péritonite localisée

Ce sont principalement les signes locaux qui permettent d'affirmer le passage — d'ailleurs insensible — de la phase précédente à celle-ci.

En procédant chaque jour à l'examen de l'abdomen, on a l'impression, d'abord très vague, puis chaque jour précisée qu'une tumeur se forme ; elle occupe à l'ordinaire la région sous-ombilicale ; elle est molle, rénitente ; on a plutôt l'impression d'une vessie en rétention que d'un plastron péritonéal.

Petit à petit, la tendance à l'extériorisation, le caractère liquidien de cette tumeur s'affirment : la peau devient œdématiée, les veines turgescentes à sa surface.

Parallèlement, la température qui s'était d'abord amendée, s'élève à nouveau ; la fièvre prend le type hectique, avec de grandes oscillations.

On n'est plus très loin de l'ouverture de la collection. Celle-ci va se faire, dans la règle, au niveau de l'ombilic, qui se déplisse et rougit ; une fistule s'y crée, qui laisse échapper brusquement une grande quantité de pus, des litres parfois.

Si l'ouverture à l'ombilic est la plus fréquente, elle n'est pas la seule observée ; le pus pourra parfois se faire jour dans le rectum ou le vagin, parfois au niveau de l'arcade crurale ou même du grand trochanter.

L'évacuation du pus — surtout lorsqu'elle se fait en un point déclive — peut être un processus de guérison spontanée.

Mais cette évolution heureuse n'est pas absolument constante. On verra parfois la fièvre se rallumer, le malade se cachectiser, ou succomber à l'éclosion de nouveaux foyers pneumococciques. Parfois l'ouverture dans une anse grêle entraînera la formation d'une fistule pyostercorale de pronostic sévère. Parfois enfin, une occlusion intestinale — sur laquelle a insisté Mathieu — pourra emporter le malade dont la situation paraissait devenir tout à fait favorable.

Le terme de péritonite localisée définit aussi bien l'état anatomique que le tableau clinique.

Il n'y a plus à cette période de péritonite généralisée. La grande cavité péritonéale reste libre. La paroi postérieure de l'abcès peut être constituée par les anses intestinales, mais agglomérées par une péritonite encapsu-

lante en quelque sorte, et, derrière cette barrière, la cavité péritonéale reste libre. Dans une curieuse observation rapportée par Fèvre, un épanchement extraordinairement abondant semblait remplir l'abdomen et faisait croire à l'existence d'une péritonite généralisée. L'ouverture de la collection montra qu'il s'agissait, en réalité, d'un énorme abcès antérieur. toutes les anses intestinales, derrière l'épiploon, étaient collées contre la paroi postérieure de l'abdomen ; mais elles formaient ainsi la limite de l'abcès, derrière laquelle la grande cavité péritonéale, extrêmement réduite sans doute, restait libre.

Cette tendance à l'enkystement est bien le fait des suppurations pneumococciques, et s'explique par l'énorme production fibrineuse que l'on rencontre au cours de celles-ci.

Ce caractère peut s'accentuer encore ; dans certaines péritonites subaiguës, l'épaisseur de la paroi de l'abcès devient considérable ; Nové-Josserand rapporte une observation d'abcès péritonéal pneumococcique, dont l'incision permit de trouver simplement quelques centimètres cubes de pus après la traversée d'une paroi de deux ou trois centimètres d'épaisseur.

Formes cliniques des péritonites à pneumocoques. — Il serait facile, en mettant successivement en valeur chacun des signes que nous avons décrits, de multiplier les formes cliniques des péritonites à pneumocoques.

En réalité, ce que beaucoup d'auteurs isolent sous le nom de *péritonites généralisées*, ce sont des péritonites à pneumocoques qui en sont restées à la première phase de leur évolution.

Elles en sont restées là soit en raison d'une malignité extrême — le malade meurt alors autant de septicémie que de péritonite — soit au contraire en raison d'une bénignité toute spéciale.

Car l'existence de formes abortives, où tout rentre dans l'ordre, sans suppuration ultérieure, après un début tragique, n'est pas douteuse : certains auteurs se demandent même s'il ne faudrait pas accorder cette signification de péritonite abortive aux réactions abdominales si fréquentes au début des pneumonies lobaires. Il faut néanmoins savoir, comme y a insisté Nové-Josserand, que ces formes abortives sont souvent trompeuses, susceptibles de rechutes après une première accalmie.

A l'inverse, les *formes localisées* sont des péritonites à pneumocoques dont la phase initiale a manqué. Son absence a-t elle toujours été complète ? Ce n'est pas sûr, et un interrogatoire soigneux la retrouvera sous forme de grippe, de diarrhée, de douleurs abdominales plus ou moins vagues.

Parfois rien ne permettra de la reconnaître, et le malade se présentera d'emblée avec une *péritonite enkystée*.

Des signes infectieux marqués l'accompagneront dans la règle, et permettront de poser le diagnostic des péritonites aiguës localisées ; parfois, les signes généraux seront tellement frustes (observation de Nové-Josserand, de Chauvenet et Broustet) que l'abcès sera pris pour une tumeur osseuse, un kyste hydatique, etc...

Les *formes masquées*, dont il nous faut dire maintenant quelques mots, tiennent chez l'enfant et l'adulte au fait que la péritonite n'est que l'une des localisations d'une septicémie ou mieux d'une septico-pyohémie pneumococcique à localisations multiples.

Mais c'est principalement chez le nourrisson que l'on observe ces formes masquées. Assez rare à cet âge, la péritonite à pneumocoque n'y est pas inconnue, et Netter a rapporté l'observation d'enfants de quelques jours à peine qui y succombent.

Elle constitue le plus souvent une découverte d'autopsie, la péritonite n'ayant, dans le tableau général de la pneumococcie, pris aucune individualité.

Si même elle est isolée, constituant une véritable péritonite à pneumocoques, elle prend le masque d'une gastro-entérite grave mais banale. Un seul signe permettrait parfois d'en faire le diagnostic : une vaginalite à pneumocoques qu'explique la persistance, à cet âge, du canal vagino-péritonéal : cet élégant procédé de diagnostic ne peut donner, d'ailleurs, qu'une satisfaction toute platonique, car la péritonite à pneumocoques du nourrisson est d'un pronostic fatal.

Diagnostic et traitement de la péritonite à pneumocoques

Le diagnostic et le traitement nous paraissent si étroitement liés l'un à l'autre qu'il nous semble justifié d'en faire une étude simultanée. La connaissance non seulement de l'affection en elle-même, mais de toutes ses manifestations, de toutes ses variétés, est tellement nécessaire aux indications thérapeutiques et les commande si directement, que nous indiquerons celles-ci au fur et à mesure que nous établirons le diagnostic.

Les problèmes que soulève celui-ci sont naturellement très variables — et par leur difficulté, et par leurs conséquences, — suivant la période où l'on observe la péritonite.

D'une façon générale, plus elle vieillit, plus la péritonite à pneumocoques est d'une reconnaissance aisée, plus les indications thérapeutiques sont faciles.

C'est à son début que la péritonite à pneumocoques accumule le maximum de difficultés, et c'est alors pourtant que le diagnostic est strictement et immédiatement nécessaire pour assurer un judicieux traitement.

Aussi, désireux de porter toute notre attention sur le point capital de ce chapitre, nous permettrons-nous de l'aborder non pas dans l'ordre chronologique, mais dans l'ordre, si l'on peut dire, des difficultés croissantes.

Nous envisagerons d'abord, sans nous y attarder, des diagnostics qui, en étant les plus exceptionnels, sont malgré tout, dans la règle, les plus aisées.

Diagnostic des péritonites pneumococciques enkystées. — Il est généralement assez facile ; les antécédents du malade, la symptomatologie locale d'abcès chaud péritonéal, la découverte, par la ponction, d'un pus habituellement pneumococcique — malgré quelques associations microbiennes possibles — sont des éléments qui ne laissent guère d'hésitation, surtout lorsque la collection occupe sa place habituelle dans la région sous-ombilicale.

Des difficultés peuvent naître du fait d'une symptomatologie physique anormale : des abcès siégeant dans les loges latérales de l'abdomen amèneront au diagnostic d'abcès périnéphritiques à évolution abdominale ou de péricolites suppurées : des abcès pelviens ou iliaques feront penser à des suppurations d'origine génitale.

Néanmoins, la connaissance de la première phase généralisée de cette péritonite aidant, on arrive le plus souvent au diagnostic.

Plus exceptionnellement, on peut se trouver en présence de plus grandes difficultés. La méconnaissance de la phase initiale risque de provoquer des erreurs. Si le malade est fébrile, on pensera régulièrement à une péritonite tuberculeuse enkystée. Toutefois, la formule sanguine, fort différente dans l'un et l'autre cas, pourra mettre en éveil.

Si le malade n'a pas de température — et d'indiscutables observations ont été rapportées d'abcès pneumococciques évoluant sans aucun signe général ou local de suppuration — l'erreur de diagnostic est presque fatale, et l'on pensera, comme Josserand, à une tumeur d'origine osseuse, comme Chauvenet, à un kyste hydatique.

Mais ce sont là des cas exceptionnels, et dans la règle, à cette phase, la reconnaissance de l'affection est aisée.

La thérapeutique ne l'est pas moins. La découverte d'une collection purulente à pneumocoques commande

l'incision. Celle-ci ne doit être pratiquée ni trop tôt, ni trop tard. Trop précoce, elle amènerait le chirurgien sur un abcès encore mal collecté, mal limité, et risquerait d'étendre l'affection à la grande cavité péritonéale. Trop tardive, elle laisserait la fièvre hectique se prolonger, affaiblir le sujet, et permettrait l'apparition, à distance, de nouvelles infections pneumococciques. Il y a là, dans la décision à prendre, une question d'opportunité, que les signes locaux, l'aspect général du malade permettront au chirurgien de résoudre.

Dans des cas de cet ordre, les erreurs dont nous avons laissé entrevoir la possibilité n'ont pas de conséquences fâcheuses : car elles conduisent à la laparotomie, qui, en rectifiant le diagnostic assure aussi la nécessaire thérapeutique.

L'existence d'une fistule, à cette phase tardive de la maladie, facilite le diagnostic, en permettant la découverte d'un pus exclusivement ou à prédominance pneumococcique.

Elle peut aussi constituer un traitement suffisant, surtout lorsqu'elle siège dans le rectum ou le vagin. Même lorsqu'elle occupe l'ombilic, elle peut avoir des conséquences heureuses ; il ne faut pas se hâter d'intervenir chez un malade qui en est porteur ; il faut attendre de savoir si l'état général ne sera pas suffisamment amélioré par l'ouverture spontanée ainsi réalisée.

Diagnostic de la péritonite pneumococcique à sa phase intermédiaire. — Le diagnostic est, à cette phase de la maladie, relativement aisé.

La péritonite à pneumocoques est la seule, en effet, dans laquelle on assiste à l'amélioration spontanée d'une péritonite généralisée à début dramatique.

Aussi commet-on, à cette phase de l'affection peu d'erreurs.

Toutefois, si les signes abdominaux du début ont été discrets, si le malade est avant tout un infecté — avec quelques troubles intestinaux — le diagnostic de fièvre typhoïde peut être envisagé.

L'erreur pourra, dans une certaine mesure, être évitée par l'examen du sang ; l'hémoculture régulièrement positive à l'Eberth ou aux paratyphiques lèvera tous les doutes ; la formule leucocytaire, avec la polynucléose de la pneumococcie, la mononucléose de la typhoïde donnera des indications plus rapides, mais moins sûres.

On peut dire d'ailleurs que la confusion n'entraîne pour le malade aucun préjudice sérieux, car, dans l'une ou l'autre affection, l'abstention est strictement de mise.

Diagnostic de la péritonite pneumococcique à sa phase de début. — Le nombre des affections avec lesquelles on peut confondre, à cette phase, la péritonite à pneumocoques est théoriquement considérable ; il faudrait, pour envisager toutes les hypothèses possibles, passer en revue le diagnostic de tous les syndromes abdominaux aigus, du moins chez l'enfant.

Nous examinerons rapidement, bon nombre d'entre eux, désireux de nous appesantir, au contraire, sur les principaux.

Faire un diagnostic de septicémie pneumococcique lorsque existe une péritonite est peut être une erreur de diagnostic ; du moins n'a-t-elle aucune conséquence fâcheuse pour le malade.

De même, la méconnaissance d'une péritonite survenant au cours d'autres accidents pneumococciques.

Pour imprévu qu'il soit, le diagnostic de la péritonite à pneumocoques avec certaines intoxications d'origine alimentaire doit être parfois envisagé.

Une curieuse observation de Mondor en donne la preuve. Deux sœurs, après avoir consommé une crème de fraîcheur douteuse, présentent des troubles digestifs. Chez l'une la discrétion des signes péritonéaux, l'importance des vomissements et de la diarrhée font penser à une intoxication alimentaire. Mais chez l'autre, tout conduit au diagnostic de péritonite. L'intervention le confirme, et permet de trouver une sérosité qui fourmille de pneumocoques. Le diagnostic porté chez la première enfant est alors rectifié, et l'on trouve chez elle aussi, à l'intervention, une péritonite à pneumocoques.

Les manifestations péritonéales qui marquent parfois le début d'un purpura, ont induit en erreur. La présence de pétéchies, exceptionnelle dans les pneumococcies, fera penser plutôt à une infection d'autre nature.

De même, le retentissement abdominal d'une granulie débutante peut provoquer la même erreur ; mais la présence habituelle de symptômes pulmonaires, l'allure spéciale du malade, sa formule leucocytaire doivent permettre de rétablir le diagnostic.

Voilà donc une série d'affections générales qui, par leurs manifestations abdominales accessoires, peuvent amener à penser à tort à l'existence d'une péritonite pneumococcique

Venons-en maintenant aux affections proprement abdominales.

En théorie, la similitude étiologique, dans un certain nombre de cas tout au moins, donnerait la première place aux péritonites à gonocoques. En pratique, les deux affections n'ont que des ressemblances assez grossières : la péritonite à gonocoques est, d'emblée, et reste une pelvipéritonite.

En réalité, un seul diagnostic compte véritablement : c'est le diagnostic des *péritonites aiguës généralisées.* Elles peuvent être la conséquence de perforations viscérales ; on ne rencontrera guère chez l'enfant d'ulcères gastro-duodénaux susceptibles de provoquer cette perforation ; mais il n'est pas exceptionnel d'observer des perforations de l'ulcère du diverticule de Meckel ; la péritonite qui en résulte est d'un diagnostic extrêmement difficile, et elle sera habituellement méconnue.

Mais il ne faut point s'attacher à ces exceptions.

La plupart des péritonites aiguës de l'enfant sont d'origine appendiculaire Et le grand diagnostic que nous avons à faire, c'est le diagnostic de la péritonite pneumococcique et le diagnostic de la péritonite appendiculaire. Son importance est primordiale.

Si les deux affections, en effet, méritent le qualificatif de péritonite, on peut presque dire que leur ressemblance s'arrête là.

La péritonite appendiculaire est une péritonite banale ; elle a un point de départ limité ; elle a un début localisé — et sa généralisation, aussi prompte soit-elle — est toujours secondaire. Pour la guérir, il faut supprimer sa cause — l'appendice — et, dans la règle, malgré quelques divergences de vue, la drainer.

La péritonite à pneumocoques, au contraire, n'a pas de foyer d'origine — les annexes, l'intestin, en admettant leur rôle, ne sont que des voies de passage ; la péritonite pneumococcique est d'emblée généralisée.

Il ne faut pas l'opérer, car on ne pourra supprimer un foyer d'origine inexistant, car on ne pourra drainer un pus encore absent. L'intervention n'est point seulement inutile ; elle paraît en outre dangereuse ; elle risque de diffuser l'infection pneumococcique, et, à la faveur de l'anesthésie, de provoquer des localisations pulmonaires ; le choc qu'elle détermine est redoutable chez les sujets déjà aussi profondément touchés. Enfin, elle arrête en raison de l'iléus paralytique post-opératoire la diarrhée habituelle à cette phase initiale de la maladie ; et cette diarrhée a, pour beaucoup d'auteurs, la valeur d'une réaction de défense et d'élimination microbienne.

Ainsi les arguments s'accumulent contre l'intervention chirurgicale à la phase initiale de la péritonite à pneumocoques.

A défaut de la logique, d'ailleurs, l'historique de la maladie le dirait aussi.

Lorsque la découverte du pneumocoque, par Talamon et Fraenkel permit l'identification des affections provoquées par ce germe, la découverte de la péritonite ne

◆◆

tarda pas, et Brun, Michaud, Dieulafoy en donnèrent des descriptions restées classiques — et dont nous sommes largement inspirés dans l'exposé qui précède. — Or, tous les auteurs insistent, malgré le début dramatique, sur la relative bénignité de l'affection, qui provoque 15 à 20 % de mortalité.

Tout semble acquis sur la péritonite à pneumocoques.

Puis, voici qu'à partir de 1915, 1920, la péritonite à pneumocoques disparaît. En 1928, le Docteur Apert peut écrire que, depuis dix ans il n'a plus vu de péritonite à pneumocoques.

En réalité, la maladie n'a pas disparu ; mais les chirurgiens s'en sont emparés. Nous sommes, en effet, à l'époque où règne la juste doctrine de l'appendicectomie à chaud. Et il n'est pas douteux que, sous couleur d'enlever précocement des appendices, on opère des péritonites à pneumocoques à leur phase d'invasion.

Or, l'étude plus poussée des cas malheureux, aidée de la bactériologie, de l'anatomie pathologique, amène les chirurgiens à redécouvrir la péritonite à pneumocoques.

Mais ce n'est plus celle de Dieulafoy. Elle a changé de pronostic. La mortalité est devenue considérable, atteignant 90 à 95 % des cas.

Cette aggravation est trop considérable pour être le fait de variations épidémiques ou saisonnières, comme on en observe souvent dans les maladies infectieuses.

Précisément, la connaissance plus parfaite de l'affection permet à certains chirurgiens de la diagnostiquer, de temporiser... et voici que le pronostic des cas où l'on n'intervient pas se rapproche de celui fixé jadis par Dieulafoy.

La cause est entendue, il ne faut pas opérer la péritonite à pneumocoques à son début.

Mais pour ne pas l'opérer, il faut en faire le diagnostic.

Car si ce n'est elle qui est en cause, il s'agit, à peu près certainement, d'une péritonite appendiculaire grave, mortelle presque à coup sûr si elle est respectée, curable si l'on intervient.

Telle est en somme le difficile problème avec ses lourdes conséquences — qui se pose souvent, puisque, dans les hôpitaux d'enfants, Favre, Aurousseau voient une péritonique à pneumocoques pour vingt appendicites.

Nous allons en reprendre, point par point, les éléments.

Eléments cliniques du diagnostic. — Sans doute le tableau que nous avons tracé est-il assez caractéristique avec la douleur brusque, les vomissements, la diarrhée, la fièvre, l'aspect spécial du malade, sa contracture particulière, les antécédents personnels ou familiaux, et diffère-t-il sensiblement de celui que l'on observe au début d'une péritonite appendiculaire.

Mais si l'on prend un à un tous les symptômes, l'interprétation en devient beaucoup moins certaine.

La douleur est ordinairement intense, diffuse, ou périombilicale dans la péritonite à pneumocoques. Mais chez les enfants, comment apprécier l'intensité de la douleur ? Et son siège n'a rien d'absolument fixe ; elle peut occuper la fosse iliaque droite ; inversement, au cours d'appendicites authentiques, il n'est pas très rare qu'elle soit périombilicale.

La diarrhée constitue un signe d'une valeur capitale. Mais elle ne survient souvent qu'après quarante-huit heures, alors que le diagnostic devrait être fait ; elle peut même manquer tout à fait. Et ne connaît-on pas des appendicites avec diarrhée, graves d'ailleurs ?

La brusque montée fébrile — d'un seul bond en quelque sorte — signerait l'infection pneumococcique... Mais il faudrait que la température ait été prise auparavant pour apprécier cette ascension subite.

Les antécédents familiaux ou personnels d'infection pneumococcique ont évidemment une certaine valeur ; néanmoins on sait que les chirurgiens n'opèrent jamais autant d'appendicites qu'à la suite des épidémies de grippe.

Ainsi les signes cliniques qui auraient pu servir de base au diagnostic sont-ils tous critiquables ; leur relativité conduit à la recherche des signes biologiques.

Les signes biologiques. — L'augmentation de la fibrine du sang, témoin habituel de l'infection pneumococcique, pourrait, d'après certains auteurs, servir au diagnostic... C'est beaucoup compter sur un bien petit signe, qu'il est d'ailleurs difficile de mettre en évidence de manière rapide, certaine et objective.

Il ne faut pas compter non plus sur la formule leucocytaire : la polynucléose existe aussi bien dans l'appendicite que dans la pneumococcie. Peut-être une forte et brusque polynucléose plaiderait-elle davantage en faveur de la seconde : là encore, comme le dit fort prudemment Fèvre, on ne saurait être trop réservé et trop prudent pour donner une valeur à de telles nuances.

L'hémoculture doit être systématiquement pratiquée, et nous avons dit sa grande importance théorique pour comprendre la pathogénie de la maladie. Malheureusement, en pratique, le délai qu'elle réclame ne lui permet d'apporter une solution qu'à l'heure où tout doit être déjà jugé.

Aussi certains chirurgiens ont-ils essayé de rechercher extemporanément le pneumocoque à l'examen direct d'un frottis de sang. Aurousseau pense l'avoir découvert cinq fois ; d'autres auteurs ont été moins heureux.

On ne peut guère, non plus chercher à retrouver le pneumocoque dans le pus vaginal, ou les selles ; il faut pour y parvenir de délicates techniques d'isolement qui nécessitent aussi de trop longs délais.

Lipschutz et Lœwenburg pratiquent la ponction du péritoine pour découvrir et identifier le pus. Cette technique, dangereuse, est absolument condamnée en France : en dehors de ses risques, elle est, souvent grévée d'insuccès ; la sérosité visqueuse qui se trouve dans le ventre, à cette phase de début, ne traversant que bien difficilement l'aiguille.

Ainsi donc, pas plus dans l'ordre biologique que dans l'ordre clinique il n'existe de signe strictement pathognomonique de la péritonite à pneumocoques.

Faut-il donc renoncer à établir ce diagnostic impossible.

En réalité, si le diagnostic est impossible sur un seul signe, l'ensemble, le groupement des symptômes permettra parfois d'y parvenir. Ce sera, dans le tableau clinique, une discordance qui fera soupçonner la pneumococcie péritonéale : on aura l'impression que tout ne cadre pas, si l'on peut dire, avec l'hypothèse de la péritonite appendiculaire, toujours présumée ; une nuance dans la contracture, une vésicule d'herpès... une vulvite, qui, en elles-mêmes n'ont pas de valeur absolue, viendront aiguiller le médecin.

Dans pareille circonstance, l'expérience, la notion de déjà vu comptent beaucoup ; on ne fait presque jamais le diagnostic des premières péritonites à pneumocoques que l'on rencontre ; au contraire, des médecins et des chirurgiens d'enfants, qui en ont déjà observé plusieurs cas, arrivent à l'établir, et à l'établir avec assez de fermeté pour ne pas opérer de tels malades, et prendre tout en les laissant sous stricte surveillance, en les suivant d'heure en heure, l'énorme responsabilité de leur refuser une intervention chirurgicale...

Il semble bien que ce soit la meilleure conduite à suivre.

Mais on comprend aussi que la redoutable difficulté du diagnostic rende certains chirurgiens moins formels ; la crainte de laisser passer une appendicite — mortelle si elle n'est pas opérée — les pousse à ne pas systématiquement rejeter l'intervention dans la péritonite à pneumocoques.

Leur unique argument c'est la crainte de l'erreur de diagnostic. Personne n'admet que l'intervention soit

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Etudes sur les maladies de l'enfance, par A.-B. Marfan. Un volume de 192 pages : 30 francs. Masson et Cie, éditeurs, 129, boulevard Saint-Germain, Paris.

Tous les médecins connaissent les ouvrages importants que le Professeur Marfan a consacrés au nourrisson et à l'enfant. Son Traité de l'allaitement, son Traité des affections des voies digestives dans la première enfance, ses Leçons cliniques sur la diphtérie, ses Leçons cliniques des maladies de la première enfance, figurent dans la plupart des bibliothèques.

Ce nouveau volume réunit une série de travaux qui n'ont pu trouver place dans les précédentes publications de l'auteur et se trouvaient jusqu'à ce jour dispersés. C'est en quelque sorte un complément de son œuvre écrite. Il y envisage des questions de pathologie infantile encore controversées et précise des techniques pédiatriques originales.

Les études présentées dans ce livre par le Professeur Marfan portent sur les sujets suivants : 1° La scrolule, forme spéciale de la tuberculose, avec des remarques sur l'immunité antituberculeuse ; 2° Les formes cliniques du rachitisme ; 3° Esquisse d'une conception du lymphatisme ; 4° Les albuminuries intermittentes des grands enfants et des adolescents ; 5° Sur une forme de céphalée habituelle des écoliers ; 6° Les défécations involontaires des écoliers ; 7° Paraplégie spasmodique avec troubles cérébraux d'origine hérédo-syphilitique chez les grands enfants ; 8° Complications nerveuses de la varicelle, plus particulièremet celles qui simulent la poliomyélite ; 9° Sur la ponction du péricarde et en particulier par voie épigastrique sous-xiphoïdienne ; 10° Sur un nouveau procédé de tubage par expression digitale et sur une simplificatin de l'appareil du tubage.

Gestes et procédés techniques de chirurgie générale, par Jean Berger. Un volume de 138 pages avec 124 figures : 32 francs. Masson et Cie, éditeurs, 20, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre n'est pas un précis de technique. S'il décrit avec détails un certain nombre de temps opératoires, c'est d'abord pour essayer de rendre plus compréhensibles les données générales au fur et à mesure de leur exposition, ensuite pour doner la conviction qu'une technique doit être réglée d'avance, avec précision, minutie, et, en même temps, simplicité.

Certains chirurgiens, doués pour ce métier si spécial, trouvent d'instinct, presque par réflexe, les gestes qu'il faut faire, et règlent ainsi une technique légère, précise et aisée. Mais ce n'est que sur une éducation chirurgicale serrée et rigoureuse que l'on peut greffer, au cours de sa carrière, des détails personnels, des habitudes techniques individuelles. Elles doivent rester liées à des principes, essentiels, admis une fois pour toutes et qui leur servent de guides. Pour ceux mêmes qui agissent d'instinct, il n'est pas mauvais de discuter leurs habitudes, de les analyser. Le temps n'est plus où le chirurgien opérait en comptant uniquement sur son habileté manuelle, son sens de l'opportunité et son imagination.

Une opération doit être conçue d'avance, dans ses détails, de manière à créer une sorte de cadre technique dans lequel on doit chercher à faire entrer le plus vite possible tous les temps de son exécution. L'étude des gestes chrurgicaux, la systématisation de ceux de l'opérateur et des aides, l'établissement de bases serrées et logiques, donent, à ceux qui veulent se soumettre à cette discipline, une technique le plus souvent précise dans ses gestes, d'une réalisation aisée, et favorable dans ses résultats. C'est à fixer l'esprit de cette discipline et les procédés de cette technique que s'emploie le livre de M. Berger.

Les spasmes de la face et leur traitement, par Th. Alajouanine et R. Thurel. Un volume de 88 pages (Collection : Médecine et Chirurgie. Recherches et applications, n° 1) : 12 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Après avoir déterminé par l'analyse morphologique quels sont les muscles qui entrent en jeu dans la production du spasme de la face, la connaissance des synergies musculaires fonctionnelles permet de reconnaître l'origine périphérique ou centrale du spasme, et par là d'indiquer les moyens curatifs correspondants.

Dans une courte étude, les auteurs ont donc groupé les différents mouvements involontaires de la face d'après leur substratum anatomique et leur mécanisme, ou, dans les cas où c'était impossible, d'après leur étiologie, l'affection nerveuse à laquelle ils se rattachent. Ils indiquent comment, dans ces derniers cas, l'identification morphologique est facilitée par la coexistence d'autres localisations plus caractéristiques de l'activité involotaire. Un grand nombre d'observations personnelles font de ce petit livre un manuel aussi vivant que clair.

Hypnotisme et scopochloralose, par le Dr Pascal Brotteaux, in-8 de 64 pages : 12 francs. Vigot, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (Ve).

Certains ont cherché une méthode d'hypnotisation plus efficace que celles qui ont été utilisées jusqu'ici. L'auteur de ce livre, après bien des esssais, se sert d'une association narcotique chloralose et scopolamine. Elle produit chez la plupart des sujets un sommeil tout à fait analogue au somnambulisme hypnotique profond, avec suggestibilité et amnésie au réveil.

Après avoir donné des indications pratiques sur l'utilisation du scopochloralose, l'auteur cite des observations de traitement qui montrent la valeur de ce procédé psychothérapique.

Formes insoupçonnées du parasitisme. Une maladie nouvelle, l'anguillulose, par le Docteur G. Aveline. Un vol. 8°, 218 p. : 30 francs. M. Vigné, édit., 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Cette étude relate les cas où les moyens de laboratoire restant muets, l'auteur utilise la radiesthésie.

Histoire générale de la médecine, de la pharmacie, de l'art dentaire et de l'art vétérinaire, ouvrage publié sous la direction du Professeur Laignel-Lavastine, de l'Académie de médecine, professeur d'histoire de la médecine à la Faculté de Paris. Secrétaire général : Bertrand Guégan. Le tome premier vient de paraître. L'ouvrage formera trois volumes, format 22 × 28 à 700 pages chacun, brochés ou reliés demi-chagrin grenat de premier choix, avec coins, dos orné, 5 nerfs, tête et titre or fin, fers spéciaux de Séguy. Le texte est composé en caractère Garamond, corps 12. Chaque volume est orné d'environ 600 illustrations en héliogravure, de 2 fac-similés de documents, de 4 planches en couleurs (procédé Jacomet) de 8 hors-texte en pleine page sur papier Héliona-Navarre, et de 16 hors-texte en quadrichromie sur beau papier couché. Conditions de souscription : Les prix actuels de souscription à l'« Histoire de la médecine », complète en trois volumes, sont fixés pour : l'ouvrage broché à 900 francs ; l'ouvrage relié à 1.185 francs. Prospectus-spécimen sur demande. Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghens, Paris.

Divers

Marianne, la femme sans homme, par J. Crinon. Un volume de 220 pages, est mis en vente à la Librairie Malfère, 118, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe), au prix de 12 francs. Il est expédié franco.

Un livre crâne qui contient les réflexions sévères commandées par les événements stupides que nous vivons : Une République sous la botte du facisme rouge, une France amoindrie que guette l'étranger.

Les bons et les mauvais champignons : leur détermination par la méthode des nombres signalétiques, par le Docteur Séverin Icard. Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Les champignons, à cause de leur grand nombre, et aussi à cause des caractères souvent peu nets qui en différencient les genres et les espèces, laissent fréquemment perplexes et hésitants les amateurs mycologues qui cherchent à les déterminer. C'est pour faciliter la tâche de ces derniers que le Docteur Icard a appliqué à la détermination des champignons *sa méthode des nombres signalétiques*. L'auteur enappliquant cette méthode à une des branches des sciences naturelles qui s'y prêtait le moins, a voulu encore, par cet exemple, donner une preuve des services *que la méthode des nombres signalétiques* pouvait rendre dans toutes les sciences à classification.

Chimie générale, par Albert Bouzat. Un volume in-16, 28 figures. Broché : 10 fr. 50. Collection Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris (V^e).

Les innombrabres faits de la chimie ne seraient qu'une masse confuse et inassimilable s'ils n'étaient coordonnés par les théories. On trouvera dans l'ouvrage de M. Bouzat, doyen de la Faculté des sciences de Rennes, un exposé parfaitement clair et précis de l'état actuel de ces théories qui, édifiées peu à peu, forment aujourd'hui un magnifique monuement aux lignes harmonieuses.

Entre autres, la classification périodique, la radio-activité, les découvertes récentes sur la constitution de l'atome et les genèses d'éléments font l'objet de chapitres d'un puissant intérêt.

De lecture facile, ce petit ouvrage initiera les futurs élèves des Facultés et des Ecoles à toutes les parties importantes de la doctrine chimique qui y est étudiée avec une logique rigoureuse ; ceux qui ont déjà suivi un enseignement d'ordre élevé y trouveront un résumé où les idées principales sont mises en lumière.

Cet ouvrage permettra également aux techniciens de l'industrie de préciser et de mettre à jour leurs connaissances en chimie.

Enfin, toutes les personnes cultivées auront plaisir à le lire, car elles pourront y admirer la hardiesse des théories et leur adaptation aux faits, et se mettre au courant des dernières découvertes concernant la matière et sa constitution.

Almanach Hachette 1937. 5 francs. A la ville, à la campagne tous l'achètent.

La Jeunesse de Mirabeau, par Claude Ferval. Un vol. 15 francs. A. Fayard, éditeur, 18-20, rue du Saint-Gothard, Paris.

Le XVIIIe siècle si fertile en dessins hors série ne connut cependant guère de figure plus extraordinaire que celle de Gabriel-Honoré de Mirabeau. C'est sa jeunesse que nous restitue Claude Ferval en un récit que traverse toute la fièvre, la passion d'une existence orageuse, tumultueuse et marquée pour tous les excès de l'amour.

utile à la péritonite à pneumocoques ; si on la propose, elle doit être conduite suivant une technique toute particulière, une technique du moindre mal, si l'on peut dire.

Autant que possible, il faudra procéder sous anesthésie locale.

L'incision sera une simple boutonnière — qui permettra de sentir le pus — le plus appendiculaire est nauséabond, le pus pneumococcique est inodore — de voir les anses intestinales gluantes, visqueuses, un peu tuméfiées — l'appendice participant simplement au processus général sans présenter de lésions particulières ; au besoin on peut procéder à l'examen bactériologique immédiat de la sérosité recueillie.

Si le diagnostic de péritonite à pneumocoques est confirmé par cette inspection, il faut en rester là, ne pas explorer davantage, ne pas malaxer les anses intestinales, surtout ne pas éviscérer, ne pas partir à la recherche d'un problématique foyer d'infection ; tout au plus peut-on, s'il vient à la plaie, enlever l'appendice... ce n'est point strictement nécessaire. Il ne faut faire aucun lavage... peut-être mettre un petit drain, et c'est tout.

Cette intervention minime constitue, en tout cas, le maximum de ce que l'on doit exécuter. Et c'est ce que l'on peut faire de mieux — ou de moins mal — tant que nous ne disposerons pas d'une thérapeutique général spécifique de l'infection pneumococcique.

FAITS CLINIQUES

L'ostéomyélite primitive de la rotule

Par **A. AIMES** (Montpellier)

Nous avons publié, en 1913, un cas d'ostéomyélite primitive de la rotule (Aimes et Delord : *Soc. des Sc. méd. de Montpellier*, 12 décembre 1913) ; depuis, quelques observations nouvelles ont été publiées, mais cette affection est rare puisque dans leur récent article du *Progrès Médical* (13 avril 1935), MM. Rigaux et Milhiet n'en ont trouvé que cinquante-cinq cas. Nous avons eu l'occasion, récemment, de suivre une malade atteinte d'ostéomyélite subaiguë de la rotule et nous signalons cette lésion qui peut faire hésiter le médecin :

Mlle F... (Anne-Marie) a souffert, au début de février 1935, de la rotule droite ; un médecin consulté pense à un hygroma, mais l'enflure douloureuse persiste. La malade subit d'abord l'application de pointes de feu, puis l'aggravation se continuant (augmentation de volume de l'os, douleurs, température), la jeune fille est opérée et on trouve une ostéite suppurée de la rotule, qui est traitée par un évidement de l'os (15 juin 1935).

La tuméfaction, la fièvre, les phénomènes douloureux cèdent, mais il persiste un trajet fistuleux et l'opérée nous est adressée pour cure hélio-marine.

A son arrivée, on constate la présence d'une cavité ovalaire, de un centimètre de long sur quatre ou cinq millimètres de large, occupant, à peu près, le centre de la rotule. Cette fistule sécrète du pus épais ; la malade souffre ; le genou est atteint d'une raideur marquée.

La suppuration persiste, malgré la cure hélio-marine, et le 17 octobre 1935, sous anesthésie locale, la rotule est largement évidée. La cavité contient des fongosités et de petits séquestres. L'examen bactériologique des fragments enlevés est négatif : pas de germes.

La cicatrisation se fait correctement, elle est complète fin décembre 1935.

Le 4 juin 1936, après deux jours de douleurs, ouverture spontanée, dans la cicatrice, d'une petite collection suppurée. Le centre de la cicatrice s'est éliminée et il reste un cadre rigide, entourant une petite cavité occupée par des bourgeons charnus, mous, grisâtres ; ces bourgeons sont détruits par le nitrate d'argent. La cicatrisation est rapidement obtenue.

OBSTÉTRIQUE

L'examen histo-pathologique de placenta peut-il permettre le diagnostic de la syphilis ?

Etant donnée l'influence néfaste que la syphilis peut exercer sur la marche de la grossesse et sur le produit de la conception, on est souvent amené à rechercher l'origine syphilitique de divers accidents obstétricaux, de façon à éviter leur retour en soumettant les intéressés au traitement approprié. Or si, parfois, la simple histoire clinique de la maladie est assez nette pour confirmer ce diagnostic, dans d'autres cas, au contraire, la syphilis acquise ou congénitale de la femme enceinte reste douteuse ne se traduisant que par l'accident envisagé lui-même. Dans ces conditions et après avoir éliminé d'autres causes locales ou générales, on se rabat sur la syphilis à cause de sa grande fréquence, sans que la femme présente une preuve clinique ou sérologique formelle. En particulier, les données du Wassermann sont plus que décevantes. D'où la nécessité d'étayer son diagnostic sur le plus grand nombre possible de renseignements solides.

Dans cet ordre d'idées, divers auteurs ont essayé de dépister la syphilis en recherchant les lésions dans les tissus ovulaires ou fœtaux soumis eux-mêmes à l'influence nocive du tréponème. Le problème est relativement facile en cas d'enfant mort où l'examen du foie a une grande signification. Il est plus difficile en cas d'enfant vivant. Cependant, comme l'a dit notre maître Henri Vignes dans l'*Année Obstétricale* de 1925 (Masson, édit., 1927) : « on tirera de précieux renseignements de l'examen histologique du délivre et de la recherche du tréponème à l'ultra-microscope dans le bout fœtal du cordon ». C'est de l'examen du délivre que nous voudrions parler aujourd'hui.

Classiquement, on le sait, il a été décrit au placenta syphilitique un ensemble de caractères qui se rencontrent d'une façon plus ou moins constante.

Tout d'abord, *macroscopiquement*, on note l'hypertrophie du placenta dont le poids est augmenté par rapport au poids fœtal. De plus, cet organe présenterait un aspect blanchâtre et une consistance friable. Parfois, on y observe une hémorragie entre les villosités et des plaques indurées d'aspect blanchâtre. Ces lésions macroscopiques se voient, d'ailleurs, surtout dans les cas où l'état du fœtus impose le diagnostic et elles sont moins nettes dans des cas plus intéressants à apprécier : tel accouchement prématuré est-il imputable à la syphilis ? telle tare reconnaît-elle cette origine ? tel enfant né d'une femme traitée est-il indemne de syphilis congénitale ? Problèmes complexes où un placenta syphilitique ne se distingue pas à l'œil nu d'un placenta sain. Et, d'autre part, telles lésions que l'on a décrit comme syphilitiques ne sont-elles pas dues à une simple endométrite avec ses déterminents infectieux, endocriniens ou autres ?

Microscopiquement, la coupe démontre une augmentation de volume des villosités par ailleurs œdémateuses et infiltrées et dont certains ont les extrémités renflées en massue. A cela s'ajoute, par endroits, une hyperplasie de la couche langhansienne et plasmodiale.

Le tissu muqueux du stroma de la villosité est, en partie, disparu et envahi par des cellules fusiformes et embryonnaires et des cellules spéciales décrites par Hofbauer.

Pour cet auteur, ces modifications du stroma traduisent la réaction du tissu réticulaire au tréponème. Ces éléments cellulaires sont noyés dans une substance conjonctive dense d'aspect *nettement fibrillaire*. Certains classiques et, en particulier Malassez, ont enseigné que l'augmentation de volume ou l'hypertrophie de la villosité est due au grand développement que prend tout ce tissu conjonctif. Cet aspect de fibrose serait, pour eux, un caractère presque constant de la syphilis placentaire, sinon pathognomonique.

Le système vasculaire est atteint par le tréponème et l'on

décrit classiquement, des lésions de périartérite et d'endartérite oblitérante et végétante, en somme, les mêmes lésions que peut provoquer la spyhilis sur les vaisseaux de l'adulte. Les vaisseaux altérés ont leurs parois épaissies par un tissu de sclérose et par une infiltration de nombreux noyaux, et si certains de ces vaisseaux sont à peine reconnaissables, d'autres sont complètement disparus et on n'en trouve que les vestiges. Cette altération vasculaire semble constituer, pour la plupart des classiques, et, en particulier, Schwaab, Frankel, un signe pathognomonique de la syphilis et explique en partie les troubles fonctionnels de l'irrigation placentaire aboutissant à l'interruption de la grossesse.

Plusieurs auteurs ont critiqué ces données classiques en démontrant que, parmi ces lésions, il n'y en a pas une qui soit pathognomonique et d'autre part, ces lésions peuvent se rencontrer dans des placentas provenant de sujet non syphilitiques.

Cette thèse vient d'être développée par L. Montgomery dans un travail intitulé « La fibrose du placenta » paru dans un numéro récent de l'*American Journal of obstetrics* (1936, t. XXXI, p. 253) dont nous voudrions ici souligner la portée.

Montgomery étudie la signification des lésions de fibrose dans le placenta humain normal et syphilitique. Il attire, tout d'abord, l'attention sur la facilité avec laquelle on fait ce diagnostic et s'accuse, lui-même, d'avoir employé témérairement ce terme de fibrose dans ses travaux antérieurs ; mais, dès cette époque, il doutait de l'existence de la fibrose placentaire en tant qu'une entité pathologique et il se proposait de revenir sur la question en recueillant de nouvelles données. Aussi, dans son travail actuel, après l'examen des coupes et l'étude des observations cliniques correspondantes, il a essayé de déterminer :

1° l'effet de la soi-disant lésion de fibrose sur le poids du nouveau-né ;

2° son effet sur la fréquence de la mortinatalité ;

3° les conditions qui peuvent donner lieu à un diagnostic de fibrose si on admet que celle-ci n'est pas une entité pathologique.

Parmi les sept cents placentas examinés mascroscopiquement et microscopiquement, l'auteur a trouvé cent un cas dans lesquels fut notée une augmentation de la densité du tissu conjonctif dans le stroma villeux et cinquante quatre dans lesquels le tissu fibreux autour des vaisseaux fœtaux du placenta était plus développé que normalement. A ces apparences, il donne respectivement les termes de « *fibrose diffuse des villosités placentaires* » et de « *fibrose périvasculaire* ». Dans plusieurs cas, les deux types de lésions coexistaient dans le même placenta.

Dans les cent un cas de « fibrose diffuse », on note des enfants nés à terme ou près du terme et dont 86 présentaient un poids moyen de 3 kgr. 500. Dans les cinquante quatre cas de « fibrose périvasculaire » on rapporte quarante-huit enfants nés à terme ou près du terme et ayant un poids moyen de 3 kgr. 500. Dans le premier groupe de cent un cas, on note cinq morts-nés, dont deux imputables à une toxémie, un à la syphilis, un à l'embryotomie, un à une monstruosité. Dans le deuxième groupe de cinquante quatre cas, il y a six morts-nés : trois par syphilis maternelle, deux par toxémie et un par embryotomie. En résumé, l'étude des cas dans lesquels le diagnostic de « fibrose diffuse » et de « fibrose vasculaire » a été fait, révèle que les enfants nés à terme ou près du terme étaient de poids moyen et que le pourcentage de la mortinatalité dans ces cas n'était pas plus élevé que dans les cas où la lésion de fibrose manque.

L'auteur est, ainsi, amené à douter de l'existence de ces lésions comme une entité morbide. Il cite plusieurs circonstances qui confèrent au placenta normal une fausse apparence de fibrose, notamment les variations normales de l'architecture des différents placentas, tous étant adéquats au besoin du fœtus *in utero*, les variations entre les villosités des différentes régions d'un même placenta. En particulier, quand on approche de la périphérie du placenta normal, on note un épaississement des parois des vaisseaux fœtaux ; la lumière en est oblitérée en plusieurs endroits ; le stroma villeux est rempli par un tissu conjonctif dense et le calibre des capillaires est réduit.

Un autre facteur qui influe sur la densité du stroma villeux, c'est le degré de maturité du placenta. Le stroma des villosités placentaires est plus riche en tissu conjonctif à la vingt-quatrième semaine de la gestation qu'à terme ; cela peut amener un débutant à croire à un commencement de fibrose pathologique.

La plus grosse erreur, d'après l'auteur, est celle que l'on commet à l'examen macroscopique d'appeler lésion de « fibrose » des zones indurées grises du placenta.

L'examen démontre que ces dernières correspondent plutôt à des zones de nécrose ou de thrombose survenant entre les villésités.

Etudiant les rapports de la fibrose du placenta avec la syphilis, Montgomery rappelle d'abord les données classiques caractérisant le placenta syphilitique : hyperplasie du tissu conjonctif des villosités et altérations des parois vasculaires. Mettant en doute l'infaillibilité de ces données, il ne leur reconnaît aucun caractère spécifique à la syphilis.

L'examen des placentas suspects de syphilis lui montre trois aspects fréquemment observés :

1° une intégrité de la couche syncytiale des villosités avec absence de la nécrose ou du dépôt fibrineux qui caractérisent la majorité des placentas arrivés à terme ;

2° une augmentation des cellules du stroma villositaire ;

3° un œdème du stroma villositaire.

Ces deux dernières caractéristiques, surtout l'œdème, contribuent à donner à l'extrémité des villosités leur aspect en massue et expliquent l'augmentation du poids placentaire par rapport au fœtus et l'aspect pâle et graisseux de la surface placentaire lavée dans une solution saline.

Pour l'auteur, ces modifications histologiques attribuées à la syphilis sont, en réalité, dues au développement incomplet du placenta et à son infiltration œdémateuse.

Au cours de son évolution normale, le placenta subit en effet certaines modifications histologiques.

A la troisième semaine, on y observe des villosités larges dont le centre mésoblastique est formé par un tissu myxœdémateux dans lequel les éléments cellulaires sont peu nombreux et où les capillaires manquent. A la douzième semaine de la gestation, les villosités sont plus petites ; le centre mésoblastique contient des cellules dont le noyau présente un caractère vésiculaire, ces dernières constituant les cellules primitives indifférenciées du mésoblaste. A la vingt-quatrième semaine. le stroma des villosités est riche en éléments mésoblastiques et l'aspect de la coupe démontre un processus d'organisation villositaire. Si, à cet aspect de six mois, on ajoute de l'œdème des espaces tissulaires par suite d'une déficience circulatoire d'origine inflammatoire ou toxémique, on aura une parfaite image du placenta appartenant à une grossesse interrompue par la syphilis, par une maladie aiguë ou par la toxémie. Or, pour Montgomery, cette structure a été associée au tableau de la mort fœtale d'origine syphilitique, en invoquant un facteur de fréquence de la mortinatalité prématurée.

Pour soutenir cette affirmation, l'auteur examina plusieurs placentas appartenant à des femmes syphilitiques chez lesquelles la mort fœtale eut lieu à diverses périodes de la gestation et les compara à l'aspect histologique de placentas de gestations interrompues par d'autres causes que la syphilis et à des périodes correspondantes au premier groupe. Il conclut à une grande ressemblance entre ces divers cas.

En dehors de cette structure du stroma que Montgomery considère comme propre à un placenta normal non à terme, il déclare n'avoir jamais pu identifier de vraies lésions des parois vasculaires semblables aux lésions vasculaires de la syphilis acquise ou congénitale.

Pour l'auteur, on peut noter deux sortes de lésions du système vasculaire du placenta.

La première est une inflammation aiguë qui a lieu au cours du travail ou après une rupture prématurée des membranes. Cette lésion se caractérise par une infiltration leucocytaire

dans les parois vasculaires et les parois périvasculaires du cordon, à la périphérie du placenta et sous la surface fœtale de cet organe. Une telle lésion est interprétée par Montgomery comme la manifestation d'une réaction aiguë au traumatisme ou à l'invasion bactérienne et l'aspect microscopique ne révèle ni des lymphoctytes, ni les autres caractères de la syphilis vasculaire.

Le deuxième type de lésion vasculaire est l'oblitération régressive du vaisseau survenant d'une façon physiologique à la périphérie du placenta.

Elle se retrouve, aussi, dans les vaisseaux voisins des surfaces de nécrose massive et dans le cas de dégénérescence massive du placenta à la suite de missed abortion.

D'après Montgomery, ces lésions vasculaires sont comparables aux modifications subies par les artères ombilicales et hypogastriques après la naissance du fœtus. Elles ne sont pas nécessairement d'origine inflammatoire et peuvent se retrouver aussi bien dans le placenta normal que dans le placenta syphilitique.

Enfin Montgomery attire l'attention sur le fait déjà connu, de la difficulté de dépister le tréponème dans le placenta. Cette absence contraste avec sa présence dans le cordon ombilical surtout à l'extrémité fœtale des parois de la veine ombilicale.

De cette étude, Montgomery conclut à l'absence de modifications qui puissent être rattachées directement à la syphilis ; il attribue les lésions classiques à l'arrêt du développement du placenta par suite d'un arrêt de la vitalité fœtale. Il trouve, en effet, les mêmes aspects chez les fœtus dont la mort est due à d'autres causes que la syphilis.

***

Tous ces faits doivent nous donner à réfléchir. Les lésions du stroma et des vaisseaux que nous attribuons à la syphilis sont-elles bien le fait de cette maladie et, à la rigueur, de quelques maladies chroniques plus rares dont le caractère évolutif serait comparable ? Témoignent-elles d'une réaction vraiment spécifique du tissu placentaire ? Ou bien faut-il envisager qu'il n'y a là que coïncidence ? Sans apporter des statistiques comparables à celles de Montgomery, quelques observations « pures » seraient bien utiles : syphilis maternelle acquise récente non soignée, syphilis plus ancienne en activité et non soignée, syphilis bien soignées, syphilis congénitales, pourraient être être des rubriques qui permettraient de répartir les lésions placentaires et d'essayer de comprendre leur signification.

Et il faudrait, aussi, essayer de comprendre pourquoi, dans certains cas de syphilis indéniable, on ne constate pas de lésions. Cette étude ne serait pas seulement utile pour établir un diagnostic ; elle comporterait de précieux enseignements pour interpréter le mécanisme de la contamination transplacentaire du fœtus.

FARÈS-ASSAD

Bien qu'il soit difficile d'apprécier les résultats de la thérapeutique anti-ulcéreuse, étant donné le cycle évolutif de l'ulcère, le traitement par les acides aminés, par l'extrait parathyroïdien, diminue la durée de la période douloureuse, assèche l'ulcère. (HILLEMAND. — L'orientation actuelle du traitement des ulcères gastro-duodénaux. *Annales médico-chirurgicales*, octobre 1936.)

L'augmentation numérique du personnel médical de nos sanatoriums publics est la seule — et urgente — réforme qui puisse assurer à tous les tuberculeux qui y ont droit, l'inappréciable bienfait du pneumothorax précoce. (RIST. — Le pneumothorax thérapeutique précoce. *An. méd. chir.* oct. 1936).

PHTISIOLOGIE

La tuberculose pulmonaire chez les diabétiques

De nombreux travaux ont déjà paru sur cette question ; mais ayant eu l'occasion de l'étudier chez 87 malades, M. L.-M. Roy a jugé utile de consacrer sa thèse (Paris, 1936) à l'exposé de son observation. Et voici les conclusions auxquelles il arrive :

La plus grande fréquence actuelle de la tuberculose chez les diabétiques paraît être due à la prolongation de la durée vitale du diabète sous l'influence de l'amélioration du traitement et au perfectionnement des moyens de diagnostic. Dans 16,5 % des cas, M. Roy retrouve cette redoutable complication.

Il existe une prédominance nette de diabétiques consomptifs atteints de tuberculose pulmonaire : sur 87 cas de tuberculose associé au diabète, 63 fois il s'agissait de diabétiques acidosiques, 24 fois de diabétiques simples.

Par rapport aux diabétiques simples, les diabétiques consomptifs meurent de tuberculose pulmonaire dans la proportion de trois contre un.

La tuberculose apparaît à n'importe quel moment du diabète et à n'importe quel âge. L'âge avancé des malades n'imprime aucun caractère spécial à l'évolution de la tuberculose qui est aussi grave à 20 ans qu'à 60.

Le réveil évolutif de la tuberculose s'observe très fréquemment dans un délai de un à quatre ans après l'apparition du diabète. Après dix ans c'est une complication beaucoup plus rarement observée. Dans la majorité des cas de diabète acidosique, l'éclosion de la tuberculose est secondaire à celle du diabète.

Dans 85 % des cas, chez les diabétiques tuberculeux, l'apparition de la tuberculose est secondaire à celle du diabète.

Chez les femmes diabétiques, les grossesses créent un terrain propice au développement de la tuberculose, de leur propre fait et parce qu'elles risquent d'aggraver souvent le diabète.

La tuberculose n'apparaît pas plus souvent chez les diabétiques pauvres que chez les non-diabétiques de la même catégorie.

L'influence de la profession intervient relativement peu dans le développement de la tuberculose chez les diabétiques.

Les affections pulmonaires pneumococciques peuvent constituer chez les diabétiques un point d'appel pour la tuberculose.

Aucune modalité clinique ne peut être élevée au rang de forme élective de la tuberculose chez les diabétiques ; tous les aspects anatomo-radiologiques et évolutifs de la tuberculose peuvent se voir chez eux, depuis la tuberculose miliaire aiguë et la broncho-pneumonie caséeuse jusqu'à la tuberculose fibro-caséeuse commune et la tuberculose fibreuse, toutes proportions gardées la tuberculose fibrocaséeuse banale étant de beaucoup la plus commune.

Les tuberculoses aiguës, en particulier les formes bronchopneumoniques ou granuliques, sont relativement rares chez les diabétiques mais évoluent inéluctablement vers la mort dans un délai de quatre à six mois.

La tuberculose des diabétiques revêt dans la majorité des cas le type fibro-caséeux banal (60 cas sur 87), son évolution excédant rarement quatre ans.

Dans quelques cas, la tuberculose peut revêtir un type plus stagnant, torpide, fibreux.

Le début insidieux, latent, des lésions tuberculeuses est particulièrement fréquent chez les diabétiques (65 fois sur 87 cas), d'où l'intérêt capital des examens radiologiques répétés en série pour saisir leur apparition.

La tuberculose peut se manifester cliniquement chez les diabétiques, soit par des symptômes directs en rapport avec

l'imprégnation bacillaire, ne différant en rien de ceux de la tuberculose banale non-diabétique, c'est le cas le plus fréquent ; soit par des symptômes indirects : aggravation des troubles du métabolisme glucidique coïncidant avec le début de la tuberculose, c'est là un fait assez rare.

Il n'y a pas de signes négatifs au cours de la tuberculose pulmonaire chez les diabétiques : les hémoptysies, la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration, la fièvre, sont retrouvées aussi souvent qu'au cours de la tuberculose des non-diabétiques.

La localisation initiale radiologique des lésions tuberculeuses apparaît le plus souvent dans la région du hile (50 fois sur 87 cas), soit contre le hile, soit le long du tractus supérieur prolongeant la tête du hile vers la région intercléido-hilaire et cela quel que soit l'âge du sujet.

L'évolution du processus tuberculeux chez les diabétiques paraît se continuer localement et la tendance à la caséification avec formation de géodes au voisinage du hile est fréquente, bien que la tuberculose soit très extensive chez eux.

La tuberculose a été la cause des décès dans 93,7 % des cas, le diabète dans 6,3 % seulement des cas chez les diabétiques tuberculeux.

La mortalité chez les diabétiques tuberculeux est considérable, la mort survenant dans un délai plus ou moins rapproché dans 75 % des cas.

La durée totale d'évolution de la tuberculose excède rarement six mois dans les formes aiguës, quatre ans dans les formes chroniques, la maladie évoluant habituellement en un à deux ans.

La mort par tuberculose pulmonaire chez les diabétiques survient aussi fréquemment chez les malades âgés que chez les jeunes : six cas de mort sur six entre 61 et 70 ans, 3 cas de mort sur trois entre 10 et 20 ans.

Le parallélisme entre l'évolution de la tuberculose et celle du diabète est beaucoup moins étroit qu'on a voulu le dire. Une aggravation du diabète ne coïncide pas forcément avec le début de la tuberculose qu'il faudra cependant suspecter devant toute aggravation du diabète

Après le réveil évolutif de la tuberculose, le diabète peut rester indifférent, s'améliorer ou subir une aggravation sans qu'on puisse affirmer une relation directe entre la poussée évolutive tuberculeuse et celle du diabète. L'aggravation est un fait possible, elle n'est pas obligatoire, elle n'est même pas habituelle.

Le coma diabétique vrai est relativement rare chez les diabétiques tuberculeux. Mais on a pu observer, après la guérison du coma, le réveil de lésions tuberculeuses jusque-là latentes et une poussée évolutive rapide.

L'atténuation des signes du diabète apparaît dans quelques cas à la période de cachexie tuberculeuse terminale. Elle n'est le plus souvent qu'apparente et relève de restriction alimentaire spontanée.

Le diagnostic précoce de la tuberculose chez les diabétiques est une nécessité absolue. Il repose essentiellement sur l'exploration radiologique des poumons (radioscopie tous les trois mois, radiographie tous les ans ou deux fois par an) et sur l'examen systématique de l'expectoration au moindre doute.

Les tests biologique ont une valeur diagnostique discutable et ne peuvent en aucune façon être comparés à l'importance des examens radiologiques. Leur valeur pronostique est plus grande à la condition qu'on puisse les superposer aux renseignements cliniques et radiologiques. Pourtant, dans plusieurs cas observés, leurs modifications ont souvent précédé l'amélioration ou l'aggravation des signes cliniques dans un délai d'ailleurs très rapproché.

La cuti sédimentation globulaire paraissent fidèles et plus constantes dans leurs réponses que la réaction de Vernes.

Il semble que le développement de la tuberculose chez les diabétiques est dû plus à un réveil évolutif, à une réinfection endogène qu'à une surinfection exogène par contagion interhumaine.

Le traitement de la tuberculose demande chez les diabétiques à la fois : a) une intervention rapide, trop souvent la tuberculose se bilatérisant rapidement : b) une certaine audace dans les indications thérapeutiques ; c) une action simultanée sur la tuberculose et le diabète comme s'ils existaient isolément.

Le traitement du diabète ne comporte pas des modalités différentes de celui du diabétique non-tuberculeux ; il vise à réduire aussi complètement que possible la glycosurie, à ramener autant que possible la glycémie à la normale, à faire disparaître l'acétonurie en utilisant soit le régime simple, soit le régime mixte et l'insuline selon la forme de diabète en cause.

Le traitement de la tuberculose ne diffère pas non plus de beaucoup de celui de la tuberculose des non-diabétiques. La collapsothérapie est le traitement de choix toutes les fois que ce sera possible. Il faudra l'instituer précocement sans attendre l'apparition de bacilles de Koch dans l'expectoration et même si les lésions sont peu évolutives.

La collapsothérapie sera simple, cas le plus fréquent (29 fois sur 36), ou donble, beaucoup plus rarement (4 cas sur 26).

Il n'existe aucune contre-indication spéciale à l'emploi de l'aurothérapie chez les tuberculeux diabétiques ; les contre-indications seront les mêmes que chez les tuberculeux ordinaires et les accidents n'y sont pas plus fréquents.

La cure sanatoriale bien conduite est le complément indispensable du traitement de la tuberculose chez les diabétiques.

L'absence de traitement chez les malades implique un pronostic des plus graves (25 décès sur 30 cas non traités).

Le traitement collapsothérapique améliore considérablement la gravité du pronostic : 16 cas de survie dont 13 Pno simples, 1 Pno double et 2 phrénicectomies sur 36 malades soumis à ce traitement.

Quatorze malades ont un traitement collapsothérapique institué depuis plus de dix-huit mois ; parmi ces malades dans 7 cas le Pno a été créé et est entretenu depuis trois à cinq ans ; dans un cas de phrénicectomie l'évolution se prolonge depuis neuf ans.

Les résultats de l'aurothérapie sont moins bons ; deux malades seulement sur trente survivent actuellement, dont un cas depuis cinq ans.

L'efficacité moindre du traitement de la tuberculose chez les diabétiques par rapport aux formes de la tuberculose ordinaire non-diabétique paraît être due à l'extrême sensibilité du terrain diabétique vis-à-vis de la tuberculose.

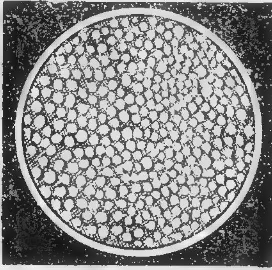
REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Bactériologie

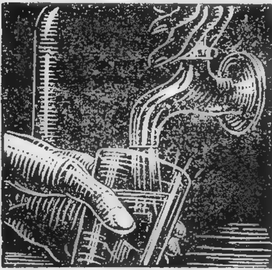
Les discussions sur la nature du bactériophage rappellent singulièrement les polémiques sur la génération spontanée, qui nous paraissent bien désuètes à l'heure actuelle. Quelques notions paraissent cependant indiscutables :

Sur le terrain scientifique on a eu grand tort, chaque fois qu'on étudiait un bactériophage, de considérer les faits observés comme susceptibles d'être généralisés à tous les bactériophages. Chacun d'eux doit être étudié isolément et, si les caractères fondamentaux sont communs à tous, nombreuses sont les notions de détail, qui doivent être acceptées comme exactes pour quelques principes seulement. Actuellement partisans et adversaires de la théorie du virus restent sur leurs positions. L'auteur reste convaincu de la possibilité d'expliquer tous les phénomènes observés sans avoir recours à l'hypothèse ingénieuse, mais nullement démontrée, d'un ultramicrobe.

Sur le terrain pratique, avant de préconiser dans un cas déterminé l'utilisation thérapeutique d'un bactériophage, il faut réunir un certain nombre de renseignements ; le plus important est, sans aucun doute, la nécessité de savoir si le germe



Goutte de Loraga dans laquelle on se rend compte de la ténuité et de la régularité des globules d'huile de paraffine, constituant une véritable émulsion très homogène.



Pour les malades aimant absorber leur médicament dans de l'eau : une cuillerée à soupe de Loraga dans un verre, ajouter de l'eau et boire le tout.



Pour les enfants qui répugnent, par principe, à prendre des médicaments : une ou deux cuillerées à café dans du lait.



"Une émulsion doit couler aisément", dit le bon pharmacien. Le Loraga satisfait à cette exigence sous tous les climats.



LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine

Régulateur physiologique de l'intestin

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

INDICATIONS : Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

TOLÉRANCE PARFAITE - AUCUNE ACTION SECONDAIRE
PAS D'ACCOUTUMANCE NI DE SUINTEMENT HUILEUX

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS

LABORATOIRES SUBSTANTIA
M. GUÉROULT, Pharmacien
13, Rue Pagès
SURESNES (Seine)



en cause est sensible aux principes lytiques. Il convient en outre d'étudier le mode d'administration, de procéder avec prudence et de ne pas persévérer, lorsque les premières injections n'ont pas donné de résultat satisfaisant.

(E. Renaux. Le bactériophage. *Scalpel*, 2 mai 1936.)

Clinique médicale

Le diagnostic de tuberculose pulmonaire paraît facile ; en réalité on commet beaucoup d'erreurs et on déclare atteints des sujets qui sont en réalité indemnes.

Sur 1.177 malades, hospitalisés au sanatorium de Lecce pendant les années 1933-1934, 70 étaient indemnes de tuberculose. Voici les erreurs les plus fréquemment commises :

Treize bronchectasies, douze maladies mitrales, neuf bronchites chroniques, quatre aortites, trois abcès pulmonaires, trois cas d'artériosclérose avec hypertension, trois malarias, trois syphilis tertiaires, deux empyèmes métapneumoniques, deux échinococcoses pulmonaires, seize cas divers allant de la bronchite aiguë à l'otite et à la fièvre typhoïde.

(Alberto Iraci. Le malattie pseudotubercolari osservate nell' Ospedale Sanatorio di Lecce durante il bienno 1933-1934. *Rivista di patologia e clinica delta tubercolosi*, 31 mai 1936.)

Pour suivre l'évolution d'un cas de tuberculose pulmonaire on a fait usage de la réaction de sédimentation. L'étude comparée des courbes de la sédimentation et du poids paraît susceptible d'un emploi régulier.

On peut trouver une concordance parfaite ou presque entre le poids, la sédimentation et la clinique dans plus de la moitié des cas.

Il y a une discordance nette dans le tiers des cas. Bien que l'on puisse en donner diverses explications, aucune n'est pleinement satisfaisante ; les modifications du poids semblent refléter fidèlement l'activité toxique du bacille de Koch.

Dans le reste des cas il est difficile, pour ne pas dire impossible, de savoir s'il y a discordance ou concordance.

(Henri Maecoux. Etude comparée des courbes de la sédimentation globulaire et du poids dans la tuberculose pulmonaire. *Laval Médical*, mars 1936.)

Psychiatrie

Voici le décalogue du toxicomane :

1° La toxicomonie est une maladie constitutionnelle. Les causes, généralement admises comme déterminantes, manquent totalement de valeur.

2° Le seul motif, qui décide le toxicomane à se soumettre au traitement, est la difficulté ou le manque de moyens de se procurer la drogue. Ce n'est jamais le désir de guérir.

3° Manquaut d'argent ou de moyens, il voit dans le traitement l'unique possibilité d'obtenir le toxique. Dès lors toutes ses pensées, tous ses actes concordent vers ce seul but.

4° Ne croyez pas trop aux bonnes intentions du toxicomane qui commence un traitement ; c'est plutôt le contraire qui serait d'une logique surprenante.

5° Tout toxicomane croit être un cas spécial, différent des autres et pourtant tous les toxicomanes se ressemblent et emploient les mêmes mots pour expliquer « leur cas ».

6° La symptomatologie de l'abstinence comprend : un syndrome de simulation, de la crainte, de l'auto-suggestion et une parcelle de vérité.

7° On dit que le toxicomane n'a pas de volonté : il a cependant une fermeté et une persévérance incroyables pour se procurer de la drogue.

8° L'unique traitement, répondant à ces principes, est le traitement brusqué, pratiqué en bonne et due forme.

9° L'intoxication se guérit avec une facilité relative ; la toxicomanie est actuellement incurable.

10° La rigueur d'une loi d'internement obligatoire peut seule modifier ce pronostic.

(Juan Soler. A modo de decalogo de la toxicomania. *Boletin del asilo de alienados en Oliva*, mars 1936.)

Aux grandes altitudes apparaissent des troubles psychiques.

Tout d'abord il y a une perte de conscience ; l'aviateur se croit meilleur que jamais, il a une sensation de bien-être, il est confiant et sûr de lui-même, ne voit ni les inconvénients ni les périls, oublie de se servir de son appareil respiratoire.

Bientôt l'aviateur devient incapable du plus léger effort musculaire.

Le mal des aviateurs se manifeste ordinairement vers 5.000 mètres ; les uns commencent à respirer de l'oxygène vers 4.000 mètres ; les autres peuvent atteindre 6.000 et même 7.000 mètres.

Dans le mal des montagnes les symptômes d'anoxémie sont mélangés avec ceux de la fatigue.

Vers 3.000 mètres l'alpiniste est abattu et indifférent ; bientôt apparaissent une irritabilité et un égoïsme exalté ; il perd la notion de la responsabilité collective et ne se préoccupe plus que de ce qui le touche personnellement. C'est alors que se produisent les actes d'indicipline et d'inconscience qui mettent en péril les membres de l'expédition. La capacité de concentration diminue à un tel point qu'il n'est pas rare de voir, dans les expéditions scientifiques, des savants commettre des erreurs grossières et inexplicables. Il faut enfin noter une insomnie rebelle.

Les malades, atteints de lésions pulmonaires aiguës ou chroniques avec insuffisance d'oxygénation, présentent des troubles analogues. On a prétendu également que certaines névroses, accompagnées d'angoisse, d'oppression et de dyspnée, relèveraient d'une oxygénation insuffisante du sang.

(Federico Gonzalez Deleito. Los trastornos psiquicos que aparecen en las grandes altitudes. *Revista espanola de medicina y cirugia*, mai 1936.) J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 novembre 1936

Rôle du bacille bovin dans l'étiologie de la méningite tuberculeuse de l'enfant. — *MM. E. Lesné, A. Saenz, M. Salembiez* et *L. Costil.* — Le rôle du bacille bovin dans l'étiologie de la méningite tuberculeuse de l'enfant est une question fort étudiée en France. Et cependant il mérite d'être précisé d'autant plus que c'est un fait acquis tant par le bactériologiste que par le phtisiologue que le bacille bovin manifeste à l'égard de l'espèce humaine une virulence égale à celle du bacille tuberculeux type humain. D'autre part, son rôle est d'autant plus important qu'il pose le problème pratique de la contamination de l'enfant étroitement liée à son mode d'alimentation, particulièrement dans les cas qui ne sont pas exceptionnels, où la notion de contage humain est impossible à mettre en évidence.

C'est surtout dans les pays Scandinaves et en Angleterre, où justement l'ingestion de lait cru de vache ou de laitages crus est de pratique courante, plus encore dans les campagnes que dans les milieux urbains — que les travaux sur la recherche du bacille bovin dans la méningite tuberculeuse de l'enfant ont été poursuivis.

En Angleterre et au Danemark il est des statistiques impressionnantes qui décèlent le bacille bovin dans 25 à 40 % des cas de méningite tuberculeuse de l'enfant. Depuis quatre ans nous avons étudié 138 cas de méningites chez des enfants allergiques et n'ayant pas été vaccinés par le B. C. G.

Dans 8 cas seulement la culture du liquide céphalo-rachidien sur milieu de Lœwenstein est restée négative ; or l'évolution clinique a révélé qu'il s'agissait de syndromes méningés non tuberculeux et curables (reactions méningées secondaires, méningite séreuse bénigne). Cette méthode de dépistage du bacille de Koch est plus rapide et certainement aussi sûre que l'inoculation au cobaye qu'elle remplace avantageusement.

Sur les 130 cas étudiés, 121 ont fourni une culture de type humain et 9 une culture de bacilles bovins.

La plupart des enfants contaminés par le bacille bovin avaient été élevés à la campagne, et avaient ingérés du lait ou des laitages crus pendant une longue période ; la notion de contagion interhumaine ne fut pas démontrée ; l'infection par le lait est donc évidente.

Le lait bacillifère est loin d'être exceptionnel tant en France qu'à l'étranger ; il provient de vaches atteintes de mammite tuberculeuse ou même de vaches tuberculeuses dont les mamelles sont apparemment saines ; il peut aussi être infecté par les poussières de l'étable ou les excréments d'animaux malades dans la même étable.

Certes la contamination interhumaine est la règle et doit demeurer la notion essentielle de la prophylaxie en tuberculose infantile, et l'infection par le bacille bovin est l'exception; mais cependant le nombre des cas de méningites tuberculeuses relevant de cette étiologie n'est pas négligeable, et *une fois de plus se pose la question toujours en suspens du contrôle du lait.*

Les conclusions pratiques qui découlent de ces recherches sont simples et nettes : c'est l'usage pour les enfants d'un lait contrôlé dès la production, à l'étable : ce lait sera de plus bouilli ou stérilisé.

Etudes électro encéphalographiques. Les phénomènes de restitution et compensation dans les lésions de l'encéphale. — *MM. G. Marinesco, O. Sager* et *A. Kreindler.*

Sur la vaccination anti-charbonneuse au moyen des vaccins Lanolinès. — *M. P.-E. Pinoy.* — En resume actuellement, la méthode pastorienne de vaccination contre le charbon est encore la plus pratique et la plus sûre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 novembre 1936

A propos de l'action des diurétiques mercuriels. — *MM. Jacques Decourt* et *L. Fischer* soulignent l'existence de facteurs extra-rénaux dans le mécanisme d'action des diurétiques mercuriels.

Une preuve indirecte en est fournie par la grande variabilité de l'effet diurétique selon les sujets auxquels on s'adresse, alors même que leurs reins sont sains et par conséquent, de valeur fonctionnelle égale.

D'une façon plus directe, l'action tissulaire peut être mise en évidence par l'étude systématique des variations de l'hydrémie et de la chlorémie globulaire et plasmatique après l'injection d'un diurétique mercuriel.

Guérison d'un cas de pouls lent permanent. — *M. Ed. Doumer* (de Lille) apporte l'observation d'un homme de 60 ans chez qui s'installa une bradycardie par dissociation auriculo-ventriculaire typique à la suite d'une crise angineuse. La brabycardie persista pendant plus de deux mois, puis disparut et la restauration des lésions auriculo-ventriculaires normales avec un rythme aux environs de 80 persiste depuis plus de quinze mois. Toutefois des déformations du complexe ventriculaire indiquent la persistance d'un bloc de branche.

Œdème généralisé chez un brûlé. Contribution à la pathogénie des œdèmes. — *MM. Clavelin* et *Hugonot* relatent l'observation d'un malade qui, à la suite de brûlures étendues et profondes, évoluant sans tendance à la cicatrisation, avec un suintement purulent très abondant, présenta une infiltration œdémateuse généralisée. Il ne fut jamais constaté d'albuminurie ; la chlorémie fut constamment normale, mais le sujet présentait des troubles profonds de l'équilibre protéidique du sérum : hypoprotérhémie et inversion du quotient $\frac{S.}{G}$ Ce trouble humoral, cause déterminante de l'œdème, paraît avoir la conséquence du suintement purulent abondant et prolongé des plaies de brûlure.

Mme Bertrand-Fontaine fait observer que ces troubles de l'équilibre protéique se rencontrent toujours dans les suppurations prolongées qui ne s'accompagnent pourtant d'œdèmes que de façon exceptionnelle. Il ne lui semble donc pas que les œdèmes puissent trouver ici une explication dans ces troubles humoraux.

Un cas de lymphogranulomatose maligne, à début aigu et à forme anémique, avec syndrome de Mikulicz. — *MM. Georges Marchal, P. Soulié, A. Roy* et *J. Porge* rapportent un cas de maladie de Hodgkin, dont le début aigu, avec une fièvre élevée, un syndrome de Mikulicz, de petites hémorragies, et une proportion exceptionnelle de cellules souches (10 %), a simulé une leucémie lymphoïde aiguë, avant que la biopsie n'ait apporté la signature de la lymphogranulomatose maligne. Une anémie modérée rendait délicat l'emploi de la téléræntgenthérapie totale. Pourtant une première série d'irradiations généralisées, aux doses minimes de 6 r, a effacé complètement le syndrome de Mikulicz, a réparé l'anémie, fait disparaître les cellules souches, et a freiné l'évolution aiguë de la maladie. L'évolution totale en a été de seize mois.

Les auteurs étudient l'anémie hodgkinienne, qui s'intrique avec l'anémie post-radiothérapique dans les cas longuement traités.

Des examens histologiques, dans l'observation actuelle, ne décèlent pas de lésions destructrices de la moelle osseuse, mais ils montrent des aspects d'hématrophagie dans la rate et les ganglions. Ainsi, la formation de cellules de Sternberg n'accapare pas toute l'activité histologique du système réticulo endothélial, dans les formes anémiques de la lymphogranulomatose maligne : l'aptitude macrophagique s'y développe et représente le mécanisme principal de l'anémie hodgkinienne. Enfin, les auteurs ont observé des décharges considérables de monocytes (jusqu'à 79 %) et insistent sur l'extrême instabilité des formes sanguines.

Les hémoptysies foudroyantes. — *M. Roger Even.*

La forme pleurale de la granulie. — *M. Roger Even.*

Anémie gravissime aiguë fébrile par paludisme primaire. Difficultés de diagnostic hématologique. — *MM. Louis Ramond, P. Chevallier* et *B. Hahn* rapportent l'histoire d'une jeune fille de 30 ans présentant un tableau clinique d'une anémie aiguë fébrile nécessitant des transfusions.

Un examen du sang montra un seul jour la présence d'une extrême abondance d'hématozoaires qui disparurent complètement les jours suivants.

Les symptômes cédèrent très rapidement au traitement par la quinine. Il s'agissait d'un cas de paludisme primaire contracté en Algérie. Les auteurs insistent sur la fugacité des signes hématologiques dans ce cas.

Inoculation tuberculeuse cutanée suivie d'adénopathie suppurée non-chronique, puis de pleurésie sérofibrineuse chez un jeune homme atteint d'hypohémophilie. — *MM. P. Chevallier* et *Colin* rapportent un cas d'inoculation tuberculeuse cutanée suivie d'adénopathie suppurée contenant des bacilles de Koch. Le nodule cutané excisé fut inoculé au cobaye qui fut contaminé.

Les auteurs ajoutent à ce cas la curieuse observation d'un jeune homme atteint de vésiculite tuberculeuse qui contamina sa jeune femme. Trois semaines après son mariage, celle-ci présenta en effet une exulcération vulvaire accompagnée d'adénopathie inguinale faisant penser à la maladie de Nicolas Favre. Mais la réaction de Frei resta négative et l'on trouva des bacilles de Koch dans les ganglions.

M. Debré fait remarquer que la contamination tuberculeuse par voie cutanée s'observe chez le jeune enfant un peu moins exceptionnellement que chez l'adulte. Ces tuberculoses par pénétration cutanée sont alors toujours graves : le chancre d'inoculation persiste, l'adénopathie est incurable et la bacillose se généralise.

M. Rist a observé avec Morax sept cas de tuberculose par contamination conjonctivale qui ont parfaitement guéri, contrairement à toute attente.

Ostéopathie de carence au cours d'un scorbut fruste. — *MM. A. Cain, R. Cattan* et *S. Hertz.* — Chez un malade cachectique, atteint d'hydarthrose très douloureuse, l'existence d'un purpura péripilaire strictement localisé aux membres inférieurs et d'une gingivite discrète fait porter le diagnostic de scorbut fruste. La ponction des épanchements articulaires permet de retirer un liquide sanglant dont la coloration met en évidence une grande quantité de polynucléaires intacts. Les examens radiologiques des deux genoux montrent des plages de décalcification localisées, pseudo-cavitaires. Dans les jours qui suivirent l'entrée du malade à l'hôpital apparut en outre une épiphysite très douloureuse de l'extrémité supérieure du tibia gauche.

Tous ces symptômes cliniques et radiologiques rétrocédèrent rapidement sous l'action d'injections intraveineuses d'acide ascorbique.

Les auteurs insistent sur le caractère fruste de ce scorbut, sur les troubles mentaux et l'anémie concomitante, et sur l'aspect très particulier des radiographies.

M. Pagniez fait remarquer qu'étant donné la rétrocession extrêmement rapide des signes de scorbut par les traitements banaux (simple régime non carencé), il ne faut pas trop facilement conclure de l'action de l'acide ascorbique à la nature scorbutique des accidents constatés dans ce cas.

MM. Hallé et *Armand-Delille* se rangent à cet avis.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

Echos et Glanures

> « Je m'en vois, escorniflant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire, elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »
>
> MONTAIGNE.

La statistique du P.C.B. — Voici d'après la *Vie Médicale* (10 novembre 1936), le nombre des étudiants inscrits en vue du certificat d'études P. C. B. pour les quinze dernières années (pour toute la France) :

En 1922 : 1.349.
En 1923 : 1.398, en plus 49.
En 1924 : 1.682, en plus 284.
En 1925 : 1.900, en plus 218.
En 1926 : 2.211, en plus 311.
En 1927 : 2.414, en plus 203.
En 1928 : 2.991, en plus 577.
En 1929 : 3.078, en plus 87.
En 1930 : 3.371, en plus 293.
En 1931 : 3.233, *soit* 138 *en moins.*
En 1932 : 2.971, *soit* 262 *en moins.*
En 1933 : 3.092, en plus 121.
En 1934 : 3.298, en plus 206.
En 1935 : 2.899, *soit* 399 *en moins.*
En 1936 : 2.390, *soit* 509 *en moins.*

Statistique des diplômes d'Etat de docteur en médecine. — Dans le même numéro de la *Vie Médicale* est indiqué le nombre des diplômes d'Etat de docteur en médecine délivrés par les Facultés françaises pendant les neufs dernières années scolaires :

1927-1928 : 901
1928-1929 : 965, soit 64 en plus.
1929-1930 : 1.052, soit 87 en plus.
1930-1931 : 1.120, soit 68 en plus.
1931-1932 : 1.123, soit 3 en plus.
1932-1933 : 1.293, soit 170 en plus.
1933-1934 : 1.[illegible]64, soit 171 en plus.
1934-1935 : 1.579, soit 115 en plus.
1935-1936 : 1.496, *soit* 83 *en moins.*

L'inoculation au XVIIIe siècle — *M. Pierre Brunet rapporte dans* SCIENCE (30 octobre 1936) *un texte curieux et peu connu de Guéneau de Montbéliard* (1720-1785).

A une époque où l'efficacité de l'inoculation de la petite vérole était contestée et où l'on considérait même cette opération comme dangereuse, ce collaborateur et ami de Buffon la pratiqua avec succès sur son fils. Dans un mémoire, présenté l'année même (1766) à l'Académie de Dijon, il rendit compte des motifs de sa détermination et exposa la façon dont il procéda. « Les anciens vous auraient appelés *Bis pater* », lui écrivit à cette occasion Diderot, le 27 novembre 1766.

Je désirais pour le bien de ma patrie que l'exemple d'un père inoculant son fils unique y fut tellement dans l'ordre des événements communs qu'il s'y fit à peine remarquer ; cela supposerait que la Nation serait plus avancée, qu'elle connaîtrait mieux le prix de la vie des hommes et qu'elle saisirait avec plus d'empressement les moyens de la conserver. Mais, puisque le moment n'est pas encore venu, je crois devoir rendre compte de ce que j'ai fait et observé en pratiquant l'inoculation sur mon fils et des motifs qui m'ont porté à cette entreprise : non que je me persuade que ce fait par lui-même soit fort intéressant pour le public, encore moins que mon avis puisse avoir quelque influence sur ses opinions ; mais la vérité, mais l'expérience, mais l'intérêt général et particulier doivent avoir de l'autorité partout où il y a des êtres pensants. Puissent mes compatriotes écouter enfin leurs voix réunies, profiter de leurs leçons et se procurer bientôt le bonheur dont je jouis dès à présent.

. . . .

Mon entreprise ayant été si heureusement justifiée par le succès, il me reste à la justifier par des raisons, aux yeux des personnes prévenues à qui elle pourrait paraître plus courageuse qu'éclairée.

J'atteste que je ne me suis déterminé à inoculer mon fils que parce que ce parti m'a semblé moins téméraire que celui de le laisser exposé à tous les dangers de la petite vérole naturelle. « Le sort de cet enfant est dans mes mains, me disais-je a moi-même, j'en dois disposer non selon mon goût et ma faiblesse, mais selon son intérêt et l'équité, et selon une équité d'un ordre bien supérieur, puisque les devoirs n'en sont jamais remplis parfaitement entre un père et son fils que lorsqu'ils se sont fait l'un à l'autre tout le bien qu'ils pouvaient se faire. Or, quel plus grand bien puis-je lui faire que d'écarter ou diminuer les dangers qui environnent son enfance ? Et si le risque d'attendre la petite verole est beaucoup plus grand que celui de la prévenir par l'inoculation, je vois mon devoir, et je le ferai. » Plusieurs personnes m'ont retenu le bras et m'ont dit : « Qu'allez vous faire ? En inoculant votre fils, vous vous chargez de l'événement et si l'événement était malheureux ? » Ce raisonnement d'une politique froide et inhumaine m'a toujours déchiré le cœur, sans jamais influer sur ma résolution. Je sentais trop qu'un père qui voit un grand bien à faire à son fils n'hésitera jamais par la crainte de se compromettre ; que c'était ma qualité de père et la nécessité d'opter entre deux dangers qui me chargeaient de l'événement qu'une témérité dans ce cas ne consistait point à agir, mais à préférer le parti le plus hasardeux, fût-ce celui de ne rien faire, et que toutes les aspirations de la prudence s'unissaient aux cris de l'amour paternel pour me porter à examiner les faits, à peser les probabilités et à suivre courageusement le parti qui me paraîtrait le meilleur à l'enfant, dût-il être le plus pénible pour le père.

A l'ombre de Pasteur. — *Le Docteur Loir poursuit dans* LE MOUVEMENT SANITAIRE, *la publication de ses souvenirs sur Pasteur* (numéro d'octobre 1936). *Nous en extrayons le passage où il raconte l'impression que fit sur Pasteur, la publication, par Berthelot, des notes où Claude Bernard avait consigné ses doutes sur le rôle joué par les levures dans la fermentation :*

En 1876, j'avais eu la coqueluche, il avait été décidé qu'il fallait me faire changer d'air et qu'un séjour à Arbois pendant les dernières semaines de l'année scolaire me ferait du bien.

Je pris le train qui me mit de Lyon à Bourg par le chemin de fer des Dombes, puis de là, je pris celui qui, passant par Lons-le-Saunier devait me conduit à Arbois où je m'installai dans la maison de Pasteur, chez son beau-frère M. Vichot dont le gendre, M. Laurent était professeur au collège d'Arbois.

On obtint du principal M. Quintard que je suive pendant quelques semaines, la classe de quatrième et de cinquième que faisait un seul et même professeur.

Chaque année, je faisais le même voyage pour aller passer les vacances dans la famille Pasteur. Mes parents venaient m'y retrouver pour y rester un mois. C'est pendant un de ces séjours, en 1878, que je servis de préparateur, pour la première fois à Pasteur. Dans la vigne de Montigny-les-Arsures, qu'il avait achetée pour la circonstance, il avait fait construire deux petites serres sous lesquelles il avait laissé un cep de vigne dans chacune.

Il était venu à Arbois au moment de la véraison du raisin et avait entouré les grappes à leur formation dans des feuilles de coton cardé.

Au moment de la maturité des raisins, on défit les grappes ainsi protégées et je coupai, avec une paire de ciseaux flambés, des grains que je faisais tomber dans des tubes à essai contenant du moût de raisin stérilisé qui ne fermentait pas (il s'agissait de démontrer que la levure était apportée sur les grains au moment de la maturité par l'air extérieur ou les insectes et que c'était grâce à ce moyen de contamination que la fermentation pouvait s'établir).

L'histoire de cette expérience est la suivante :

Claude Bernard, dans ses conversations avec Pasteur, émettait certain doute sur le rôle prépondérant des levures dans la fermentation, mais jamais ces objections n'avaient été assez fermes pour que Pasteur lui proposât de faire des expériences à ce sujet.

Pourtant Claude Bernard, sans en parler à personne, avait fait un programme d'expériences à entreprendre sur la question.

Au moment de sa mort, Berthelot eut connaissance de ces notes, et sans en rien dire à Pasteur, avec lequel d'ailleurs, il causait très peu, les fit paraître dans la revue scientifique, sous le titre : « Ecrit posthume de Claude Bernard », Pasteur l'apprit dans l'après-midi et il revint au laboratoire avec le document. Comme toujours dans les cas graves, il se mit à arpenter le laboratoire en soupirant a mi-voix : « Ah ! mon Dieu ! mon Dieu ! ». Il s'agissait pour lui de démontrer que Claude Bernard s'était trompé et il hésitait.

La publication de ces notes, disait-il, est une infamie vis-à-vis de Claude Bernard. Elles n'étaient pas destinées à la publicité, l'homme qui m'oblige à les réfuter est un malhonnête. Et il continuait à se promener en soupirant toujours à voix basse ses imprécations. Enfin, à un moment donné, exaspéré, il s'écria : « Cet homme, cet homme, il est capable de tout ! il est capable cet homme !..... Il doit même tromper sa femme ! »

La réponse à un écrit posthume de Claude Bernard parut en une plaquette illustrée dans laquelle, on voit les serres où se trouvaient les grappes de raisin. Ce travail constitue un des plus intéressants de Pasteur pour appuyer ses idées sur la théories des germes.

Un grand chirurgien, le Professeur Leriche. — *Sous ce titre et à propos de la publication du tome VI de l'*ENCYCLOPÉDIE FRANÇAISE *consacré à l'*ETRE HUMAIN, *M. Henri Vignes vient de consacrer* (LES NOUVELLES LITTÉRAIRES, 14 novembre 1936), *un article vivant où l'amitié n'exclut pas la compréhension, au chirurgien lyonnais qui honore aujourd'hui la Faculté de Strasbourg. Voici, extrait de cet article, quelques passages où sont évoquées les heures vécues à Bouleuse :*

J'ai connu Leriche, au cours de la plus récente guerre, dans une ville de planches qu'abritait la dernière crête de la montagne de Reims. En ces lieux, la bonne volonté du ministre Godart et la vertu (*virtus*) de notre maître Regaud s'étaient appliquées à édifier « quelque chose » — quelque chose destiné à faire l'essai de tout ce qui était proposé pour améliorer le sort des blessés. On avait réuni, là, trois chirurgiens, Leriche, le prestigieux J.-L. Roux-Berger et René Lemaître qui, le premier, pratiqua et claironna la suture primitive des plaies de guerre. Le Professeur Guillain qui, depuis, est devenu le successeur de Charcot à l'ombre du dôme de la Salpêtrière, le Professeur Strohl, le Professeur Nogier apportaient aux chirurgiens le concours de la neurologie, de l'électricité et des rayons. Des laboratoires avaient été organisés où travaillaient le pasteurien Magrou, le physiologiste bordelais H. Delaunay et cet admirable P. Masson que la France n'a pas su garder. D'autres travailleurs de moindre notoriété gravitaient autour des vedettes.

Il y avait là un milieu ardent à vouloir le mieux. Débarrassés du souci du gagne-pain, tous avaient le loisir de la recherche dans cette thébaïde propice au travail de l'esprit. Les idées jaillissaient dans les conversations familières par réflexions, phrases, mots, sous-entendus, objections, saillies, plaisanteries attiques ou plaisanteries de Caliban.

Dans ce petit monde de Bouleuse, Leriche étiat l'un de nos pôles.

Il y était arrivé avec une notoriété bien établie, fondée sur la rapidité avec laquelle il avait franchi les étapes du mandarinat médical et fondée sur des travaux déjà classiques. Son maître Poncet avait discerné d'emblée son potentiel et il l'avait mis à même de travailler à l'âge où les jeunes médecins et chirurgiens français se stérilisaient et se stérilisent à la préparation de nos concours. Poncet avait été un grand patron, un gentilhomme de la chirurgie. Plus spécialement, il avait été le maître de la chirurgie à ciel ouvert et il se trouvait que celle-ci prenait une importance capitale dans la chirurgie de guerre.

Leriche avait la charge des blessés osseux. La chirurgie osseuse avait toujours été en honneur à Lyon depuis les travaux d'Ollier, qui, le premier, a soupçonné les lois présidant à la régénération de l'os fracturé ou de l'os malade ; Leriche était, donc, tout particulièrement à sa place et sa merveilleuse activité ne cessait de s'employer.

Toute la journée, l'infatigable petit Leriche opérait, réopérait, pansait ses opérés. Il était avec eux d'une bonté extrême, ayant le grand respect de leur personnalité ; il entendait ne jamais les peiner et il avait les plus grands égards pour leur souffrance physique ou morale.

Mais il ne se bornait pas à les soigner de son mieux : et il les regardait à n'en plus finir ; il dictait des observations détaillées et il réfléchissait plus loin que la minute présente, cherchant les lois particulières à ce tissu rétif qu'est l'os de l'homme ou du mammifère. Le soir venu, dans sa baraque Adrian, Leriche rédigeait ce qu'il avait vu et ce qu'il en avait déduit.

Les jours de labeur succédaient aux jours sans que Leriche s'éloignât de son service, même pour une promenade dans les friches et les boqueteaux qui entouraient l'H. O. E. Il ne prenait de loisir que pour bavarder avec les camarades et avec les visiteurs français ou alliés qu'attirait sa renommée. Il exposait ses idées à longueur de temps, discutait des faits qu'il avait vus, de la signification qu'ils comportaient et de ce qu'il faut en conclure pour l'art de guérir.

C'était une joie que de suivre les détours de sa pensée ; et, pourtant, cette joie n'allait pas toujours sans irritation ; car quiconque cherche à fixer la minute mouvante s'irrite de sentir la science en devenir, alors qu'on la voudrait stabilisée.

Mais il n'est de conversation scientifique si passionnante qu'elle ne dévie parfois. Aussi, la conversation déviait-elle à travers tout le champ de la chirurgie, à travers tout le champ de la biologie, à travers sa vie, à travers notre vie. Lerihe nous parlait de ses maîtres avec vénération et des secrets qu'il en avait appris ; il nous parlait de ses pairs, sans jalousie ; il nous parlait de ses voyages, car il s'intéressait avec curiosité, avec sympathie, avec perspicacité à tout ce que nous pouvons retenir de l'activité de confrères étrangers. Nous parlions, aussi, de questions sociales ou de politique, la politique la plus généreuse, un peu irritante à force d'être généreuse. Et, si je répète ce mot d'irritation, c'est dans un sens très large — en pensant au mot de cet ancien physiologiste, à savoir que l'irritabilité est la qualité primordiale du protoplasma, l'essence même de la vie.

Nous causions, aussi, des belles-lettres et des beaux-arts dans cette abbaye militaire qui s'endormait dans le calme des champs ou qu'emplissaient les bruits de la bataille.

Et puis, une nuit, les adversaires défoncèrent les lignes qui étaient devant nous et notre communauté se trouva dispersée.

Les Livres de la semaine

IX° Congrès français de stomatologie. Paris, 5-10 oct. 1936. In-8, 294 p. Br. : 50 fr. (*G. Doin.*)

FERRU (Dr M.). — **Pouvons-nous vacciner nos enfants contre la tuberculose avec le B. C. G.** (19-12). 96 p. Br. : 5 fr. (*A. Legrand.*)

KŒLHER (Dr A.). — **Rœntgenologie. Les limites de l'image normale et les débuts de l'image pathologique.** 2e éd. augmentée. (18/25). Rel.. 300 fr. (*Delachaux et Niestlé*)

MARKOVITS (Dr Emeric.) — **Diagnostic radiologique des affections osseuses et articulaires.** Trad. Dr J. Busy. et Ph. Jacobson. In-8 201 p. Br. : 65. ; Rel. : 75 fr. (*Delachaux et Niestlé.*)

Medicus. Guide Annuaire du corps médical français. (16/25). 1.300 p. Rel. : 35 fr. (*A. Legrand.*)

SAILLANT (Dr H.). — **Etude du traitement radiothérapique des fibromes de l'utérus.** (24/16). 160 p., gr. Br. : 18 fr. (*A. Legrand.*)

(Extrait de la *Bibliographie de la France.*)

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 48 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 28 NOVEMBRE 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Vᵉ
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
AVEC LE SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1ᵉʳ de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1ʳᵉ zone	70 fr.
Etranger 2ᵉ zone	90 fr.

SOMMAIRE

Travaux originaux

Pr. MERKLEN, M. ARON, L. ISRAEL et A. JACOB : Du rôle de la préhypophyse dans certaines obésités et maigreurs 1849

M. LOEPER, J. COTTET et LESURE : Foie et acide ascorbique 1851

P. SIVADON : Un signe de localisation au cours du coma par lésion cérébrale circonscrite : le signe de Courtois 1855

Clinique dermatologique

H. GOUGEROT : Diagnostic et traitement de la gale. Pédiculoses et phtiriase inguinale 1856

Clinique médicale

Lucien de GENNES : Tuberculose et glandes génitales 1864

Le mouvement médical

L'appendicite aux Etats-Unis, par J. Lafont 1870

Sociétés savantes

Académie de Médecine 1871

Notes cliniques et thérapeutiques 1872

Nouvelles 1843

Il y a cent ans 1846

Echos et Glanures 1875

Bibliographie 1878

Les Livres de la semaine 1878

Supplément illustré

F. CATHELIN : Le rôle des savants non conformistes ou de bonne volonté dans la genèse des sciences.

La disparition des Parthenions. — Bichat à l'armée des Alpes.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Nouveau régime. Session de février* 1937. — Les consignations pour la session de réparation de février 1937 seront reçues les lundi 7 et mardi 8 décembre au secrétariat de la Faculté, de midi à 15 heures, guichet II pour 1re, 2e et 3e années ; guichet III, pour 4e et 5e années.

— *Thèses.* — 1er décembre. — M. CHARTON : Orifices d'entrée des plaies par armes à feu dans les tiers obliques. — M. CHARTIER : Paralysies multiples des nerfs craniens par métastases au cours des néoplasies pulmonaires. — M. MAYMI : Démence précoce et tuberculose. — M. GERBIER : Aspect clinique des septicémies post-angineuses. — M. HOMME : Les injections locales de novocaïne en thérapeutique dermatologique. — M. GÉRARD : Du traitement de la syphilis sur les injections simultanées et prolongées intramusculaires d'arsenic trivalent et de bismuth.

4 décembre. — M. DESTARAC : Etude des modifications électro-cardiographiques au cours des plaies du cœur. — M. BOUCHARD : Fonctionnement du service obstétrical à Baudelocque. — M. PUJOL-SÉGALAS : L'absence congénitale du tibia et les difformités consécutives.

Faculté de médecine de Paris. — La cérémonie de la pose de la première pierre des nouveaux bâtiments de la Faculté de médecine aura lieu le jeudi 3 décembre, à 15 heures, sous la présidence de M. le ministre de l'Education nationale et en présence de M. le Sous-Secrétaire d'Etat à la recherche scientifique. (Angle du boulevard Saint-Germain et de la rue des Saints-Pères).

Ecole de médecine de Tours. — La séance de rentrée, qui aura lieu le 13 décembre, sera marquée par une cérémonie en l'honneur de Bretonneau. Des discours seront prononcés par M. le Professeur Raoul Mercier, par M. le Professeur Roussy et par M. le ministre de l'Education nationale.

Consultations des hôpitaux. — Un certain nombre de places d'assistants des consultations générales de médecine et de chirurgie, seront vacantes le 1er janvier prochain dans les hôpitaux dépendant de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Les candidats qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au Bureau du Service de santé de cette Administration (3, avenue Victoria) avant le 15 décembre prochain, dernier délai.

Amphithéâtre d'anatomie (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques). — Un cours sur la chirurgie des membres (technique opératoire), en dix leçons par M. le Docteur J.-C. RUDLER, prosecteur, commencera le lundi 7 décembre 1936, à 14 heures, et continuera les jours suivants à la même heure. Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Le registre d'inscriptions est clos deux jours avant l'ouverture du cours. Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

PROGRAMME DU COURS. — I. *Chirurgie de la main* : Les suppurations de la main : Les plaies des tendons. Indications et technique des sutures tendineuses et des greffes. Les amputations des doigts en pratique courante. — Les assistants répéteront : les incisions de drainage des panaris, des phlegmons commissuraux, des plegmons des gaînes digitales et digito-palmaires, la suture des tendons fléchisseurs, les amputations des doigts.

II. *Chirurgie du poignet et de l'avant-bras* : Technique de la résection du poignet. — Technique de l'ostéosynthèse des deux os de l'avant-bras. — Amputations de l'avant-bras. Les assistants répéteront ces trois opérations.

III. *Chirurgie du coude et du bras* : Technique de la résection du coude. Technique de l'ostéosynthèse de la diaphyse humérale. Amputations du bras. — Les assistants répéteront ces trois opérations.

IV. *Chirurgie de l'épaule et de la ceinture scapulaire* : Technique de la résection de l'épaule. Technique de l'allongement de l'apophyse coracoïde (luxations récidivante de l'épaule). Technique de l'ostéosynthèse de la clavicule. — Les assistants répéteront ces trois opérations.

V. *Chirurgie du pied et du cou-de-pied* : Amputations pratiques du pied. — Astragalectomie. — Les assistants répéteront : l'amputation trans-métatarsienne, l'amputation de Ricard.

VI. *Chirurgie de la jambe* : Technique de l'ostéosynthèse du tibia. Amputation de la jambe. — Les assistants répéteront ces deux opérations.

VII. *Chirurgie du genou* : Tehnique de la résection du genou. (Opération de Fredet). — Les assistants répéteront cette opération.

VIII. *Chirurgie de la cuisse* : Ostéosynthèse de la diaphyse fémorale. Amputations de cuisse. — Les assistants répéteront ces deux opérations.

IX. *Chirurgie de la hanche* : Enclouage du col du fémur (clou de Smith Petersen). Résection arthroplastique. — Les assistants répéteront ces deux opérations.

X. *Chirurgie de la hanche* : Butée ostéoplastique. Arthrodèse. — Les assistants répéteront ces deux opérations.

Cours de pharmacologie. — M. René HAZARD, agrégé, commencera ses leçons le mardi 5 janvier 1937, à 16 heures (amphithéâtre Vulpian), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, pendant les mois de janvier, février, mars et avril 1937.

OBJET DU COURS. — Médicaments cardio-vasculaires (toni-cardiaques. — Vaso-constricteurs. — Vaso-dilatateurs. — Diurétiques. — Médicaments aliments. — Médicaments opothérapiques. — Anthelminthiques. — Antiseptiques. — Antisyphilitiques.

Questions d'actualité anatomo-pathologique. — Le Professeur G. ROUSSY commencera cette série de leçons, le samedi 5 décembre prochain, à 16 heures, à l'amphithéâtre d'anatomie pathologique et les continuera les samedis suivants, à la même heure, pendant les mois de décembre, janvier, février et mars.

Ces leçons s'adressent à ceux qui désirent se mettre au cou-

rant des différentes questions qui sont à l'ordre du jour, en anatomie et en physiologie pathologiques.

Elles ont aussi pour but de compléter l'enseignement régulier donné aux étudiants de troisième année, en leur permettant de revoir certaines questions de pathologie qui n'ont pu être traitées au cours des séries des démonstrations pratiques.

PROGRAMME DES COURS. — 1. L'inflammation en général. — 2. L'inflammation tuberculeuse. — 3. La thrombose et ses conséquences. — 4. Les hémorragies et l'hémostase. — 5. Les réctions inflammatoires des ganglions. — 6. La dégénérescence amyloïde. — 7. Lésions des surrénales et syndromes surrénaliens — 8. La question du goitre d'après les données les plus récentes. — 9. Les tumeurs mélaniques. — 10. Les processus cancéreux en général. — 11. Métastases et récidives dans le cancer. — 12. Le cancer expérimental.

Clinique des maladies du système nerveux (Professeur: M. Georges Guillain.) — Durant l'année scolaire 1936-1937, des conférences neurologiques sur des sujets spéciaux seront faites à l'amphithéâtre de la Clinique Charcot (hospice de la Salpêtrière), à 10 h. 30, aux dates suivantes :

Vendredi 27 novembre 1936, Docteur Ivan BERTRAND : Classifications modernes des gliomes cérébraux. — Vendredi 18 décembre, Docteur BOURGUIGNON : Interprétation des réflexes tendineux et cutanés par la chronaxie. — Vendredi 29 janvier 1937, Docteur Clovis VINCENT : Le traitement des traumatismes craniens. — Vendredi 19 février, Docteur J. DECOURT : Le rôle des glandes parathyroïdes en pathologie osseuse.— Vendredi 19 mars, Docteur J. LHERMITTE : Diagnostic différentiel des syndromes hypothalamiques et des syndromes hypophysaires. — Vendredi 23 avril, Docteur Th. ALAJOUANINE : L'aphasie d'expression. — Vendredi 18 juin, Professeur G. ROUSSY : Le système régulateur neuro-hormonal. Etude anatomique et physiologique. — Vendredi 2 juillet, Docteur PETIT-DUTAILLIS : Le traitement chirurgical de la névralgie faciale.

Médecins sanitaires maritimes.— Un examen réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Bordeaux les 18 et 19 décembre 1936.

S'inscrire avant le 8 décembre prochain auprès du Directeur de l'Inscription maritime à Bordeaux.

La loi de 40 heures dans les hôpitaux. Parlant au Conseil général de Lyon, M. Herriot, signala, d'après *Le Temps* du 22 novembre, ce point troublant : à Grange-Blanche, pour 1.600 malades, il y a 1.200 employés. « Si, dit-il, la semaine de 40 heures est appliquée, nous arriverons à égalité. »

Congrès d'Alger (Pâques 1937). — Le VII[e] Congrès annuel de la Fédération des Sociétés des Sciences médicales de l'Afrique du Nord aura lieu à Alger les 22, 23 et 24 mars 1937. Le sujet mis à l'étude sera : « Typhus et pseudo-typhus ». Des rapports seront présentés sur ce sujet par MM. les Docteurs Burnet, Blanc, Donatien et Lestocquard, Gaud, Lemaire, Costantini.

Des communications seront admises sur le sujet rapporté.

Pour le voyage des réductions importantes ont été accordées par les Compagnies de chemin de fer métropolitains et nord-africains (40 %), par les Compagnies de navigation (30 %), par la Compagnie Air-France (10 %).

Il est prévu également des excursions qui permettront de visiter l'Algérie dans de bonnes conditions.

Pour tout renseignement, s'adresser aux secrétaires du Congrès : Professeur SENEVET, Faculté de Médecine, d'Alger, Docteur Sarrouy, 47 *bis*, rue d'Isly, Alger.

Hôpitaux de Montpellier. Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Paul Bétoulières, Jean Cheynel, Théodore Droulhet, Albert Gourty, Mlle Lucie Bougarel.

Externes en premier : Mme Deffuant (de Gaillande), MM. Claude Gros, André Vedel, Soulié.

Une Commission permanente du rhumatisme. — Un décret paru au *Journal officiel* crée, au ministère de la Santé publique, une Commission permanente du rhumatisme, qui délibérera sur toutes les questions concernant la prophylaxie et le traitement des maladies rhumatismales, sur lesquelles elle sera consultée par le Gouvernement. Elle comprendra parmi ses membres les rapporteurs du budget de la Santé publique au Sénat et à la Chambre, le directeur de l'Hygiène et de l'Assistance, les conseillers techniques sanitaires du ministère, des représentants du Conseil supérieur d'hygiène et du Conseil supérieur de l'Assistance, des ministères du Travail, de l'Education nationale, des Finances, de la Guerre, de la Marine, de la Ligue française contre le rhumatisme, de la Confédération des Syndicats médicaux de France, etc., plus quinze membres nommés par le ministre à qui appartient de droit la présidence.

Cours d'hygiène sociale (Seizième année 1936-1937). — La lutte contre les maladies sociales et pour la préservation de la race, par le Docteur Sicard de Plauzoles. Le cours aura lieu à la Faculté de médecine, salle de thèses n° 2, les lundis et vendredis, à 17 heures, du 11 janvier au 19 mars 1937.

La première leçon sera faite le lundi 11 janvier 1937, à 17 heures.

PROGRAMME DU COURS. — Première leçon, lundi 11 janvier : La population de la France. — Deuxième leçon, vendredi 15 janvier : I. Les causes de dégénérescence : Milieu. Hérédité. — Troisième leçon, lundi 18 janvier : Action du milieu. Misère : Dégénérescence des classes pauvres. — Quatrième leçon, vendredi 22 janvier : Action du milieu. Richesse : Dégénérescence des classes riches. — Cinquième leçon, lundi 25 janvier : Alcoolisme. Hérédité alcoolique. Défense sociale contre l'alcool. — Sixième leçon, Vendredi 29 janvier : Syphilis. Hérédité syphilitique. — Septième leçon, lundi 1[er] février : Prophylaxie de la syphilis. — Huitième leçon, vendredi 5 février : Défense sociale contre la syphilis. — Neuvième leçon, vendredi 12 février : La prostitution. — Dixième leçon, lundi 15 février : Tuberculose. Causes sociales. — Onzième leçon, vendredi 19 février : Tuberculose. Rôle de l'hérédité. — Douzième leçon, lundi 22 février : Défense sociale contre la tuberculose. — Treizième leçon, vendredi 26 février : II. Prophylaxie de la dégénérescence. Eugénique. Eugénétique. — Quatorzième leçon, lundi 1[er] mars : Education sexuelle. — Quinzième leçon, vendredi 5 mars : Eugénique. Garanties sanitaires du mariage. — Seizième leçon, lundi 8 mars : Eugénétique. Procréation consciente. — Dix-septième leçon, vendredi 12 mars : Mariage des syphilitiques. — Dix-huitième leçon, lundi 15 mars : Mariage des tuberculeux. — Dix-neuxième leçon, vendredi 19 mars : Mariage des dégénérés.

Le cours est public et gratuit.

Société française d'histoire de la médecine. — L'Assemblée générale de la Société aura lieu le samedi 5 décembre 1936, à 17 heures, à la Faculté de médecine (foyer des professeurs).

ORDRE DU JOUR. — Renouvellement du Bureau. Augmentation de la cotisation.

COMMUNICATIONS : Docteur VANNIER : L'œuvre du Docteur Peczely et le diagnostic des maladies par l'examen de l'iris.

Professeur LAIGNEL-LAVASTINE : Jeanselme historien de la médecine.

Docteur R. NEVEU : Les observations médicales de Regnard en Laponie (1643).

Docteur L. BRODIER : La maladie et la mort de Bossuet.

Groupe lyonnais d'études médicales philosophiques et biologiques (16, rue du plat, Lyon). — PROGRAMME DES CONFÉRENCES. — I. Questions préliminaires : Mariage ou célibat ? par le Docteur René BIOT, vendredi 13 novembre 1936, à 20 h. 45. — Etude psycho-biologique du célibat, par M. l'abbé E. LANCRENON, vendredi 27 novembre 1936, à 20 h. 45.

II. Problèmes d'hérédité : Mariage et tuberculose, par M. le Docteur Frédéric DUMAREST, vendredi 11 décembre 1936, à 20 h. 45. — Mariage et maladies vénériennes, par M. le Docteur Jean GATE, vendredi 15 janvier 1937, à 20 h. 45. — Mariage et troubles mentaux, par M. le Docteur Walter RIESE, vendredi 29 janvier 1937, à 20 h. 45. — Mariage et hérédité, par M. le Docteur Maurice PÉHU, vendredi 12 février 1936, à 20 h. 45.

III. La vie matrimoniale : Etude psycho-physiologique de « la vie à deux », par M. Gustave THIBON, vendredi 26 février 1937, à 20 h. 45. — Le devoir de fécondité, par M. le Docteur Jules GAUCHERAND, vendredi 12 mars 1937, à 20 h. 45. — L'infécondité pathologique, par M. le Docteur Henri VIGNES, vendredi 16 avril 1937, à 20 h. 45. — Les problèmes médicaux de nullité de mariage, par M. le Docteur Henri BON, vendredi 30 avril 1937, à 20 h. 45.

L'inscription sur les listes de convocation comporte cette année un versement de trente francs au compte postal du trésorier : Lyon 72-90.

IL Y A CENT ANS

Hôpital des vénériens. Clinique de M. Ricord. Leçon d'ouverture. — « *La médecine, a-t-on dit souvent avec raison, est toute dans l'observation : et pour vous, messieurs, l'observation n'est facile et même possible que dans les hôpitaux. C'est là que l'expérience se forme, que les systèmes et les doctrines se réduisent à leur juste valeur, et que les bons préceptes dont on a vu l'application rejetée, se gravent dans la mémoire.*

Mais si les études cliniques composent la partie la plus utile et la plus solide de l'enseignement médical, elles exigent de nombreuses conditions de la part de ceux qui les professent ainsi que de ceux qui les suivent.

Un professeur de clinique devrait réunir tant de qualités pour arriver à la perfection, que si on le voulait tel qu'il doit être, il serait impossible à trouver. C'est le médecin au lit du malade, qui non seulement doit répondre à toutes les exigences de l'art pour les connaissances les plus variées et les plus étendues, mais qui doit encore pouvoir les transmettre à ceux qui l'écoutent, et auxquels il doit aussi inspirer la même confiance qu'aux malades qui reçoivent ses soins.

Toutefois, quel est l'homme parfait en ce sens ? Quel est celui dont la science est toujours exempte de critique ou même de blâme ? Il n'est pas de maître, quelque élevé qu'il soit, qui n'ait souvent failli, et qu'on n'ait pu relever. Convaincu de ces vérités, nous regardons comme compensation indispensable, que le professeur de clinique soit, avant toute chose, homme de bonne foi l'éclectisme doit être sa règle ; ses passions d'homme du monde doivent se taire au lit du malades ; et parmi les confrères qui font avancer la science, il ne doit voir que des émules et jamais de rivaux.

Mais, messieurs, si le professeur satisfait aux exigences, les élèves, de leur côté, ont des devoirs à remplir ; ils doivent chercher avec sincérité, et sans prévention, à se convaincre : une chose mal comprise ou mal vue ne doit point devenir pour eux un sujet de critique avant d'avoir loyalement présenté leurs objections au professeur.

Ces conditions posées, les maladies vénériennes feront le sujet de nos réunions. Sous ce titre, dû à Bethencourt, et que nous adoptons, nous comprendrons une grande classe de maladies dont plusieurs trouvent encore leur place dans d'autres cadres nosologiques, mais qui ici se rapprochent et se lient, soit par une de leurs causes, soit quelquefois par leur siège, leurs conséquences, ou enfin par leur traitement Pour nous, nous considérerons comme maladies vénériennes, toutes celles qui pourront être rapportées d'une manière plus ou moins directe aux actes vénériens. Dans cette classe nous établirons deux ordres bien distincts : l'un des maladies vénériennes virulentes ou syphilitiques ; l'autre de maladies vénériennes bénignes ou pseudo-syphilitiques.

Par ces distinctions si cliniques, si naturelles, nous éviterons la confusion, si facile dans la spécialité qui nous occupe, et nous arriverons mieux à la connaissance rigoureuse des faits.

Aujourd'hui plus que jamais où la médecine veut s'élever à la prétention des sciences mathématiques, où l'on voit des écoles prendre le titre d'écoles numériques, les faits doivent avoir une valeur rigoureuse, autrement les calculs sont faux.

Vous sentirez la justesse de ces observations, lorsque vous verrez, dans des livres du jour, où on juge par de telle ou telle médications, l'utilité ou les mauvais résultats des relevés d'observations, qu'on additionne pêle-mêle les cas les plus différents, tels que le chancre, le phimosis, la blennorrhagie, le bubon, sans distinction d'espèce, le paraphimosis, l'orchite, etc...

Toutefois, désireux de ménager votre temps, et de ne l'employer qu'aux choses les plus utiles, permettez-moi, Messieurs, dans l'histoire des maladies que nous devons étudier au lit des malades, de ne point vous perdre dans la nuit des temps passés, car ces recherches jusqu'à présent plus curieuses qu'utiles, nous ont laissés dans l'incertitude sur la question de savoir d'où nous venaient les maladies syphilitiques proprement dites ; et l'on est vraiment découragé, après avoir lu Astruc, d'entendre un jeune écrivain moderne, qui du reste l'a copié, conclure avec raison qu'il faudrait recommencer son travail.

Quant aux doctrines professées sur les maladies vénériennes, nous les passerons toutes en revue, et nous les discuterons loyalement. Libre de préjugés et n'appartenant à aucune école, nous prendrons la vérité partout où elle sera.

Ces doctrines, vous le savez, Messieurs, peuvent se réduire à celle qui veut l'existence du virus, professée depuis Alexandre Benedetti, admettait comme conséquence rigoureuse la nécessité d'un spécifique, le mercure, et l'impossibilité de guérir radicalement sans ce médicament.

La doctrine de la non-existence du virus, suivie par les anciens, sans qu'ils s'en doutassent, avant l'épidémie du XVe siècle, et que l'école dite physiologique, par un mouvement rétrograde, veut reproduire aujourd'hui, en niant l'existence d'une cause spéciale, rejette encore plus celle du prétendu spécifique, qui, loin de guérir, devient à ses yeux l'agent le plus puissant d'une foule de maux. Enfin l'éclectisme que n'aveugle point l'esprit de système, reconnaît, comme nous vous le prouverons, que parmi les maladies vénériennes, il en existe qui reconnaissent une cause spéciale, le virus, qu'on retrouve et qu'on peut reproduire à volonté, et dont les effets sont constants et réguliers.

L'éclectisme encore, qui doit constituer la seule médication rationnelle, tout en reconnaissant que différentes méthodes de traitement peuvent convenir selon les cas, ne peut s'empêcher de proclamer le mercure, sinon spécifique dans certaines circonstances, au moins l'un des plus puissants agents thérapeutiques qu'on puisse leur opposer.

Ricord commençait à porter le coup décisif au dogme de l'identité. Mais le *Traité pratique des maladies vénériennes* ne paraîtra qu'en 1838.

« J'exercerai ma profession jusqu'à la fin. Quand je ne pourrai plus visiter mes malades, je me ferai porter près d'eux. » (DUPUYTREN. Cité par *La Presse médicale*, 5 septembre 1936.)

« Pourquoi faut-il que des éducateurs parfois éminents se soient ralliés à ce sophisme que les Humanités n'apportent qu'une culture en surface et forment des orateurs brillants mais vides d'idées ? » (Louis CHEVALLIER. — L'enseignement secondaire peut-il encore former nos élites ? *La Revue hebdomadaire*, 20 juin 1936.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Du rôle de la préhypophyse dans certaines obésités et maigreurs

Données biologiques et aperçus cliniques

Par **Pr. MERKLEN, Max ARON, L. ISRAEL et A. JACOB**

Depuis quelques années, notre attention a été attirée sur le rôle possible de la préhypophyse dans certaines obésités. C'est ainsi que nous avons souligné tout d'abord le syndrome biologique d'hyperfonctionnement antéhypophysaire dans deux cas de maladie de Dercum que le hasard nous avait permis de suivre et dont nous avions pu faire une étude anatomique, clinique et biologique détaillée (3). Le syndrome de Dercum ne constituant qu'une forme d'obésité spéciale, nous avons été incités par la suite à rechercher au cours d'adiposes différentes la part dévolue à la préhypophyse. Dans vingt observations d'obésités n'entrant dans aucun cadre connu nous avons constamment retrouvé, comme dans nos Dercum précités, un hyperfonctionnement antéhypophysaire (4). Depuis lors, nous avons groupé d'autres faits en nombre assez important.

A l'inverse, nous nous sommes demandés si les maigreurs pathologiques sans origine saisissable ne se rapportent pas à un hypofonctionnement du lobe antérieur de l'hypophyse, répondant à celles étudiées par Bickel (1). L'expérience a confirmé notre hypothèse. C'est ainsi que nous avons fait connaître à la Société médicale des hôpitaux de Paris treize cas de maigreur avec hypopituitarisme antérieur (4).

Les obésités et maigreurs qui nous intéressent ici offrent cette particularité, commune à bien des états endocriniens, de ne pas manifester leur origine glandulaire de manière très évidente, ce qui explique que cette dernière ait été longtemps méconnue. Tout au plus des symptômes endocriniens dûment avérés apparaissent-ils tardivement ou dans des conditions spéciales. En leur absence, seuls des procédés biologiques sont capables de mettre en évidence les troubles que nous envisageons ; c'est dans ce sens que pour explorer la fonction hypophysaire Max Aron a préconisé et mis au point un test spécial.

I. Le test hypophysaire de Max Aron

Voici en quelques mots les principes de la méthode. Dès 1929, Max Aron eut l'attention attirée vers la stimulation que le lobe antérieur de l'hypophyse exerce sur la thyroïde, grâce à une hormone qu'il désigne sous le nom de thyréostimuline. L'on connaissait l'existence d'un principe analogue marquant son action sur les gonades et que Max Aron, par analogie, appela gonado-stimuline. Une des acquisitions essentielles relatives à ces stimulines réside dans la découverte de leur élimination par les urines. D'où découle que l'injection d'une quantité suffisante d'urines normales à un animal impubère déclenche chez lui une activité thyroïdienne et une activité gonadique.

« On injecte sous la peau à un cobaye de trois à quatre semaines, pesant environ 200 grammes, 5 c. c. d'urine trois jours de suite, et on sacrifie l'animal le quatrième jour. On prélève les thyroïdes que l'on fixe au Zenker formolé et que l'on sectionne suivant leur grand axe longitudinal. En utilisant les cobayes femelles on dispose d'ailleurs d'un élément de confirmation, sinon pour les réactions normales ou inférieures à la normale, du moins pour celles d'hyperpituitarisme. L'ovaire réagit, en effet, à la gonadostimuline contenue dans les urines et dont le taux d'excrétion est généralement parallèle à celui de la thyréostimuline ».

L'habitude aidant, il est relativement facile d'apprécier une activité hypophysaire soit normale, soit supérieure ou inférieure à la normale. Normalement, l'urine injectée détermine un léger épaississement de l'épithélium des vésicules thyroïdiennes avec, phénomène important, apparition de fines vacuoles de résorption à la périphérie de la colloïde. S'agit-il d'une urine anormale dans le sens hypo, la thyroïde restera absolument inchangée. Si au contraire l'urine contient un excès d'hormones, l'on verra une réaction d'hyperactivité thyroïdienne d'autant plus nette que l'excès sera plus élevé. Pour ce qui est de l'ovaire, réaction peu intense dans les cas normaux, nulle dans les cas d'hyposécrétion, et, par contre, atrésie folliculaire d'autant plus marquée que l'hyperpituitarisme est important.

On juge donc sans peine à tous ses degrés une activité préhypophysaire supérieure à la normale ; à l'inverse, on doit se borner à conclure à une action inférieure à la normale, sans que les nuances puissent exactement s'en apprécier.

Ceci posé et avant d'aborder l'étude du test chez les obèses et chez les maigres, force est de préciser l'interprétation dont doit s'entourer ce test.

Il ne suffit pas, en effet, que ce dernier soit augmenté ou diminué pour qu'on soit autorisé à conclure à l'hyper ou à l'hypopituitarisme simple. Car si l'hypophyse, comme les recherches modernes l'ont montré, constitue en quelque sorte la clef de voûte et le tableau de commande de l'édifice endocrinologique, il n'en reste pas moins que cet édifice, par chacun de ses constituants, est capable en retour d'exercer une action propre sur l'hypophyse ; celle-ci réagit alors en plus ou en moins, mais bien entendu cette fois à titre secondaire. Par là se soulève tout le problème des corrélations endocriniennes dont les principes généraux les plus importants sont aisés à rappeler.

Chez l'adulte s'établit un certain équilibre entre les différentes sécrétions normales, l'hypophyse y conservant souvent un rôle primordial. Cet équilibre vient-il à être rompu au profit de l'une ou de l'autre des glandes, un nouvel état de choses s'installe où, l'une des glandes travaillant en excès, les autres sont ralenties dans leur activité. L'atteinte de l'hypophyse est ainsi primitive ou secondaire à celle d'autres glandes, sans que le départ soit toujours réalisable dans la pratique actuelle. Il semble que les maigreurs par hypopituitarisme dont nous parlons plus loin soient un type d'atteinte primitive. L'un de nous a montré avec Emile Aron (2) la possibilité d'hyperthyroïdie subordonnée à l'hyperpituitarisme antérieur primitif. Par contre Max Aron, Von Caulaert et Stahl ont vu des exemples cliniques frappants d'atteinte glandulaire secondaire. Ainsi dans les Basedow courants l'activité hyperthyroïdienne entraîne une hypoactivité préhypophysaire. Durant la ménopause la carence ovarienne déclenche une hyperactivité préhypophysaire avec souvent l'obésité que nous allons envisager.

II. Obésités hypophysaires

Le travail que nous avons publié sur cette question vise vingt-deux cas, seize femme et six hommes (4).

Cliniquement, les obésités hypophysaires se développent de préférence chez la femme. Elles sont primitives ou secondaires, selon ce que nous expliquions plus haut. Les secondaires se conçoivent facilement chez les ménopausiques, que l'expérience montre souvent augmenter de poids. C'est ainsi que de nos seize femmes obèses neuf étaient ménopausiques, avec donc hyperpituitarisme secondaire.

Par contre, les sept autres étaient des femmes jeunes pour lesquelles la ménopause n'entrait pas en ligne. Ce nous est l'occasion de rappeler qu'il est des obésités hypophysaires consécutives à un état infectieux et que l'on connaît depuis longtemps l'obésité post-typhique. Elles sont, en tout cas, plus rares que celles dites constitutionnelles ; dans les unes et les autres existe parfois une transmission héréditaire évidente.

Chez nos malades, selon toutes probabilités et pour des raisons diverses, l'hyperpituitarisme semblait bien être primitif ; mais primitif ou secondaire, il engendre sensiblement le même tableau clinique.

L'obésité se localise de préférence au train postérieur, fesses, cuisses et jambes, le tronc et les membres supérieurs étant respectés souvent d'une façon frappante. Elle est douloureuse spontanément et à la pression, sans doute de façon moins nette que dans le Dercum, assez cependant pour laisser voir que ce dernier ne constitue pas une entité absolue dans le groupe des adiposes. L'obésité masculine est moins nettement régionale et intéresse toutes les parties du corps.

Accessoirement on note, suivant les cas, des symptômes que nous ne ferons qu'énumérer.

Céphalées maintes fois tenaces, profondes, pariétales ou rétro-orbitaires, ou dans certains cas véritablement bregmatiques, créant parfois une sensibilité telle que les malades ne supportent plus le poids de leur coiffure.

Diurèse diminuée d'une façon générale, avec retard considérable de l'élimination aqueuse ; parfois augmentation de poids avec le régime hydrique strict.

Troubles dans la sphère génitale consistant en frigidité dans les deux sexes, diminution importante des règles chez les femmes, développement réduit des organes génitaux externes chez les hommes.

Signalons enfin que, contrairement à ce que certains pourraient attendre, le métabolisme basal est resté dans les limites normales au cours de tous nos cas.

A celles que nous avons publiées nous ajoutons, à titre d'exemples, deux observations encore inédites.

Obs. I. — Mme H. Marie, 35 ans, vient consulter à la Policlinique médicale A pour troubles divers se résumant essentiellement en une céphalée violente et gravative, siégeant au bregma, en une adipose progressive et des troubles des règles.

La malade a vu ses règles diminuer en abondance et en durée depuis près d'un an. De plus, celles-ci sont devenues irrégulières En même temps s'installe la céphalée violente au point que le moindre frôlement de la région bregmatique, soit le fait de passer un peigne, deviennent intolérables. Mme H..., a garni l'intérieur de son chapeau d'un petit coussin de velours pour amortir le frottement de la coiffure.

Son poids a sensiblement augmenté pendant la même période et malgré divers régimes restrictifs adoptés, il continue son ascension.

L'examen des divers appareils, en particulier les investigations ophtalmologiques et oto-rhino-laryngologiques, ne décèlent pas la moindre anomalie. A signaler une diurèse très réduite avec transit digestif régulier.

Par contre, le test hypophysaire montre un hyperpituitarism antérieur très considérable.

Obs. II. — Mme Sch... Mathilde, repasseuse, 50 ans, vient à nous parce que « ses jambes ne la portent plus ». Son poids atteint le chiffre respectable de 107 kilog., alors qu'il y a trois ans, il était de 85 kilog. A part une arthrite déformante des genoux, l'examen ne montre aucune anomalie notable.

Pour ce qui est des règles, irrégulières, peu abondantes et rares entre 20 à 47 ans, elles sont devenues parfaitement régulières et très abondantes depuis trois ans après une série de bains romains et de fango.

En somme, coïncidence parfaite entre l'augmentation de poids et la normalisation des règles.

Un test pratiqué aussitôt, révèle une hyperactivité antéhypophysaire très marquée. Le poids montera à 110 kilos.

Comme dans le cas précédent, peu d'urine et fonctions digestives normales.

III. Maigreurs hypophysaires

Nous avons réuni treize cas du syndrome maigreur avec test inférieur à la normale, onze féminins, deux masculins (4).

Il s'agit presque toujours de jeunes filles ou d'adolescentes, qui consultent pour une maigreur marquée et rebelle à toute cure d'engraissement. Le poids de nos malades variait entre 35 et 45 kgr. pour des tailles normales. La maigreur peut paraître constitutionnelle ; elle est sans raison décelable, méritant d'être retenue. Dans d'autres cas, elle s'est installée progressivement ou à la suite de régimes restrictifs ; nous insistons sur ces derniers, que les patientes se sont imposés volontairement pour des raisons esthétiques. La maigreur est telle qu'elle frappe à première vue, avec pannicule adipeux pratiquement inexistant. Des symptômes généraux accusent encore le tableau : anorexie, souvent marquée, avec dégoût pour les aliments ; asthénie allant de pair avec elle ; fatigue au réveil ; migraines tenaces ; malaise général ; effort physique et intellectuel difficile à soutenir.

Le tableau se complète par une hypo ou aménorrhée constantes. Elle est susceptible de persister des mois, voire des années. De plus fréquence de dysménorrhée avec règles irrégulièrement espacées, peu abondantes et durant le plus souvent à peine un ou deux jours.

Les troubles circulatoires ne font guère défaut et sont d'ordre hypotensif. Citons notamment les extrémités froides et bleuâtres.

Possibilité de pollakiurie et de constipation rebelle.

Dans nos observations masculines les symptômes sont analogues. Nous avons observé deux fois chez des sujets jeunes une alopécie marquée.

Nous rapportons deux nouvelles observations à ajouter à celles que nous avons récemment publiées.

Obs. III. — Mlle B... G., âgée de 26 ans, pèse 57 kilog. pour une taille de 1 m. 68. Poids stationnaire, malgré de la suralimentation et le repos. Dans les derniers temps, enflure des jambes au réveil, difficulté à bouger les doigts, énorme fatigabilité. Trois syncopes en se lavant les cheveux. Règles apparues à 14 ans, irrégulières dès le début, durant une semaine, d'abondance moyenne, douloureuses, avec périodes d'aménorrhée de quelques mois. En outre, décalcification légère des dents depuis deux ans hypotension légère à 10,5 au Riva-Rocci.

Test hypophysaire nul.

Obs. IV. — Mlle K..., âgée de 19 ans 1/2, nous est envoyée de la Clinique O. R. L. pour examen endocrinologique. Elle a une rhinite atrophique depuis 3 ans 1/2.

Poids de 49 kilog., malgré un bon appétit, pour une taille d'environ 1 m. 60.

Règles apparues à 11 ans, se montrant tous les vingt-huit jours, mais durant huit jours, abondantes et douloureuses.

Test inférieur à la normale.

***

Si le *traitement* paraît assez simple *a priori*, on se rend

vite compte que, dans la pratique, il n'est pas toujours facile à conduire.

En matière *d'hyperfonctionnement* préhypophysaire deux moyens s'offrent à nous.

Le premier agit directement : c'est la radiothérapie hypophysaire. Elle nous a permis d'arrêter l'augmentation de l'obésité et de faire disparaître, même rapidement, tous les troubles accessoires dont certains sont si pénibles. Par contre lorsque des diminutions de poids ont été obtenues, elles n'ont jamais dépassé quelques kilogrammes. Un recul suffisant nous autorise à affirmer qu'aucune de nos malades ainsi traitées n'est remontée à son poids d'obésité initial, malgré la reprise d'une alimentation normale.

Le second procédé agit indirectement : on freine l'activité préhypophysaire en stimulant l'activité ovarienne déficiente par l'usage de folliculine. Ses résultats sont moins constants. Favorables en ce qui concerne les symptômes accessoires, ils sont beaucoup moins évidents pour l'obésité elle-même. Cette thérapeutique demande à être continuée d'une façon indéfinie.

Dans le syndrome *d'hypofonctionnement* il est tout naturel de suppléer à la sécrétion déficiente par l'administration d'un extrait de lobe antérieur d'hypophyse. Encore faut-il être sûr du produit. L'administration parentérale semble le mode le plus propice (1). Médecin et malade devront s'armer d'une grande patience ; alors qu'ici encore les symptômes accessoires se dissipent avec rapidité, la maigreur et les troubles ovariens sont susceptibles de résister plus longtemps.

***

Reste l'interprétation à proposer pour la genèse de certains troubles accessoires dans les syndromes cités plus haut. Nous voudrions en particulier attirer l'attention sur le rôle des modifications de la diurèse dans l'obésité et dans la maigreur, en suite de cette remarque que les hyperpituitaires obèses présentent une élimination aqueuse très restreinte, les hypopituitaires maigres une élimination abondante et fréquente. Nous avons vu une obèse boire un litre de lait par jour pour n'uriner que 150 gr. et d'autres obèses grossir encore par l'ingestion d'eau et d'infusions. Violle a constaté qu'une large diurèse détermine à elle seule une chute rapide et marquée du poids.

Dès lors, se pose la question de la part qui dans ces troubles revient à la posthypophyse. Celle-ci élabore, on le sait, un principe antidiurétique, étudié entre autres par Cushing et surtout par Starling et Verney. Dès lors, on en arrive à se demander si dans le syndrome obésité avec hyperfonctionnement préhypophysaire il n'y a pas hyperfonctionnement concomitant du lobe postérieur, qui ferait de l'oligurie par exagération de la sécrétion du principe antidiurétique. Ce qui se rapproche tout naturellement du syndrome hyperrétro-hypophysaire ou hyperhydropexique de Parhon (5), caractérisé par une diminution des urines et une rétention de l'eau ingérée allant jusqu'à l'oedème des tissus.

A l'inverse, une hyposécrétion posthypophysaire commanderait la polyurie du syndrome maigreur avec hypofonctionnement préhypophysaire.

Ainsi s'élaborerait une synergie des deux lobes de l'hypophyse, rendant les obèses des hyperpituitaires et les maigres des hypopituitaires au sens complet du mot.

(1) Bickel. — La maigreur d'origine hypophysaire. *Gazette médicale de France*, 15 juin 1934, p. 535-539.

— L'insuffisance antéhypophysaire (hypopituitarisme antérieur). *Presse Médicale*, 25 juillet 1936, n° 60, pp. 1204-1208.

(2) Pr. Merklen et Emile Aron. — Hyperthyroïdie avec hyperfonctionnement de l'hypophyse antérieur. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 23 juin 1933, p. 882.

(3) Pr. Merklen, Emile Aron, L. Israel et A. Jacob. — Maladie de Dercum. Etude anatomique et biologique. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 26 mai 1933, p. 710.

(4) Pr. Merklen, Max Aron, L. Israel et A. Jacob. — Tests histologiques de l'hyperfonctionnement préhypophysaire chez certains obèses. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 25 octobre 1935, p. 1402.

— Tests histologiques de l'hypofonctionnement préhypophysaire dans certains états de maigreur. *Bull. et mém. de la Soc. méd des hôpitaux*, 23 octobre 1936, p. 1360.

(5) Parhon. — Sur le syndrome hyperhydropexique (hyperrétrohypophysaire). *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 9 juin 1933, p. 768.

(1) Nous nous servons pour nos essais cliniques d'un extrait injectable mis gracieusement à notre disposition par la Maison Hoffmann-Laroche, préparation non encore commercialisée.

Foie et acide ascorbique

Par Maurice LOEPER, Jean COTTET et André LESURE

Parmi les très nombreux travaux consacrés durant ces derniers mois à l'acide ascorbique, on s'est peut préocupé de la relation de ce corps avec l'insuffisance hépatique, Il ne faut pas cependant oublier que le foie est, avec la surrénale, l'organe dont le poids de substance fraîche atteint la plus haute teneur en acide ascorbique. Etant donné sa masse, il apparaît donc essentiellement l'organe de réserve de cette substance et l'on peut se demander si les maladies du foie n'entravent pas la fixation et l'accumultion de l'acide ascorbique dans la glande ? On peut aussi se demander si l'utilisation de l'acide ascorbique ne peut être compromise par l'insuffisance des fonctions hépatiques. Ce sont autant de points que nous avons essayé de vérifier.

***

Comme préface à nos recherches nous avons tout d'abord étudié l'élimination d'acide ascorbique par la bile espérant trouver dans la variation des chiffres de la bile recueillie spontanément ou après injection intraveineuse d'acide ascorbique le reflet de la charge du foie en vitamine C.

1° Chez *l'homme* nous avons trouvé dans le **liquide duodénal** les chiffres suivants :

	Acide ascorbique.
	—
1° Sujet normal.	bile A. 0,011 ‰
	— B. 0,012
	— C. 0,010
2° M. T... Ictère catarrhal à la période d'état.	bile A. 0,009
	— B. 0,015
	— C. 0,013
3° M. T... Cirrhose ascitique.	bile A. *0,0120* gr. ‰
	— B. 0,010 gr. ‰
4° M. R... Cirrhose ascitique.	bile A. 0,0072 gr. ‰
	— B. 0,0060 gr. ‰
après	— B. injection de 0 gr. 50 d'acide ascorbique.
	— C. pendant les 20 m. suivant l'injection 0,0126 gr. ‰.
	— C. pendant les 10 minutes suivant C., la bile devenant plus claire et floconneuse : 0,007 gr. ‰.

Ces chiffres relativement voisins de ceux de l'urine puisque normalement un homme élimine par l'urine 15 à 25 milligrammes d'acide ascorbique par 24 heures, ne sont guère expressifs. Nous trouvons des concentrations très voisines qu'il s'agisse d'un sujet normal, d'un sujet atteint d'ictère catarrhal ou de cirrhose du foie. Peut-être aurons-nous des résultats plus intéressants en étudiant l'élimination biliaire après injection intraveineuse d'acide ascorbique ou en étudiant la concentration de la bile en acide ascorbique par rapport à un autre de ses constituants, le sel biliaire par exemple.

2° Chez le *chien* la bile est beaucoup plus riche en acide ascorbique que celle de l'homme ainsi que le montre les dosages que nous avons faits.

Il ne nous a pas paru exister chez des animaux différents de rapport entre l'enrichissement respectif de la bile et de l'urine. Il n'y a pas de rapport non plus entre la concentration initiale de la bile ou de l'urine et la concentration terminale.

Peut-être existe-t-il un rapport entre la charge du foie en vitamine C et la concentration de la bile en cette substance et entre la charge du foie en vitamine C et l'augmentation de sa teneur en ce produit après qu'il en a été injecté par voie veineuse ? C'est un point que nous proposons de vérifier dans de prochaines expériences mais que nous ne pouvons encore préciser.

3° Afin d'éclairer les renseignements fournis par le tubage duodénal, nous avons aussi étudié, chez l'animal, la concentration de l'acide ascorbique dans la **vésicule biliaire**.

Après avoir le lié le cystique d'un chien, nous avons ponctionné sa vésicule et nous avons retiré quelques centimètres cubes de bile qui contenait 2 gr. 40 ‰ d'acide ascorbique et 6 gr. 64 ‰ de sels biliaires ; trois heures plus tard, la même vésicule contenait 24 gr. ‰ de sels biliaires et 4 gr. 27 ‰ d'acide ascorbique ; donc, sans subir dans la vésicule la même concentration que le sel biliaire, l'acide ascorbique y est cependant nettement concentré.

* * *

4° Parallèlement à ces recherches, nous avons dosé l'acide ascorbique dans **le foie** afin de voir s'il y avait un apport entre la richesse de la glande hépatique en vitamine C et la maladie dont le sujet était atteint.

Nos dosages, exprimés en milligrammes par gramme de substance fraîche, ont été effectués par la méthode de Tillmans ; Giroud, Ratsimanga, M. Rabinowicz et E. Hartmann ayant montré que le temps depuis lequel la mort était survenue intervenait dans la teneur des organes en acide ascorbique, nous indiquons pour chacun de nos dosages le nombre d'heures qui le sépare de la mort du malade.

1° La première partie a porté sur le dosage d'acide ascorbique dans le *foie humain*. Voici ces résultats :

M. O..., kyste calcifié du foie et septicémie à staphylocoque (décès datant de 30 heures).
Foie : 1 gr. 39.

M. S..., néphrite azotémique (décès datant de 29 heures).
Foie : 0 gr. 116.

M. M..., azotémie à 1 gr. 30. A l'autopsie foie parsemé de noyaux cancéreux (décès datant de 27 heures).
Foie : 0 gr. 093.

Mme N..., cirrhose de Laënnec (décès datant de 40 heures).
Foie : 0 gr.0316.

M. X..., cirrhose avec ictère (décès datant de 40 heures).
Foie : 0 gr. 097.

M. Y..., pleurésie purulente gauche à staphylocoques (décès datant de 30 heures).
Foie : 0 gr. 044.

Z..., mort d'un syndrome infectieux avec ictère en trois jours (décès datant de 29 heures).
Foie : 0 gr. 177.

M. Rayes..., cirrhose (décès datant de 40 heures).
Foie : 0 gr. 090.

Mme Ralley..., asystolie (décès datant de 24 heures).
Foie : 0 gr. 250.

M. X..., cancer secondaire du foie ; il ne reste presque plus de parenchyme sain (décès datant de 24 heures).
Foie : 0 gr. 180.

Il ressort de ces chiffres que la teneur en acide ascorbique du foie prélevé aux autopsies donne des chiffres très variables. La durée de la maladie, le régime imposé au malade, le nombre d'heures qui séparent la mort du dosage jouant peut-être un certain rôle. Cependant il est frappant de constater que parmi les quatre chiffres très bas, trois sont donnés par des cirrhoses et que parmi les chiffres élevés n'appartiennent à des infections générales et à l'asystolie.

* * *

2° La deuxième partie a porté sur *le foie d'animaux intoxiqués par le phosphore.*

Ayant mis au régime scorbutique de Randoin et Lopez-Lomba (1), deux lots de trois cobayes chaque, nous les avons en même temps intoxiqués par l'huile phosphorée au 1/100e : l'un de ces lots recevait de l'acide ascorbique, l'autre en était exempt ; en même temps, nous avions deux lots témoins non intoxiqués par le phosphore, soumis au même régime alimentaire, l'un recevant de l'acide ascorbique, l'autre en était exempt.

Voici les résultats :

Lot n° 1 (soumis à l'acide ascorbique et à l'intoxication phosphorée).

Chaque cobaye reçoit pendant six jours, chaque jour, 0 gr. 05 d'acide ascorbique et 2, 1, 2, 0, 3, 4 gouttes d'huile phosphorée au 1/100e *pro die.* Mort provoquée le septième jour (2).

Dosage de l'acide ascorbique :

Dans le foie	*Dans la surrénale*
0,1077 mgr.	0,3168 mgr.
0,1284 mgr.	0,1111 mgr.
0,2000 mgr.	0,3578 mgr.

Lot n° 2 (soumis à l'acide ascorbique, témoins du lot n° 1).

Chaque cobaye reçoit pendant six jours 0 gr. 05 d'acide ascorbique *pro die.* Mort provoquée le septième jour.

Dosage de l'acide ascorbique :

Dans le foie	*Dans les surrénales*
0,0748 mgr.	0,3157 mgr.
0,0515 mgr.	0,2897 mgr.
0,0398 mgr.	0,1592 mgr.

Lot n° 3 (soumis uniquement à l'huile phosphorée).

Chaque cobaye reçoit pendant six jours, chaque jour, 2, 1, 2, 0, 3, 4 gouttes d'huile phosphorée au 1/100e *pro die.* Mort provoquée le septième jour.

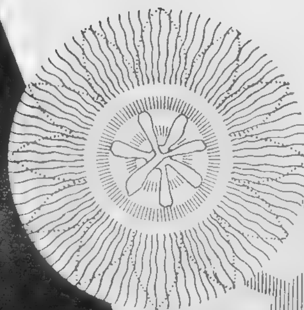
Dosage de l'acide ascorbique.

Dans le foie	*Dans la surrénale*
0,0459 mgr.	0,0969 mgr.
0,0607 mgr.	0,0718 mgr.

Lot n° 4 (témoins du lot n° 3).

Ne reçoit ni acide ascorbique, ni huile phosphorée. Soumis seulement, comme tous les autres animaux, au régime scorbutique de Randoun, pendant six jours. Mort provoquée le septième jour (une mort spontanée le troisième jour).

(1) *C. R. Acad. des Sc.*, 1923, t. CLXXVI, p. 1003.
(2) La mort est provoquée en assommant les animaux.





Dosage de l'acide ascorbique :

Dans le foie	*Dans les surrénales*
0,0232 mgr.	0,1094 mgr.
0,0184 mgr.	0,0527 mgr.

***

CONCLUSIONS. — De nos expériences portant sur le cobaye, nous pouvons conclure que le foie des animaux ayant subi une intoxication phosphorée aiguë contient beaucoup plus d'acide ascorbique que celui des animaux témoins, qu'ils soient soumis à un régime scorbutique pur ou qu'en plus du régime scorbutique pur ils reçoivent une dose régulière d'acide ascorbique. De même nous avons chez l'homme constaté des modifications au cours des maladies hépatiques.

Faut-il considérer cette fixation de l'acide ascorbique sur le foie comme un moyen de défense contre l'intoxication phosphorée ? Faut-il la considérer comme un défaut d'utilisation de la vitamine C par le foie malade ? Y a-t-il d'abord une accumulation qui ferait au contraire ensuite place à un appauvrissement si l'intoxication était moins brutale ? Ce sont là autant d'hypothèses auxquelles nous ne pouvons répondre aujourd'hui.

Faisons cependant remarquer que le foie de nos malades morts de cirrhose était profondément altéré alors que celui de nos cobayes présentait surtout de la congestion. Il y a donc peut-être d'autres facteurs que celui de l'hépatite qui peut expliquer, au cours de l'intoxication phosphorée, cette élévation de la teneur du foie en acide ascorbique.

Un signe de localisation au cours du coma par lésion cérébrale circonscrite : le signe de Courtois

Par **Paul SIVADON**

Ancien chef de Clinique à la Faculté de Paris

S'il est habituellement aisé, par l'examen de la motilité et de la sensibilité, de faire le diagnostic de siège d'une lésion cérébrale circonscrite lorsque le coma initial est dissipé, il n'en va pas toujours de même au cours de ce coma.

Bien souvent, en effet, le tonus musculaire est difficile à apprécier, les réflexes cutanés plantaires donnent des réponses imprécises ou variables d'un moment à l'autre, et la déviation conjuguée de la tête et des yeux elle-même, lorsqu'elle existe, peut être d'une interprétation délicate.

En pareil cas, les signes les plus minimes, même s'ils sont inconstants, sont précieux pour le clinicien.

C'est pourquoi nous avons jugé utile de rappeler le symptôme observé, il y a quelques années, par le regretté Courtois (1) et qui semble bien n'avoir jamais été rapporté avant lui (2).

« Il s'agit de la production du phénomène suivant : Le malade en état de coma est étendu sur le dos ; la flexion de la tête sur la poitrine provoque d'un seul côté une flexion automatique de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin ; le mouvement est strictement unilatéral, du côté où l'examen anatomique (pratiqué dans un des cas), révéla une lésion localisée des centres, lésion qui avait provoqué l'état comateux. »

Voici, très brièvement résumées, les deux observations de Courtois :

La première (1) concerne un cas d'encéphalite hémorragique avec foyer localisé dans la région motrice gauche.

D... Simonne a accouché prématurément, le 23 février 1931, à six mois et demi, d'un enfant qui meurt au bout de quatre jours. Suites fébriles.

Deux jours après l'accouchement, s'installe un syndrome de confusion mentale avec agitation, turbulence, tendance aux violences, opposition, insomnie. Température autour de 38°.

Le 10 mars, apparition de crises épileptiformes généralisées, mais avec prédominance des convulsions du côté gauche. Crises répétées, sans reprise de connaissance dans l'intervalle des accès.

C'est à ce moment qu'elle est examinée par Courtois.

« Elle est comateuse, présente encore de la mousse aux lèvres, elle a gâté. Au bout de dix minutes environ, les convulsions se suspendent. Pâleur, pouls rapide. Température 40°6.

« Déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite. Résolution musculaire complète sans qu'il existe de différence appréciable entre le tonus des membres d'un côté et de l'autre.

« Réflexes tendineux achilléens, rotuliens, médioplantaires faibles et égaux, même état aux membres supérieurs. Pas de clonus du pied ni de la rotule. Les réflexes cutanés abdominaux ne sont pas trouvés.

« Réflexe cutané plantaire en flexion à gauche, en *extension* à droite. Pas de raideur de la nuque (hypotonie des muscles), pas de signe de Kernig.

« On constate alors que la flexion de la tête sur la poitrine (recherche du signe de Brudzinski) provoque une flexion constante automatique de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin et cela seulement du côté gauche. Le talon gauche suit lentement le bord interne du membre inférieur droit et vient d'habitude jusqu'à la hauteur et au contact de la tête du tibia droit.

« Au bout de quelques instants, le membre revient spontanément dans sa position primitive. Si l'on fléchit à nouveau la tête, nouveau mouvement de retrait du membre inférieur gauche. Le phénomène se répète de façon constante à chaque nouvel essai.

« Signalons, en outre, accompagnant la flexion réflexe de la jambe, quelques mouvements variables du bras gauche, mais inconstants ; de même parfois, un petit déplacement de l'épaule droite, l'avant-bras et la main du côté droit ne présentant pas de mouvements isolés. La jambe droite est toujours restée immobile.

« Ajoutons que la malade comateuse ne faisait guère de mouvements spontanés, mais seulement de temps à autre quelques gestes désordonnés des membres supérieurs, surtout à gauche.

« Au cours de notre examen est survenu un accès épileptique, resté localisé du côté droit du corps. Exagération de la déviation de la tête à droite ; secousses cloniques de petite amplitude dans le bras droit, puis extension de la jambe droite ; durée totale : une minute environ. Immédiatement après l'accès, disparition du signe de Babinski (on obtient toujours la flexion à gauche).

« Au bout de quelques minutes, réapparition de l'extension de l'orteil. A un second accès survenu un quart d'heure plus tard, nous avons constaté à nouveau la disparition momentanée post-paroxystique de l'extension de l'orteil avec persistance du réflexe normal, à gauche.

« Après une injection sous-cutanée de gardénal sodé, les accidents comitiaux ne se sont plus reproduits.

« Examinée vers 8 heures, puis vers 11 heures du soir, la malade présente toujours le phénomène décrit. Temp. : 40°.

« Le lendemain dans la matinée, même état comateux, même température élevée. Absence de signes méningés, persistance de la flexion unilatérale automatique de la jambe gauche par flexion de la tête. Signe de Babinski à droite. Affaiblissement des réflexes tendineux. Strabisme externe droit.

« Décès le 11 mars, à 14 heures. Température terminale : 41°2. Le liquide céphalo-rachidien prélevé quelques instants plus tard, est xanthochromique. »

Le diagnostic d'encéphalite hémorragique avec foyer localisé dans la région motrice gauche est porté par Courtois. Ce diagnostic est confirmé à l'autopsie pratiquée par L. Marchand.

« Pas de sang épanché entre la dure-mère et le cortex. Foyers corticaux d'hémorragies capillaires, l'un à la partie postérieure du lobe pariétal droit, très superficiel, intéressant la seule couche corticale ; l'autre à gauche, beaucoup plus important, avec apparence de foyers

(1) Adolphe COURTOIS (1903-35) a consacré sa trop courte mais particulièrement féconde activité scientifique à l'étude des maladies mentales à base organique. Ancien médecin-assistant à l'Hôpital psychiatrique Henri-Rousselle, médecin des Asiles, il était, lorsqu'une mort brutale vint l'arracher à ses travaux, à l'âge de 32 ans, médecin-directeur de l'Asile de Chezal-Benoit (Cher).

(2) A. COURTOIS. — Flexion réflexe unilatérale de la jambe par flexion de la tête, en cas de coma par lésion cérébrale circonscrite. (*Annales médico-psychologiques*, nº 3, mai 1931.)

(1) On trouvera le détail de cette observation et les résultats de l'examen anatomopathologique pratiqué par M. MARCHAND dans les *Annales médico-psychologiques* : L. MARCHAND et A. COURTOIS. « Deux cas de psychoses post-puerpérales. Encéphalite hémorragique. (Société médico-psychologique, 9 juin 1932), et dans : P. SIVADON : « Les psychoses puerpérales, p. 65. (Le François, éd., 1933).

communicants, occupe la partie supérieure de la frontale ascendante et la partie moyenne de la région motrice, à cheval sur la frontale et la pariétale ascendantes. Foyer hémorragique sous-jacent au foyer d'hémorragie capillaire dans les régions profondes sous la frontale ascendante.

« Pas d'épanchement dans les ventricules. »

La seconde observation concerne un cas d'hémorragie cérébrale très probable. L'autopsie a été refusée.

V... (Noémie), 66 ans, présente, à la suite d'un ictus récent, un état de torpeur avec désorientation et paraphasie. C'est pour ce motif qu'elle est hospitalisée le 19 mars 1931. Signes discrets de déficit moteur à droite, avec exagération des réflexes tendineux et signe de Babinski. Pas de signes méningés. Ni Kernig, ni Brudzinski.

« Le 25 mars, apparition progressive d'un état comateux. Pas d'accidents convulsifs. Température 39°. On constate alors le signe de la flexion unilatérale de la cuisse par flexion de la tête.

« A chaque flexion céphalique, la jambe gauche commence un mouvement de retrait. Le talon reste distant de la jambe droite immobile d'un travers de main environ. A la fin du mouvement, le talon gauche ne dépasse pas la hauteur du mollet droit. Le membre reste fléchi et ne reprend pas spontanément la position initiale.

« La flexion de la tête provoque, en outre, et d'une façon à peu près constante, un mouvement de flexion du bras gauche, si ce dernier est primitivement étendu.

« Les membres du côté droit restent immobiles.

« Examen neurologique systématique : pas de déviation de la tête et des yeux. Tonus des membres inférieurs égal ; peut-être y a-t-il seulement une certaine rigidité à droite. Réflexes tendineux faibles et sensiblement égaux. On trouve le signe de Babinski des deux côtés, mais inconstant à gauche.

« Absence de réflexes cutanés abdominaux. La sensibilité douloureuse est très diminuée des deux côtés.

« Il n'existe pas de signe de Kernig, pas de raideur de la nuque ; le signe de Guillain est absent.

« Même état comateux le 26, on constate toujours les mêmes symptômes neurologiques, mais on note que la flexion de la cuisse ne se produit plus qu'aux premiers essais de flexion de la tête pour s'épuiser rapidement. Température : 40°8.

« Le 27, défaillance cardiaque. Mêmes signes neurologiques. La flexion de la tête ne provoque plus qu'une ébauche de flexion de la cuisse sur le bassin ; les muscles fléchisseurs se contractent, mais insuffisamment pour mobiliser le membre. Epuisement du réflexe après quelques essais.

« Décès le 27 dans l'après-midi. Température terminale : 40°5. »

On objectera que ce n'est pas sur deux observations seulement que l'on peut établir un signe fidèle digne de prendre place en séméiologie courante. Courtois ne l'ignorait pas. Et s'il a publié ces deux cas, c'est, ainsi qu'il l'écrivait lui-même, parce que, n'ayant « guère l'occasion d'examiner des malades en état de coma dû à une lésion centrale localisée », il demandait « la collaboration de ses confrères pour pouvoir apprécier, après avoir pu le rechercher dans des cas nombreux, la valeur exacte de ce signe ».

Depuis lors, il ne manquait jamais une occasion d'essayer de mettre en évidence ce symptôme.

Scrupuleusement, il attendait, pour en faire état, d'avoir réuni un nombre de cas suffisant pour qu'il soit possible d'en tirer des conclusions utiles.

Provisoirement, il se contentait de prudentes hypothèses : « Ce symptôme se retrouvera-t-il dans les comas par lésion cérébrale n'intéressant pas le cortex, ou avec lésion corticale, mais non hémorragique ? Faut-il attribuer sa provocation à la présence dans le liquide céphalo-rachidien de sérum filtré à travers la pie-mère (comme l'indique la ponction lombaire dans les deux cas), présence qui doit s'accompagner d'une irritation méningée ? Retrouvera-t-on ce signe en dehors des états comateux ? »

Une mort prématurée est venue interrompre ses recherches. A nous tous maintenant de continuer son œuvre.

C'est par la recherche systématique de ce symptôme et la confrontation de nombreuses observations que se définira, petit à petit, sa valeur exacte.

Dès à présent, nous pensons être unanimement approuvé en proposant de le nommer « Le signe de Courtois ».

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

Diagnostic et traitement de la gale Pédiculoses et phtiriase inguinale

Par le Professsur H. GOUGEROT
Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Ces quatre infections parasitaires sont classiquement groupées, car leurs diagnostics et leurs traitements sont des points communs.

***

Gale

Lorsque la gale est typique, le diagnostic en est facile. En effet elle est caractérisée par :

— 1° Par du prurit plus ou moins marqué, rarement nul, à recrudescence nocturne ou même exclusivement vespéral et nocturne ;

— 2° Par des lésions cutanées spécifiques, sillons et vésicules perlées, repaires du parasite où il pond ses œufs, creusés dans l'épiderme et qu'il faudra donc ouvrir pour que le parasiticide agisse et qu'il n'y ait pas récidive ;

— 3° Par des lésions non-spécifiques associées : papules d'urticaire, de prurigo, pustules, bulles purulentes, eczématisation, etc., réalisant une éruption polymorphe ;

— 4° Par des sièges d'élection caractéristiques. Car, si les lésions peuvent être disséminées partout, elles prédominent dans certaines régions qui sont : les *espaces interdigitaux*, face antérieure des *poignets*, face postérieure des *coudes, aisselles*, non dans le creux de l'aisselle, mais sur le bord du muscle pectoral, seins, surtout les *mamelons, fourreau et gland*, plis sous-fessiers, et, particulièrement *chez les enfants, orteils et plante des pieds*. La face n'est jamais envahie par les sillons, mais elle peut être atteinte de pyodermites auto-inoculées et d'eczéma.

— 5° Enfin par une incubation de deux à quarante jours, en moyenne dix à vingt jours.

Mais il existe des gales larvées, d'un diagnostic souvent très difficile : la gale se cache derrière un eczéma ou des dermites professionnelles eczémateuses des épiciers, des cimentiers (fausses gales), une urticaire et un prurigo, des pyodermites, et même derrière une éruption bulleuse qui simule une dermatite douloureuse polymorphe de Dühring-Brocq.

Quelquefois le diagnostic est très difficile entre une syphilis ou des tuberculides papulo-nécrotiques, et les pyodermites syphiloïdes ou tuberculoïdes de la gale. Il faut d'une part rechercher les signes de syphilides et des tuberculides et d'autre part ceux de la gale.

En définitive, c'est donc le sillon de la gale qui, étant le seul signe caractéristique fait le diagnostic :

Le *sillon* de la gale dessine un petit trait, très fin, comme tracé par une aiguille qu'on aurait enfoncée dans la couche cornée de l'épiderme. Il peut n'avoir que 1 ou 2 millimètres de longueur, mais habituellement il a de 3

à 5 millimètres, et même jusqu'à 12 et 15 millimètres. Ce sillon est simplement marqué par une sorte d'élevure de la peau, rappelant les trajets de taupe. Souvent il est terminé à l'une de ses extrémités, celle où siège le parasite, par une vésicule blanchâtre minuscule. D'autres fois, surtout chez les individus peu soigneux, le sillon, rempli par des grains de poussière, apparaît pointillé de noir. Ce sillon peut être déformé soit par des stries de grattage, soit par la suppuration. En pratique, il n'y a que deux lésions qui puissent simuler le sillon de l'acare : 1° une simple égratignure (mais celle-ci sera rectiligne alors que le sillon est légèrement sinueux) ; 2° de petites vésicules d'eczéma, qu'un hasard a disposées en chapelet. Dans le doute, il suffit, avec une aiguille, de percer la vésicule et d'en extraire l'acare que l'on voit fort bien se mouvoir sur une lame de verre, malgré son extrême petitesse, égale à la pointe d'une aiguille.

Toutes ces erreurs de diagnostic ont une double gravité : tout d'abord, on confond la gale avec une affection plus grave, et l'on inquiète inutilement le malade ; ensuite la gale n'étant pas reconnue s'éternise et peut contagionner l'entourage, alors qu'un traitement approprié la guérirait en quelques jours.

Traitement : Le traitement de la gale n'est pas toujours aussi facile que l'indique la formule classique : « gale = frotte ». Il comprend quatre parties principales : — 1° *détruire le parasite* par le baume du Pérou, l'onguent styrax, le soufre ou les sulfureux, la créoline, le pétrole, le naptol, etc. ; — 2° *désinfecter les vêtements* par la chaleur ou par le formol ; — 3° *guérir les lésions associées* à la gale ou consécutives à la frotte ; — 4° *supprimer le foyer originel* ou les gales inoculées à l'entourage : par exemple, il est indispensable, même si elle ne gratte pas encore, que la personne qui partage le même lit se traite avec le galeux ; ou, si elle refuse le traitement, qu'elle fasse lit séparé (1).

Le traitement varie suivant les malades :

Traitement classique : *La frotte de l'Hôpital Saint-Louis.* Elle s'appliquera à une gale peu ou pas eczématisée, peu ou pas compliquée de pyodermites. La frotte classique, encore très employée, est la frotte soufrée ; la nouvelle frotte est la frotte sulfureuse. Ce traitement rapide, très efficace, économique, réclame, pour être bien fait, une expérience que n'ont ni les malades, ni les infirmières non-spécialisées ; il existe surtout des précautions très ennuyeuses, dont la négligence explique la plupart des récidives. Aussi, mieux vaut-il ne pas tenter la frotte, si l'on prévoit qu'elle sera mal faite, ou si l'on ne peut pas la surveiller soi-même.

Frotte soufrée. *Premier temps. Savonnage* : le malade, nu, dans une pièce chaude, se savonne *en frottant*, du cou aux pieds, avec de l'eau chaude et de la poudre de savon blanc ou du savon sulfureux, si la peau est délicate ; avec du savon noir mêlé du quart de son volume de glycérine si la peau est résistante. Ce grand savonnage doit durer vingt minutes.

Deuxième temps. Bains sulfureux, dans lequel le patient continue à se frotter et à se savonner pendant trente minutes.

Troisième temps. Avec une serviette dure trempée dans l'eau du bain, on s'attachera attentivement *à ouvrir* tous les sillons dans les lieux d'élection : aux aisselles, aux coudes, etc... Ce temps, pénible, est souvent négligé, bien que ce soit le plus important de tous.

Quatrième temps. On essuie et on conduit en *frottant* pendant vingt minutes tout le corps avec la pommade d'Helmerich-Hardy :

Soufre sublimé	2 parties
Carbonate de potasse	1 partie
Axonge	12 parties

Cette pommade est irritante. Aussi A. Fournier a-t-il proposé une formule plus douce :

Glycérine	200 grammes
Gomme adragante (pour émulsionner)	1 gramme
Fleur de soufre	50 à 100 grammes
Carbonate de soude	50 grammes
Parfum	Q. S.

Cinquième temps. — Le malade enduit de pommade soufrée (Fournier), est talqué ; il garde la pommade, s'il la supporte, pendant 24 heures, et il en remet le soir dans les régions les plus atteintes : entre les doigts, etc.

Sixième temps. — Le lendemain matin, ou plus tôt en cas d'irritation, il prendra un bain ; soit un bain sulfureux, s'il peut le supporter ; soit un bain d'amidon, si l'irritation de la peau est trop vive. Au sortir de ce bain, on appliquera une pommade calmante : pâte de zinc, cold-cream, glycérolé et poudre d'amidon. Il sera bon d'ajouter à ces pommades 1 p. 100 de menthol et 2 p. 100 de camphre, afin de les rendre antiprurigineuses.

Frotte sulfureuse. — A la frotte *soufrée* classique, beaucoup préfèrent la frotte *sulfureuse* moins irritante et plus active. La technique est d'ailleurs plus simple : — 1° savonnage avec un savon *neutre* pendant 20 minutes avec ou sans bain ; — 2° frotte pendant 30 minutes avec la pommade sulfureuse en ayant grand soin d'ouvrir les sillons ; — 3° remettre une dernière couche de pommade, talquer par-dessus la pommade sans l'essuyer et la garder 24 heures sauf irritation ; — 4° bain et pommade calmante le jour et encore pommade sulfureuse la deuxième nuit sur les régions parasitées.

Avec Paul Duret, j'emploie la formule suivante :

	Hiver	Eté	
Soude caustique à la chaux	33		250 grammes
Soufre sublimé	45		
Eau	272		
Soude caustique	7		100 grammes
Oxyde de zinc	30		
Eau	63		
Lanoline	200	275	550 grammes
Vaseline	200	275	
Huile de vaseline	150	0	
Total			1.000 grammes

(Faire dissoudre à froid la soude dans son poids d'eau ; puis ajouter le soufre et faire chauffer jusqu'à dissolution ; reprendre par quantité suffisante d'eau pour faire un poids total de 350 grammes. Mélanger à cette solution de pentasulfure ainsi obtenue la solution de zincate de soude préparée en délayant l'oxyde de zinc dans la soude dissoute à froid dans 63 grammes d'eau. Puis incorporer au mélange de ces deux solutions la lanoline et la vaseline préalablement fondues ensemble).

Les jours suivants, le malade prendra des bains d'amidon, tous les deux jours, et fera des onctions de pâte d'oxyde de zinc naphtolée à 1 et 2 p. 100.

◆◆

(1) En effet, j'ai décrit des porteurs d'acares qui sont infectants alors même qu'ils n'ont pas de lésions, et les véritables réfractaires sont trop rares pour qu'on ne suive pas cette règle. Voir *Journal des Praticiens*, 20 décembre 1919, n° 51, p. 803.

Lorsque la frotte est bien faite, une seule séance suffit pour obtenir la guérison définitive.

Pendant que le malade subit la frotte, ses vêtements sont désinfectés.

TRAITEMENTS DE REMPLACEMENT. — Plusieurs traitements ont été proposés :

Pétrole.

Naphtol B en solution à 5 % suivi d'application d'une vaseline à 5 % de naphtol.

Bisulfite de soude (Lepinay, Ravaut) :

Solution de bisulfite de soude du Codex	60 grammes
Lanoline	40 grammes

ou

Hyposulfite de soude	200 grammes
Eau bouillie	1 litre

Laisser sécher quelques minutes, en évitant de s'essuyer.

Lorsque le corps est sec, faire une même lotion avec une seconde solution :

HCl officinal	50 grammes
Eau bouillie	1 litre
Colorant	Q.S.

« Après cette seconde opération, il revêt sa chemise de nuit sans s'essuyer et se couche aussitôt. Le matin, il doit simplement se lotionner avec la solution d'hyposulfite de soude. Suivre ce traitement deux jours de suite, trois dans les cas graves. »

Créoline (Minne) Cinq soirs de suite, le galeux se lotionnera sans frotter avec créoline de Pearson 100 grammes, eau distillée 400 grammes (ou 500 chez des eczémateux), et laissera sécher le liquide sur la peau et ne se lavera pas le matin.

Benzoate de benzyle. Kissemeyer badigeonne deux fois de suite avec :

Benzoate de benzyle	}	
Alcool à 60°	} àâ	50 grammes
Savon liquide	}	

et on laisse sécher.

TRAITEMENT DOUX. — *Le malade a une peau délicate, ou il a eu des lésions irritées, ou il craint la frotte soufrée, ou bien la malade est enceinte* ; on appliquera le TRAITEMENT DOUX :

Baume du Pérou (1). — On l'emploi pur, ou plutôt ramolli avec un peu d'alcool à 90° ou d'huile, sans bain et sans savonnages préalables.

Un à quatre jours de suite, le malade se frictionne du cou aux pieds, le soir avec ce baume ; en s'efforçant d'ouvrir les sillons et vésicules. Il met un maillot, un caleçon, des gants et des chaussettes qui s'imbibent du médicament et qui resteront les mêmes durant tout le traitement ; au matin, il garde son enduit. Je recommande, en outre, d'appliquer le dernier jour sur les sillons visibles une gouttelette de teinture d'iode diluée.

Styrax. — Pendant huit jours de suite, se frictionner, suivant la technique précédente, tout le corps avec :

Huile d'olive	} àâ	250 grammes
Styrax liquide fraîchement préparé	}	

(1) Ce baume ne doit pas être employé, dit-on, chez les tout jeunes enfants de crainte de complications pulmonaires.

Au matin, laisser le mélange appliqué sur la peau, ou prendre un bain sulfureux.

TRAITEMENT INFANTILE. — *Le galeux est un nourrisson, ou un jeune enfant, ou un adulte à la peau très irritable.* — On usera de traitements très doux :

Lotionner matin et soir avec : eau chaude 1.000, polysulfure de potassium liquide 1 c. c.

Puis appliquer :

Oxyde de zinc	} àâ	25 grammes
Talc	}	
Huile d'amande douce		10 grammes
Soufre précipité lavé		3 à 6 grammes
Sulfate de cuivre		0,50 à 1 gramme

Ou :

Soufre précipité lavé	1 gramme
Camphre	3 grammes
Eucalyptol	2 grammes
Huile	100 c. c.

(faire dissoudre à 100° Bory).

Ou :

Créoline de Pearson	50 grammes
Eau	200 à 450 grammes

Répéter ce traitement plusieurs jours jusqu'à guérison complète en l'interrompant si les téguments s'irritent.

Désinfecter le linge et la literie dès le premier jour et une seconde fois un peu avant la fin du traitement.

TRAITEMENT DES GALES COMPLIQUÉES. — *Les malades sont couverts d'éruptions eczémateuses diffuses et de pyodermites, souvent compliquées de lymphangite et de tuméfactions œdémateuses des membres : traitement calmant d'attente.* — De tels malades ne peuvent être débarrassés immédiatement de la gale. On calmera tout d'abord l'eczéma aigu par des pulvérisations suivies de larges poudrages, puis on usera de larges applications d'une pâte de zinc avec 5 à 10 p. 100 de goudron et 2 p. 100 de camphre ; on nitratera les placards les plus suintants. On combattra les infections par des *bains* locaux au sulfate de cuivre à 1 p. 10.000 et des pulvérisations, par l'ouverture des bulles et l'ablation des croûtes, par des cautérisations avec *l'eau d'Alibour ou le nitrate d'argent* et par des applications de pommade d'Alibour, sans pansements imperméables. Au bout de cinq à vingt jours, dès que ces infections surajoutées s'atténuent, on appliquera un traitement actif ; il n'y a aucun intérêt à trop attendre, à moins que la peau ne soit très irritable. Le traitement actif sera alors un traitement doux à la créoline au naphtol, à l'onguent styrax ou au baume du Pérou, plutôt que la frotte soufrée.

SURVEILLANCE DE LA CONVALESCENCE. — Le plus souvent, après le traitement actif, les lésions disparaissent ; toutefois, avant d'assurer la guérison et de délivrer un certificat, il sera prudent d'attendre un mois.

Parfois il subsiste des lésions associées ; d'autres fois la frotte a provoqué de l'eczématisation ; on traite ces complications par les pâtes calmantes, etc.

Mais souvent le malade, presque toujours un nerveux suggestionnable, continue à se gratter.

Une question très importante se pose alors : le prurit est dû à une récidive de gale qui doit être traitée activement ? Est-il dû à une acarophobie ou à un prurigo non-galeux qui serait aggravé par le traitement de la gale et qui réclame le traitement dans les prurits ?

L'erreur de diagnostic est dangereuse : si on frotte un


οβησιτη

prurit non-galeux, on l'exaspère ; si on ne frotte pas une gale qui se cache derrière un prurit soi-disant nerveux, l'affection s'éternise. Comment donc faire la distinction ? Dans la gale, le prurit. après avoir présenté une rémission nette, ne recommence que lentement, quinze à vingt jours après la frotte, il augmente progressivement ; bientôt réapparaissent des lésions caractéristiques : vésicules perlées, sillons. Dans le prurit post-galeux et non-galeux, la rémission persiste incomplète, sans diminuer, ni augmenter à moins de poussée ; il n'y a pas la reprise progressive de la récidive de la gale, on ne voit pas de sillons. Souvent le diagnostic restant douteux, on se gardera d'appliquer une médication irritante, on emploiera, en les surveillant, les traitements des prurits, puis les traitements doux de la gale : baume du Pérou, créoline etc.

***

Pédiculose du corps

On sait que le rôle des poux dans la transmission des typhus et par conséquent l'importance de l'épouillage dans la prophylaxie des typhus.

Dans la forme « aiguë » (c'est-à-dire lorsque l'envahissement parasitaire est très abondant et brusque), la presque totalité du corps est souvent recouverte de petites papules œdémateuses urticariennes de la grosseur d'une tète d'épingle avec prédominance sur le bord postérieur de l'aisselle là où la manche appuie, alors que la gale envahit le bord antérieur de l'aisselle. L'ecthyma inoculé par grattage est fréquent (Milian).

Dans les formes chroniques, on note un mélange d'urticaire, de grandes papules de prurigo excoriées croûteuses et surtout des stries de grattage à la partie supérieure du dos, à la ceinture, etc., dans tous les points où les vêtements appuyent sur le tégument. Parfois des complications se surajoutent : pustulettes ou larges placards d'ecthyma, épaississement de la peau et pigmentation plus ou moins diffuse pouvant même s'accompagner de taches brunâtres de la muqueuse buccale et simuler la maladie d'Addison (maladie des vagabonds), etc.. Devant toutes ces lésions on doit rechercher le parasite.

Le parasite, blanc sale, de deux à trois millimètres, ne reste guère sur la peau ; ce sont les vêtements, chemise, flanelle, maillot et le pubis qu'il faut examiner pour découvrir des parasites ou des lentes. Il faut se méfier qu'avant de consulter, le malade a souvent changé de linge, il n'est donc pas étonnant de ne pas trouver facilement de parasite.

Le TRAITEMENT est des plus simples : désinfection des *vêtements*, nettoyage du malade, surtout des régions velues.

Pendant que les vêtements sont *passés à l'étuve* ou changés, le malade, sauf contre-indication fournie par un tégument eczémateux ou intolérable, prend un bain *savonneux ou sulfureux* ; s'il y a infection des poils, on les coupe et l'on traite les régions velues par le xylol comme ci-dessous. On panse les lésions de grattage avec une pommade à l'oxyde de zinc contenant des antiprurigineux.

On traitera suivant la coutume, les lésions associées d'eczéma, d'ecthyma, etc...

Classiquement le pou du corps n'habiterait que dans les vêtements : Darier, Delta, Legroux, Charlet, Bulliard ont montré le contraire.

***

Péniculose du cuir chevelu

Le diagnostic est facile si l'on y pense et il faut se rappeler que cette pédiculose peut se cacher derrière un prurit « simple » ou un prurigo, un eczéma ou une urticaire, et surtout des pyodermites du cuir chevelu, de la nuque, des sillons rétro-auriculaires.

Dans tous ces cas il faut rechercher le parasite le *pediculus capitis* blanc cendré et ses lentes ovoïdes, blanches, attachées au cheveu par un anneau chitineux ; la forme et l'adhérence aux cheveux de ces lentes les distingueront facilement des pellicules.

TRAITEMENT. — Jamais il ne faut, chez une fille, couper les cheveux, car ce sacrifice est inutile.

Deux cas sont à envisager :

1° *Pédiculose simple sans infection* : on ne trouve que des parasites vivants et des lentes, il n'y a ni impétigo, ni eczéma.

Le traitement populaire, le vinaigre chaud est très suffisant.

Le nouveau traitement de Sabouraud est le xylol :

Appliquer sur un large tampon d'ouate sur tout le cuir chevelu et sur les cheveux le mélange de Sabouraud :

Xylol	50 grammes
Alcool absolu	25 grammes
Ether	25 grammes

(Inflammable et protéger les yeux).

La mort des parasites vivants est instantanée, on peigne au peigne fin afin de faire glisser les lentes le long des cheveux et les enlever. Si quelques lentes résistent, on les imbibe à nouveau avec la mixture. C'est un travail de patience, et si la malade est soigneuse elle peut être guérie en une séance.

2° *Pédiculose compliquée d'infection* : *impétigo ou d'eczématisation*. Appliquer sur toute la tête une couche épaisse afin d'agglomérer tous les cheveux, de vaseline xylolée de Sabouraud :

Xylol	CL gouttes
Vaseline	150 grammes

Recouvrir de compresses, faire une sorte de marmotte et laisser toute la nuit.

Au matin, enlever le plus gros de la vaseline avec des tampons d'ouate, puis savonner à l'eau tiède. Peigner au peigne fin patiemment pour enlever toutes les lentes. Si quelques-unes résistent, les imbiber du mélange xylol-alcool-éther et repeigner.

Recommencer, si les croûtes persistent, l'application de vaseline xylolée deux à trois nuits de suite.

Traiter parallèlement l'impétigo et l'eczéma. Donc après le savonnage à l'eau tiède qui enlève la vaseline, toucher les érosions impétigineuses avec de l'eau d'Alibour, puis oindre avec une pommade cadique à l'oxyde jaune.

Au bout de quelques jours on a guéri ou très atténué les complications. Si des lentes restent accrochées aux cheveux, on les enlèvera soit par le traitement n° 2, s'il persiste encore de l'irritation cutanée, soit par le traitement n° 1, si le cuir chevelu est redevenu normal, soit avec du vinaigre chaud.

***

Phtiriase du pubis

Là encore le diagnostic est facile si l'on n'oublie pas d'y penser, car cette phtiriase peut être masquée par un

prurigo, un eczéma, des pyodermites et envahir les aisselles et toutes les régions velues.

Le parasite est facile à reconnaître, blanc-gris ou brunâtre, de 0,2 à 1 mm. 5, fortement accroché à la peau ou, à défaut, lentes, *taches bleues* sur l'abdomen, sur les flancs.

Traitement. — L'ancien traitement par l'onguent gris est sale et souvent irritant, le nouveau traitement est le xylol.

Si le malade peut endurer une sensation de brûlure d'une demie à une heure il fera le traitement n° 1 des pédiculoses du cuir chevelu (xylol, etc., de Sabouraud).

S'il craint la douleur, s'il y a eczéma, il usera de la pommade xylolée ; il enlèvera les lentes, désinfectera les vêtements, traitera les complications comme dans les pédiculoses.

CLINIQUE MÉDICALE

Tuberculose et glandes génitales (1)

M. Lucien DE GENNES,
Professeur agrégé à la Faculté
Médecin des Hôpitaux

Les rapports qui unissent la tuberculose et les glandes génitales comportent de nombreuses inconnues. Nous connaissons mal le terrain tuberculeux, et les innombrables travaux anatomo-cliniques sur ce sujet n'ont guère dissipé notre ignorance. Il est des bacilloses qui guérissent spontanément en dépit même des pires erreurs thérapeutiques. Il en est d'autres qui déjouent l'expérience du phtisiologue et dont aucun traitement ne peut arrêter l'évolution.

Mais s'il est difficile de préciser quelles influences peuvent régir le terrain évolutif de la phtisie, on peut néanmoins affirmer le rôle important qu'y jouent les glandes endocrines. Toutes ont été incriminées, mais il est encore impossible de faire exactement la part de chacune dans la constitution de ce terrain morbide.

L'expérience clinique a montré l'influence indéniable qu'exerçait sur l'évolution de la tuberculose la fonction ovarienne. Bien avant que les recherches des expérimentateurs aient permis une explication, le rôle aggravant de la puberté ou de la grossesse était déjà une notion familière.

Au cours de ces dernières années, la physiologie de l'ovaire a été presque entièrement élucidée et s'il subsiste encore des obscurités de détail, nos connaissances sont suffisantes pour tenter d'interpréter le rôle des hormones génitales au cours de la tuberculose.

Nous étudierons d'abord les faits cliniques, le comportement de l'organisme tuberculeux lors des grandes périodes de la vie génitale la puberté, la menstruation, la grossesse et la ménopause.

Dans une seconde partie nous tenterons d'expliquer la physiologie pathologique de ces faits, pour autant que nous le permettent nos connaissances encore bien incomplètes des sécrétions hormonales et de leurs répercussions sur les défenses organiques et la marche des masadies.

(1) Leçon recueillie et rédigée par M. Bonnet, interne du service.

***

I. — La tuberculose de la puberté

La tuberculose de la puberté se caractérise dans la plupart des cas par son évolution grave. Alors que les tuberculoses bien localisées, pleurales ou ostéo-articulaires qui paraissent l'expression d'une tuberculose atténuée semblent l'apanage de la seconde enfance, l'apparition de la puberté exalte certainement l'évolution du mal et provoque l'extériorisation des formes pulmonaires graves et des formes aiguës.

C'est le plus souvent à la phase prépubère que se déclenchent les troubles.

Les cas de bacillose se montrent deux fois plus fréquents et plus graves chez les filles que chez les garçons, ainsi que l'ont montré les statistiques de Rillet et Barthez et de Nobécourt. Des statistiques allemandes portant sur 10.000 cas nous apprennent que :

De 5 à 10 ans la proportion de tuberculose est trois garçons pour quatre filles :

De 12 à 15 ans, quatre garçons pour sept filles ;

De 15 à 20 ans, douze garçons pour quinze filles.

L'éveil de la fonction ovarienne et l'instauration des règles jouent donc un rôle primordial dans le développement de la maladie.

Souvent des *hémoptysies* viennent marquer leur apparition et c'est là un phénomène assez rare dans la pathologie infantile pour être noté : un amaigrissement prononcé, des poussées thermiques indiquent la tendance évolutive d'emblée. Souvent se déclenche une poussée évolutive à la date où devaient apparaître les règles.

On a dit que ces tuberculoses de la puberté évoluaient toujours selon le mode ulcéro-caséeux et réalisaient cliniquement une *phtisie galopante*. Cette description répond à de nombreux cas. Cependant Nobécourt a montré que cette période critique pouvait donner lieu aussi à des formes plus torpides, peu évolutives, unilatérales, dont le pneumothorax a encore amélioré le pronostic. Il faut noter aussi la rareté de la pleurésie séro fibrineuse pure. Les épanchements pleuraux que l'on a l'occasion d'observer s'accompagnent généralement d'une importante atteinte parenchymateuse.

L'action aggravante de la puberté sur la tuberculose s'affirme indéniable et il est logique de la rapporter aux modifications hormonales de cette période.

C'est alors que l'ovaire entre en activité et sécrète dans la circulation sanguine une hormone nouvelle : *la folliculine*. Tout le système neuro-endocrinien se modifie. On sait qu'il n'est pas rare d'observer alors un gonflement du corps thyoïde, parfois l'ébauche d'une maladie de Basedow que vient confirmer l'augmentation du métabolisme de base.

Par contre la tuberculose semble exercer une action minime sur les phénomènes de la puberté : on a signalé quelques cas où l'apparition de celle-ci semblait retardée ou avortée mais ce sont là des faits assez rares, qui accompagnent surtout les formes hyperfébriles et rapidement cachectisantes.

II. — Tuberculose et menstruation

Depuis longtemps les cliniciens avaient noté l'influence fâcheuse des poussées menstruelles sur la tuberculose. Daremberg, puis Sabourin, actuellement Bezançon dans la Thèse de son élève Caussimon, P. Bourgeois dans un récent mémoire ont étudié cette question. Parmi les poussées thermiques à l'occasion des règles il faut distinguer :

La fièvre prémenstruelle ;
La fièvre menstruelle.

La fièvre prémenstruelle est un phénomène inconstant mais normal ainsi que l'a montré Mme Hovelacque dans sa thèse. La température s'élève régulièrement huit à dix-huit jours avant les règles jusqu'à atteindre 37°8 à 38°. Mais elle tombe dès qu'apparaissent les règles. C'est un phénomène banal qui s'observe surtout chez des femmes hyperémotives en état de déséquilibre neuro-végétatif. On peut l'attribuer à des troubles endocrino-sympathiques ou parfois à une infection atténuée des voies génitales. Souvent lui succède une hypothermie post-menstruelle.

L'examen des malades ne montre alors aucun signe clinique ni radiologique d'évolution bacillaire.

Par contre il faudra se méfier chaque fois que la fièvre ne cédera pas à l'apparition des règles.

Les *fièvres menstruelles*, en effet, sont très souvent pathologiques. Elles peuvent revêtir divers aspects, mais elles devront toujours faire craindre une poussée évolutive de tuberculose latente.

Au cours des tuberculoses avérées, on peut observer une *exagération de la fièvre prémenstruelle* qui peut atteindre 38°5-39°. Cette forme ne s'accompagne pas d'aggravation sérieuse de l'état pulmonaire si la défervescence coïncide avec l'apparition du flux menstruel.

Si par contre l'hyperthermie se prolonge pendant les règles, une poussée évolutive peut survenir. L'altération de l'état général, la modification des signes cliniques et radiologiques, une leucocytose sanguine viennent signer le progrès de la tuberculose. Il s'agit alors le plus souvent de formes actives, de mauvais pronostic.

On peut enfin observer des poussées de fièvre survenant *à la fin des règles* et persistant après elles. Ce sont les cas les plus redoutables et qui déclenchent les poussées évolutives les plus importantes.

Ce dérèglement thermique se manifestait de façon paradoxale chez une malade de Bezançon n'était apyrétique que pendant ses règles.

L'intérêt de ces fièvres menstruelles est de témoigner de l'activité des lésions tuberculeuses. Dans bien des cas torpides, seule la période menstruelle vient montrer la tendance évolutive.

Il est certain que l'on n'accordera de valeur pronostique à cette fièvre qu'à condition de la trouver associée à d'autres symptômes évolutifs : atteinte de l'état général, modification des signes stéthacoustiques et radiologiques. Devant leur absence répétée on sera réduit à conclure à une origine génitale ou endocrinienne.

La dysménorrhée est fréquente chez les tuberculeux. Poncet, Grœffenberg, Sabourin, dans la thèse de Rouffiac lui ont consacré d'importantes études.

Tantôt c'est un des premiers signes de la bacillose à son début : les règles deviennent douloureuses, irrégulières, fébriles. Ou bien on assiste à des modifications de leur durée, raccourcies ou prolongées. Devant ces troubles génitaux que n'explique aucune lésion locale, il faut savoir rechercher les signes dits « d'imprégnation » tuberculeuse.

Un autre type de dysménorrhée s'observe au cours des tuberculoses évolutives. Le retard des règles qui peut être isolé ou bien s'accompagner de phénomènes douloureux et fébriles annonce souvent la poussée évolutive. On peut voir se produire des hémoptysies « supplémentaires » pendant cette phase qui précède la poussée. Dans l'ensemble la dysménorrhée de la tuberculeuse annonce le plus souvent une poussée évolutive plus ou moins importante.

L'aménorrhée peut s'observer comme phénomène terminal d'une cachexie fébrile. Plus intéressantes sont les aménorrhées au cours de la tuberculose évolutive.

L'aménorrhée silencieuse, qui ne s'accompagne d'aucun autre trouble utéro-ovarien ne présente aucune gravité. Souvent à la date présumée des règles surviennent quelques troubles généraux qui peu à peu s'atténuent et finalement l'aménorrhée semble le plus souvent favorable à la stabilisation du processus tuberculeux. Souvent même une aggravation marque la réapparition des règles.

Tout différent est le pronostic des *aménorrhées actives*, qui s'accompagnent d'un tableau de troubles utéro-ovariens : douleurs pelviennes, leucorrhée. En même temps des points de côté, des quintes de toux, des hémoptysies viennent témoigner d'une poussée pulmonaire congestive. La fièvre concomitante marque, par sa persistance et son élévation la gravité du pronostic.

En résumé l'aménorrhée apparaît dans deux conditions opposées :

Isolée, elle constitue plutôt un élément favorable pour la tuberculose ; lorsqu'elle s'accompagne de troubles généraux, c'est un facteur d'aggravation.

Tuberculose et grossesse

L'influence de la grossesse sur la tuberculose est une notion assez récente.

C'est seulement en 1850 que Grisolle, Louis, signalent son action pernicieuse. On note ensuite les noms d'Hervieux, de Stoltz, de Robert. Dubreuil, en 1852, y consacre un mémoire. En 1873 Pidoux décrit les tuberculoses *post-partum*. C'est après le cinquième mois de la grossesse que l'évolution bacillaire paraît s'accélérer, ainsi que le soutient Peter qui insiste par ailleurs sur le rôle néfaste de l'allaitement.

Dès lors s'engage une longue controverse à laquelle prennent part Depaul, Tarnier, Budin, Pinard, qui condamnent formellement l'avortement thérapeutique.

Le Congrès de Rome voit reparaître des opinions thérapeutiques plus nuancées.

Bar parle le premier de l'*anergie gravidique* et des résultats de la cuti-réaction.

Il arrive, en accord avec Sergent, Bezançon, à poser des indications thérapeutiques plus souples, qui s'accordent avec les divers cas particuliers.

C'est alors qu'apparaissent de considérables études statistiques, venues d'Allemagne et des Etats-Unis. Une d'elles, signée par Forster, portait sur 10.000 cas.

D'autres travaux dus à Rhonof, Mayer, Winter, Sergent, fournissaient des résultats discordants. Les uns confirmaient la théorie désormais classique de l'aggravation de la tuberculose par la grossesse. D'autres concluaient à l'innocuité absolue de la gravidité.

Récemment la question a été reprise dans la remarquable thèse de Mme Kourilsky et l'on ne peut que se rallier à ses conclusions. Il ne faut pas envisager en bloc le problème tuberculose et grossesse, mais dissocier les cas cliniques. C'est la qualité de la tuberculose, sa tendance évolutive, son aspect anatomique, les conditions sociales dans lesquelles vit la malade qui font le pronostic et dictent le choix des traitements.

L'étude soigneuse de 163 observations, où chaque cas était envisagé dans son individualité a amené l'auteur aux conclusions suivantes :

1° L'éclosion de la tuberculose est favorisée par des grossesses répétées, surtout si elles sont suivies d'allaitement. On observe alors soit le réveil de formes fibreuses latentes, soit des surinfections bacillaires.

2° Les formes évolutives et les formes récentes sont aggravées dans les premiers mois et surtout dans la période du *post partum*. Ici le danger peut être immédiat et poser des indications d'urgence.

3° Par contre la grossesse ne semble exercer aucune action sur les formes cicatricielles de la tuberculose. Toutes les localisations bacillaires même ganglionnaires ou ostéo-articulaires sont susceptibles d'être aggravées. Cette notion est fondamentale dans l'explication des phénomènes, car elle nous montre que la grossesse agit à distance, et non pas seulement par un facteur mécani-

que de compression ou de déplétion du poumon comme on l'a souvent soutenu.

La conduite à tenir ne peut être schématisée. Elle doit se modeler sur les variations des cas individuels. Le pneumothorax uni ou bilatéral y trouvera parfois sa place.

L'avortement thérapeutique ne doit jamais être systématique. Il aura sa raison d'être dans les cas où la tuberculose évolue rapidement, où la collapsothérapie se montre impossible ou inefficace. Mais il doit toujours être fait avant le quatrième mois, car passée cette date, son action reste nulle.

Ces aggravations de la tuberculose par la grossesse ont été diversement interprétées.

La théorie mécanique voulait que les troubles apparussent seulement dans le *post partum*, du fait de la déflation brusque de l'utérus gravide et la libération des lésions pulmonaires jusqu'alors comprimées comme par un pneumothorax ou une phrénicectomie. Il est évident que cette pathogénie n'explique rien des aggravations de la bacillose durant la grossesse.

Bar a proposé la *théorie de l'anergie gravidique*. La femme tuberculeuse traverserait durant sa grossesse une période d'anergie mise en évidence par une cuti-réaction négative. En réalité ce seul témoin d'une réaction anergique de l'organisme paraît un peu fragile lorsque l'on connaît la variabilité de ce test.

Il semble que l'on doive plutôt se rallier à une *théorie hormonale* qui seule est vraisemblable, en dépit de quelques points obscurs. On ne peut en effet accorder de crédit à un facteur mécanique local lorsque l'on constate une aggravation de foyers tuberculeux ostéo-articulaires au cours de la grossesse et l'on est obligé d'admettre une origine générale de ces troubles. Or la grossesse s'accompagne d'une augmentation progressive de la folliculinémie, d'une augmentation de la lutéinémie, et surtout apparaît une hormone nouvelle sécrétée par le placenta : le prolan.

Il est vraisemblable que ce bouleversement endocrinien entraîne des modifications allergiques. D'ailleurs le coup de fouet apporté par la grossesse s'arrête souvent lors du retour de couches cependant que la sécrétion hormonale reprend son cours habituel.

Le rôle débilitant de *l'allaitement* pour les tuberculeuses ne semble pas faire de doute dans certains cas. Faut-il l'attribuer à une modification du taux des hormones. On sait que pendant la lactation, la folliculinémie tombe, cependant que l'hypophyse sécrète du « prolactin » qui détermine la sécrétion lactée.

Enfin il ne faut pas négliger le rôle de la fatigue que détermine chez toutes les femmes un allaitement régulier et prolongé.

Tuberculose et ménopause

On considère généralement la ménopause comme favorable à l'évolution de la tuberculose. C'est une notion partiellement vraie. La période préménopausique se montre en effet souvent fertile en poussées évolutives, en hémoptysies importantes. Ce stade préménopausique offre une individualité biologique bien tranchée : il correspond à une phase d'hyperfolliculinémie importante, comparable à celle de la grossesse.

Cette hypersécrétion ovarienne se prolonge pendant les ménopauses irrégulières avec métrorrhagies ou ménorrhagies qui coïncident d'ailleurs souvent avec des poussées hémoptoïques.

La ménopause elle-même va entraîner une disparition progressive de la folliculine. On assiste alors à la stabilisation, voire à la guérison de nombreux cas de bacillose antérieure, qui sont nettement améliorés par la cessation des règles.

***

Ainsi, tous les épisodes de la vie génitale chez la femme retentissent sur l'évolution de la tuberculose. La puberté, la menstruation, la grossesse et la phase prémopausique agissent comme des facteurs d'aggravation.

Or toutes ces périodes correspondent à une sécrétion intense de folliculine. Le rôle des hormones génitales n'est donc pas douteux, mais avant de tenter d'expliquer comment ces sécrétions peuvent retentir sur l'évolution de la tuberculose, rappelons brièvement quelques notions touchant les hormones génitales : la *folliculine*, la *lutéine* et les *garado-stimulines A et B*.

La folliculine est sécrétée par l'ovaire et passe dans la circulation sanguine avant d'être éliminée par l'urine.

Son apparition dans l'organisme jeune détermine la puberté. Elle est libérée en grande quantité lors des poussées menstruelles, pendant la grossesse et à la période préménopausique.

Son rôle consiste à assurer le développement du tractus génital utérus, trompe et vagin.

La lutéine résulte de la sécrétion du corps jaune qui apparaît après rupture du follicule ovarien et qui fonctionne pendant une dizaine de jours comme glande endocrine. Sa fonction essentielle est d'assurer la nidation de l'œuf après sa fécondation.

Les gonado-stimulines proviennent du lobe antérieur de l'hypophyse.

Ce sont des substances chimiquement mal définies. Elles sont très voisines et peut-être identiques aux prolans sécrétés par le placenta que contiennent les urines des femmes enceintes. Elles agiraient en déclenchant et en stimulant les fonctions de l'ovaire.

En résumé trois hormones président aux fonctions génitales :

Une hormone antéhypophysaire : la *gonado-stimuline* qui règle les fonctions ovariennes ;

Deux hormones ovariennes :
La *folliculine* hormone de maturation ;
La *lutéine* hormone de fécondation.

Le jeu de ces hormones va déterminer les phases de la vie génitale.

La puberté est due au développement de l'ovaire qui entre en activité et sécrète de la folliculine, hormone qui n'existait pas jusqu'alors dans l'organisme. Cette folliculinémie serait précédée par la sécrétion de gonado-stimuline A, que l'on pourrait déceler dans les urines quinze à dix-huit mois avant la puberté.

L'ovaire grossit et met en liberté des quantités considérables de folliculine.

L'apparition des règles dépend de la maturation des follicules ovariens.

Sous l'influence d'une hypersécrétion hypophysaire de gonado-stimuline A et de l'apparition de gonado-stimuline B un follicule ovarien augmente de volume :

Il prend l'aspect d'un petit kyste saillant à la surface de l'ovaire. Il produit alors des quantités considérables de folliculine qui passe dans le sang et qui est éliminé par les urines. Cette hyperfolliculinémie détermine une prolifération de l'endomètre qui s'épaissit, se vascularise.

Au quinzième jour l'hypophyse libère une grande quantité de gonado-stimuline B qui fait éclater le follicule ovarien et libère l'ovule.

La rupture du follicule provoque sur la cicatrice la formation d'une glande endocrine temporaire : *le corps jaune* qui sécrète de la lutéine.

A cette phase l'ovaire continue de lancer dans la circulation de la folliculine à des taux élevés qui de concert avec la lutéine exalte la prolifération de l'endomètre.

Mais cette augmentation de la folliculine et de la lutéine

arrivée à un certain degré ralentissent l'action de l'hypophyse.

La diminution de la gonado-stimuline entraîne la dégénérescence du corps jaune vers le vingt-sixième jour, et la disparition de la folliculine. L'absence de lutéine et de folliculine fait se détacher brutalement la nouvelle muqueuse utérine édifiée sous l'influence de ces hormones : l'hémorragie menstruelle en est le témoin. Elle se prolonge durant plusieurs jours, favorisée par l'hypotonicité du muscle utérin.

Mais presque aussitôt, la chute de la folliculinémie va solliciter les fonctions hypophysaires et déclencher un nouveau cycle.

La grossesse va également entraîner une perturbation humorale considérable. L'œuf fécondé chemine dans les voies génitales et atteint l'utérus vers la troisième semaine. Il s'y implante, et les premiers phénomènes de nidation apparaissent. Il se forme une ébauche de placenta qui paraît déclencher une sécrétion considérable de prolan.

Cette hormone analogue à la gonado-stimuline détermine une augmentation de la lutéine et de la folliculine. Ce prolan qui supplée la gonado-stimuline hypophysaire, est sécrété en grandes quantités de façon permanente : le résultat essentiel est la persistance du corps jaune qui ne régresse pas comme en temps habituel.

Si bien qu'à la date des règles on n'assiste pas à la chute de la muqueuse utérine néoformée et que l'endomètre soumis continuellment à l'influence de la lutéine prolifère pour prendre le type décidual. En même temps se ramollissent corps et cols utérins.

Le début de la grossesse se caractérise donc essentiellement pas l'apparition de prolan et l'augmentation de la lutéine et une faible augmentation de folliculine.

Vers la seconde moitié de la grossesse le corps jaune dégénère sans que néanmoins diminue le taux de la lutéine. En même temps la folliculinémie s'accroît dans des proportions considérables jusqu'à 100.000 unités par litre.

Le prolan qui continue à être éliminé en quantité considérable, mais il contient peu de principes de la gonado-stimuline A, aussi ne se développe-t-il pas de nouveaux follicules.

Le mécanisme de l'accouchement paraît être sous la dépendance d'une hormone de l'hypophyse postérieure : l'ocytocine. Mais expérimentalement, elle ne fait se contracter le muscle utérin, que sous l'influence d'un taux élevé de folliculine et d'une faible quantité de lutéine. Ces conditions humorales sont réalisées lors de l'accouchement : hyperfolliculinémie, hypolutéinémie.

Au total, si nous suivons les étapes de la vie génitale dans leurs rapports avec les évolutions de la tuberculose, nous voyons que les phases d'activité de celle-ci correspondent assez exactement aux phases d'hypersécrétion folliculaire : phase prépubère, phase prémenstruelle, grossesse, phase préménopausique.

Il semblerait que cette notion dût guider le traitement. Mais les faits ne répondent pas toujours à l'attente, et si l'on a tenté dans un certain nombre de cas de tuberculoses graves des stérilisations ou des castrations ovariennes, le résultat n'a pas toujours été excellent et l'on a vu trop souvent au cours de ces ménopauses anticipées se produire des poussées congestives susceptibles de provoquer des hémoptysies.

Par ailleurs certains auteurs ont tenté chez les tuberculeuses atteintes de troubles menstruels d'injecter de fortes doses de folliculine et obtenir une sédation des troubles précédant une amélioration de l'évolution tuberculeuse.

On voit donc que le problème reste infiniment complexe.

Dans d'autres cas les injections de lutéine à hautes doses ont paru donner quelque amélioration.

Dans la grossesse il faut sans aucun doute faire une part mécanique importante dans les modifications de la tuberculose.

A partir du cinquième mois la surélévation des diaphragmes agit comme une véritable *phrénicectomie spontanée* qui comprime heureusement les lésions.

Au moment de l'accouchement le poumon collabé reprend brusquement sa place, ce qui explique en partie les aggravations constatées à ce moment.

Mais il ne fait aucun doute que les actions hormonales soient prépondérantes dans la première phase qui répond précisément à la phase d'aggravation de la bacillose.

***

Dans l'ensemble le facteur folliculaire semble agir avant tout comme un facteur congestif et comme un stimulant général des échanges ainsi que le témoigne l'élévation fréquente du métabolisme au moment des phases hyperfolliculaires.

Ainsi se vérifie une fois de plus la grande loi qui régit l'évolution tuberculeuse. Tout ce qui tend au repos de de l'organisme et à la diminution des échanges tend à l'améliorer. Tout ce qui intensifie le métabolisme tend à l'aggraver, et l'action des hormones génitales ne peut agir que dans ce sens.

LE MOUVEMENT MÉDICAL

L'appendicite aux Etats-Unis

Il n'est peut-être pas de maladie plus banale que l'appendicite ; il n'est pas un médecin qui s'imagine avoir encore quelque chose à apprendre à ce sujet, tant il a lu d'études et d'articles, tant il a eu l'occasion d'en voir de cas. Cependant il y a encore beaucoup à dire et à écrire sur cette question. L'essentiel est d'avoir une tournure d'esprit originale et de sortir des chemins battus ; c'est bien ce qu'ont fait quelques médecins de la Nouvelle-Orléans, dont nous allons résumer les vues personnelles sur l'appendicite aiguë.

On peut considérer la question au point de vue social, c'est ce que fait C.-C. Dauer ; pour lui l'appendicite est un fléau public. Les chiffres de mortalité varient suivant les états ; les Montagnes Rocheuses ont une mortalité plus élevée que la Louisiane ; cela dépend évidemment des distances et des facilités opératoires. Ce n'est du reste pas une raison parce que la Louisiane occupe une bonne place pour ne pas essayer de faire mieux. Il est évidemment très important d'attirer l'attention du public et du Corps médical sur les méfaits d'un ennemi public, alors qu'en France nous considérons les crises d'appendicite comme des accidents individuels d'une grande banalité. Tout ce qu'on fera pour décentraliser le premiers secours chirurgicaux se traduira par une amélioration des statistiques.

Parmi ces articles parus dans le *New Orléans médical and surgical Journal*, il y a un rapport bien curieux du Comité de la Semaine de longévité, lu par Nathan H. Polmer. On a réuni les cas d'appendicite aiguë opérés dans huit hôpitaux de la Nouvelle-Orléans dans la période de deux ans, qui se termine le 1er avril 1935. Sur 1.818 opérés 107 sont morts, soit 1 sur 18. L'appendicite ne se prévient pas, mais elle est assez facilement curable et il n'y a aucune raison pour avoir une mortalité aussi importante.

Il y a cependant sinon une raison, du moins plusieurs raisons, que nous allons passer en revue.

La première raison c'est le retard de l'intervention. La mortalité est de 2,1 % quand l'intervention a lieu dans les 12 premières heures, de 2,8 % dans les 24 premières heures, de 4,2 % dans les 48 premières heures, de 12,2 % dans les premières 72 heures et de 11,6 % au-dessus de 72 heures.

En somme une personne opérée le second jour a trois fois et demie plus de chances de mourir que si elle est opérée le premier. Mais, si elle est opérée après 48 heures elle a quatre fois plus de chances contre elle que si l'intervention a lieu dans les deux premiers jours.

La seconde raison c'est qu'on purge encore trop dans une appendicite aiguë, qui, pour être méconnue, n'en est pas moins une appendicite aiguë avec tout ce qu'elle comporte de funeste. Voici un petit tableau que je considère comme assez éloquent pour se passer de commentaires :

Pas de purgation..............	4,7	% de décès
Une purgation................	9,3	— —
Deux purgations..............	14,0	— —

On a donc deux fois plus de chances de mourir avec une purgation et trois plus avec deux.

La troisième raison valable est le mode d'anesthésie. La rachi donne 4,2 % de décès, l'anesthésie générale 7,0 % et la locale 46,2 %. Ces chiffres ont moins de valeur que les précédents ; certaines formes d'anesthésie sont préférables dans les mauvais cas ; par exemple la locale sera choisie pour un sujet incapable de supporter la générale ou la spinale ; il ne succombera pas parce qu'on lui a fait une anesthésie locale, mais ce sont les chances qu'il avait de succomber qui ont déterminé le choix du procédé le moins choquant.

Les autres raisons des désastres n'ont qu'une importance secondaire.

Une autre étude sur les décès par appendicite aiguë survenus à l'hôpital de la Charité de la Nouvelle-Orléans est due à la collaboration d'Urban Maes, Frederick Fitzherbert Boyce et Elizabeth M. Mc Fetridge. Pendant la période de cinq ans qui précéda le 1er avril 1935, 2.295 personnes furent opérées avec 131 décès ; 25 personnes, qui n'avaient pas été opérées, moururent également.

On se demande tout naturellement pourquoi tant d'opérés succombèrent. Certains, d'ailleurs assez nombreux, avaient pris une purgation et cela suffit à tout expliquer. D'autres avaient attendu pour appeler le médecin ; dans deux cas le praticien n'avait pas été sans reproche. Enfin, dans un certain nombre de cas, ni le médecin, ni le malade n'étaient coupables ; l'appendicite s'était traduite par de la dysménorrhée, une céphalée, de l'anorexie ; une fois un enfant avait mangé trente abricots ; une autre fois un jeune nègre, qui souffrait et avait des nausées, s'était levé la nuit pour ingurgiter deux côtelettes de porc et une tarte à la noix de coco, arrosées d'une bouteille de bière ; dans les deux cas l'appendice en profita pour faire des siennes.

Les 25 cas non-chirurgicaux, ou plus exactement non-opérés, sont fort intéressants. 6 cas présentaient un tableau clinique assez net, les 19 autres furent reconnus ou confirmés *post mortem*. Tous succombèrent à la péritonite. 5 furent victimes de leurs médecins ; 2 avaient été purgés et 3 gardés en observation pendant plus de huit jours ; on voit par là le mal que peut faire le manque d'attention ; dans chacun de ces cas on aurait dû suspecter au moins l'appendicite, en admettant qu'on n'eût pas porté un diagnostic ferme.

Il serait injuste d'accabler les seuls praticiens ; à l'hôpital aussi on commit de belles erreurs de diagnostic. Un cardiaque et un tuberculeux moururent d'appendicite et le diagnostic ne fut établi qu'à l'autopsie : on avait oublié qu'une affection pathologique n'est pas une assurance contre les autres maladies ; l'attention était fixée sur le cœur de l'un, sur le poumon de l'autre et on n'en démordit point. Trois autres cas furent de simples erreurs de diagnostic.

En somme 11 patients entrèrent moribonds et rien ne pouvait les sauver ; 5 furent méconnus ; 6 eurent un traitement conservateur, sans aucun doute parce qu'il n'y avait rien de mieux à faire. Ce sont malgré tout de lourdes responsabilités et nous allons voir quelles sont, vis-à-vis de l'appendicite aiguë, les positions respectives et diverses du praticien ou de l'interniste, du pédiatre, du chirurgien et de leur jeune frère, l'étudiant en médecine.

Oscar W. Bethea nous présente l'aspect médical du problème de l'appendicite aiguë. C'est le médecin de famille qui, par la force des choses, est amené le premier à voir le malade. C'est donc de lui que dépendra en grande partie la décision opératoire ; encore faut-il qu'elle soit précoce.

La première chose à faire c'est au moins une tentative de diagnostic. L'erreur la plus fréquente consiste à penser qu'il s'agit d'une indigestion. A ce moment il est indispensable de se rappeler certains traits de l'appendicite. La douleur se localise dans la partie haute de l'abdomen, au moins dans les premières heures ; la température est relativement basse ; le pouls est légèrement accéléré. Si vous vous mettez bien dans la tête ces trois signes de l'appendicite initiale, vous aurez beaucoup moins de chances de la laisser passer inaperçue. Même si on n'arrive pas à faire un diagnostic, il est indispensable d'accorder au patient une sérieuse attention et de le mettre à une diète absolue ; on ne ne donnera, c'est essentiel, ni calmants ni purgatifs.

La seconde chose à faire — et ce n'est pas la plus facile — est de convaincre la famille que le transport à la clinique est indispensable pour pratiquer une surveillance efficace.

« J'ai souvent remarqué que la pratique de la médecine se compose de science, d'art et de boniment. Une des tâches les plus difficiles à accomplir est de décider la famille à envoyer le patient à la clinique sur un simple soupçon d'appendicite. Elle est sûre qu'il s'agit d'une simple indigestion. Il a déjà eu plusieurs crises semblables. Son frère Tom et l'oncle Bill sont sujets aux mêmes indispositions. L'homme qui travaille à l'office a eu la même chose la semaine dernière, il a pris une bonne dose d'huile de ricin et le lendemain il était d'aplomb. De plus ils pensent qu'hospitalisation signifie intervention et ils en redoutent les dangers. Ils hésitent aussi devant la dépense... J'ai eu fréquemment recours aux paroles suivantes : « Mme Blanc, s'il y avait un serpent à sonnettes dans la cour de derrière, vous ne laisseriez pas vos enfants y jouer pieds nus. S'il y avait une chance sur dix qu'il y ait un serpent à sonnettes ici ou même une sur cent, vous prendriez des précautions. S'il y avait une chance sur mile je ne voudrais pas y aller voir sans bottes ni même avec des bottes. Il y a une chance sur trois pour que ce soit une appendicite. Si ce n'en est pas une, le malade rentrera demain ; si c'en est une, une surveillance immédiate lui sauvera la vie. Nous lui donnerons sûremen l'avantage de toutes les chances que nous puissions mettre de notre côté. »

Une fois le patient à la clinique et le cas étudié par le chirurgien, il peut subsister un doute ; alors on fera pour le mieux ; il n'y a plus que des cas d'espèce et, si un appendice sain est enlevé, on en est quitte pour le réhabiliter.

L'appendicite menace tout le monde, jeunes et vieux, mais elle est particulièrement grave chez l'enfant, et John Signorelli met en garde le pédiatre contre l'optimisme destiné à calmer les alarmes des parents. Dans bien des cas il est le premier à voir le petit malade et il n'oubliera pas les trois caractéristiques de l'appendicite infantile : marche plus rapide, tendance à la perforation plus marquée, symptomatologie différente de la forme de l'adulte.

La difficulté principale consiste à éliminer toutes les causes de douleurs abdominales et elles sont nombreuses ; en tout cas les douleurs abdominales chez l'enfant doivent être considérées comme appendiculaires tant qu'elles n'ont pas fait la preuve d'une autre origine.

Nous arrivons maintenant au rôle du chirurgien ; il arrive le dernier ici comme il arrive en général le dernier en cas d'appendicite. Ou le diagnostic est fait, il s'agit alors d'une appendicite et de rien de plus ; ou le diagnostic n'est pas fait et alors le problème se pose comme pour l'interniste ou le pédiatre, avec la seule différence d'un décalage de temps. Le diagnostic entraîne automatiquement l'intervention ; par suite tout tient dans le diagnostic.

Une fois l'intervention décidée le chirurgien aura le choix entre l'opération en un ou deux temps, le choix entre les divers modes d'anesthésie, le choix entre les incisions ; chacun de

ces points a une importance sinon pour le résultat final individuel, du moins pour l'amélioration des statistiques et la diminution de la mortalité générale.

L'intervention est une chose, les soins post-opératoires en sont une autre et leur valeur est trop souvent sous-estimée.

Nous arrivons enfin à la dernière question, celle de l'instruction médicale donnée aux étudiants. Comment voient-ils l'apendicite aiguë ? Telle que la leur montrent les manuels. Il y a beaucoup à dire à ce sujet ; Frederick Fitzherbert Boyce et Elizabeth M. McFetridge ne se gênent pas pour dire ce qu'ils pensent ; ils font preuve d'une rare perspicacité et même d'un courage peu commun.

Ils ont choisi 22 manuels, 5 parus entre 1893 et 1914, cinq entre 1926 et 1929 et douze entre 1930 et 1936. Les anciens avaient été pris comme termes de comparaison, mais il y en avait au moins un de supérieur aux plus récents.

« Nous n'avons pas été surpris de trouver dans la plupart des vieux livres.... des symptômes de péritonite plutôt que des symptômes d'appendicite. Un ou deux donnaient comme symptômes initiaux la perforation, la gangrène et la péritonite. Il est surprenant et décourageant, toutefois, de trouver cette erreur qui se perpétue, au moins tacitement, dans deux livres récents. La mortalité de l'appendicite aiguë n'est pas près d'être réduite tant qu'on donnera des signes de complications pour des signes de début.

« Nous n'avons pas été surpris de trouver dans les vieux textes de longues dissertations sur la typhlite, mais nous avons été franchement surpris de trouver cette forme démodée et ses compagnes, la pérityphlite et l'épityphlite, sur la liste des symptômes de l'appendicite aiguë dans des ouvrages publiés en 1931 et 1933. »

Quand on lit dans un vieux manuel que le diagnostic de l'appendicite est aisé, on a le droit de sourire, mais quand on voit un auteur moderne attacher peu d'importance aux difficultés du diagnostic, on peut bien dire qu'il exagère et qu'il porte une lourde responsabilité sur les épaules.

« L'affirmation répétée dans des manuels tout récents que le tableau de l'appendicite aiguë est normalement caractéristique est une erreur et une erreur dangereuse. Le chirurgien, qui paie les erreurs de diagnostic de ses confrères médecins aussi bien que les siennes, sait combien cette généralisation est tristement erronée. Un écrivain récent voit décidément plus juste quand il déclare que l'éloquence déployée, pour faire le tableau classique de l'appendicite, est responsable de nombreux décès. »

Il y a un certain nombre de faits à mettre en évidence quand on parle de l'appendicite aiguë. Ce sont : sa fréquence ; sa gravité ; la disproportion entre les manifestations cliniques et les lésions anatomiques ; la grande proportion de cas atypiques ; les difficultés du diagnostic ; le grand danger de la purgation ; l'importance d'une prompte intervention ; l'augmentation des risques dans la jeunesse, la vieillesse et la grossesse.

« Nous sommes d'avis que tous les traités, manuels, encyclopédies et monographies doivent être réécrits. »

Triste jugement sur une situation dont les malades sont trop souvent destinés à faire les frais.

J. Lafont.

Bibliographie

U. Maes, F.-F. Boyce et Miss E.-M. McFetridge. — The mortality of acute appendicitis. *New Orleans medical and surgical Journal*, septembre 1936, p. 118.

John Signorelli. — Acute appendicitis in children. *Id.*, octobre 1936, p. 157.

Oscar-W. Bethea. — Medical aspects of appendicitis. *Id.*, *ibid.*, p. 162.

C.-C. Dauer. — Appendicitis as a community health problem. *Id.*, *ibid.*, p. 164.

Ambrose-H. Storck. — The part played by the surgeon in lowering the mortality of acute appendicitis. *Id.*, *ibid.*, p. 165.

Frederick F. Boyce et Elizabeth M. McFetridge. — The presentation of acute appendicitis in standard text-books and systems. *Id.*, *ibid*, p. 167.

The mortality of acute appendicitis in the Hospitals of New Orleans. A report. *Id.*, *ibid*, p. 170.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 novembre 1936

Sur la vaccination antityphoïdique. — ***M. H. Vincent.*** — Mes premières vaccinations faites en 1910-1911 l'on été avec un vaccin mixte, c'est-à-dire antityphoïdique, non seulement en France, mais encore au Maroc et en divers pays étrangers.

L'expérience a définitivement montré que la vaccination peut être appliquée en pleine épidémie et être faite sans aucun inconvénient sur un certain nombre de sujets en état d'infection latente : ils peuvent même être préservés contre l'infection. Ce fait a été souvent observé notamment lors de la grande épidémie d'Avignon dans laquelle les militaires non-vaccinés eurent près d'un cas de fièvre typhoïde sur cinq, alors que tous les vaccinés furent indemnes. Dans la population civile de cette ville, 644 déclarations furent faites, mais le nombre total fut beaucoup plus élevé ; il y eut 34 décès, ce qui équivaudrait pour Paris à plus de 3.600 morts par fièvre typhoïde.

La possibilité pratique de vacciner à toutes les phases d'une épidemie a été vérifiée dans un grand nombre de circonstances semblables, et aussi pendant la dernière guerre. La protection ainsi assurée a été remarquable.

Comme je l'ai montré, ce pouvoir protecteur du vaccin a d'ailleurs eté vérifié en quelque sorte expérimentalement par l'immunité dont ont béneficié des étudiants ou des médecins ayant avalé involontairement du bacille typhique (dans un cas, 10 c. c. de culture en bouillon) ou du bacille paratyphique B, et vaccinés un à quatre jours après. D'autre part, Thiroloix a signalé que des sujets vaccinés ont pu boire le contenu de tasses entièrement remplies de culture vivante, en bouillon, de bacille typhique, soit 200 milliards de bacilles, sans avoir présenté le moindre symptôme morbide, tant était solide leur immunité vaccinale.

Les vaccinations pratiquées avant la guerre et pendant celle-ci ont également donné lieu à une immunité prolongée ainsi que l'ont montré A. Chauffard, Ch. Achard, E. Sergent, J. Renault, moi-même, chez d'anciens soldats qui ont ; plusieurs années plus tard, impunément traversé des épidémies massives en n'offrant qu'un faible nombre d'atteintes. Je signalerai le même effet protecteur complet, se manifestant après dix et quinze années chez des vaccinés appartenant à la population civile (Avignon, Jargeau, Pleine-Fougères, Puy-l'Evêque, etc., etc.

On a constaté d'ailleurs que très souvent pendant les épidémies, les deux premières injections de vaccin avaient suffi à mettre les vaccinés à l'abri de la fièvre typhoïde.

Une dernière observation fréquemment relevée est que si, dans une famille ou un village gravement infecté, la vaccination n'est pas généralisée, les non-vaccinés, servant, en quelque sorte, de témoins, ne tardent pas à payer tribut à la maladie infectieuse.

D'autre part, la vaccination faite assez tôt à des sujets en incubation de la maladie peut leur épargner la fièvre typhoïde, comme le fait la vaccination antivarioleuse pour la variole.

Enfin, certains malades, vaccinés au début même de leur fièvre typhoïde, ont fait des formes courtes, et presque abortives de la maladie.

Ces considérations et ces faits m'ont conduit depuis longtemps à me demander s'il ne serait pas nécessaire d'étendre davantage les applications de la vaccination antityphoïdique. Il ne saurait, à mon avis, être question de la rendre partout obligatoire, comme elle l'est déjà dans l'armée, la marine, chez les étudiants, les infirmiers ou infirmières, etc... Mais, après avoir étudié ce problème, je considère que nous devons faire un pas de plus dans la prophylaxie des maladies typhoïdes en demandant que *la vaccination soit rendue obligatoire et aussi précoce que possible à tous les membres de la famille et à toutes les personnes vivant en contact avec un malade atteint de fièvre typhoïde ou paratyphoïdes*. Il va sans dire qu'on tiendra compte des contre-indications d'usage.

La vaccination sera conseillée par voie d'affiches aux autres habitants de la localité atteints par l'épidémie.

Tel est le vœu que j'ai l'honneur d'adresser à l'Académie.

Considérations sur l'efficacité et la durée de l'immunité dans la vaccination antityphoïdique. — ***MM. Tanon, Rochaix*** et ***Cambassédès*** en se plaçant au point de vue épidémiologiques, en comparant les statistiques des cas de fièvre typhoïde lors des épidémies de Lyon, 1926, et Paris, 1933, peuvent y trouver un argument en faveur de la longue durée de l'immunisation par la vaccination :

En effet : 1° Lors des épidémies du genre de celles citées, la morbidité est plus grande chez l'enfant (à Lyon par exemple, 889 cas de 0 à 15 ans, contre 657 de 16 à 30 ans).

2° La comparaison des courbes de l'élément féminin par rapport à l'élément masculin met en évidence une différence très manifeste de celles-ci à partir de 20 ans qui ne peut être en relation qu'avec la vaccination effectuée chez l'homme au service militaire (à Paris de 11 à 15 ans, 20 filles, 19 garçons ; de 16 à 20 ans, 20 filles, 21 garçons ; de 21 à 25 ans, 30 filles, 9 garçons ; à Lyon de 6 à 15 ans, 357 filles, 385 garçons ; de 16 à 30 ans, 447 femmes contre 218 hommes).

3° Le nombre plus grand des cas féminins se poursuit (à Lyon de 31 à 40 ans, 153 femmes, 20 hommes ; de 41 à 50 ans, 113 femmes, 44 hommes).

Ces faits semblent confirmer les observations des Professeurs Vincent, Achard, Lemierre concernant la longue durée de l'immunisations par les vaccins antityphoïdiques.

Transmission au furet du virus de la grippe humaine. — ***MM. Dujarric de la Rivière*** et ***J. Chevé.*** En confirmation des travaux des auteurs anglais et américains sur ce sujet, R. Dujarric de la Rivière et J. Chevé ont pu infecter des furets avec du virus de la grippe humaine.

La contamination se fait par voie indirecte plaçant les animaux malades dans les cages des animaux sains ou directement par instillation intranasale ou inoculation intrapulmonaire. Le furet présente des symptômes très nets de grippe : catarrhe oculo-nasal, éternuement, courbe de température à type diphasique, étant somnolent, inappétence. Ces symptômes s'amendent rapidement et l'animal guérit dans la presque totalité des cas.

Le virus peut être passé en série sur furet et même sur souris. Ces derniers animaux ne sont infectés qu'après anesthésie à l'éther et que par un virus qui a passé par le furet ; ils ne sont pas directement sensibles au virus de la grippe humaine.

La maladie du furet est contagieuse pour l'homme comme le prouvent les inoculations faites en Amérique et en Angleterre, à des volontaires et les contaminations de laboratoire.

Le virus est un virus filtrant qui traverse les bougies Chamberland L^2 et même les filtres à membrane de collodion.

L'homme et les animaux qui ont été infectés par le virus du furet possèdent, pendant un certain temps, une immunité solide.

Recherches sur les échanges respiratoires et le débit cardiaque. — ***MM. Cordier V., Enselme J.*** et ***Mlle Nury D.*** ont étudié le rapport débit $\frac{\text{cardiaque}}{\text{surface}}$ de vingt-cinq sujets normaux ou pathologiques, par la mé-thode du CO^2 en établissant pour chaque sujet une courbe dedissociation du CO^2 dans le sang artériel.

Ils montrent que le rapport débit $\frac{\text{cardiaque}}{\text{surface}}$ rend seul compte d'une façon exacte de la valeur fonctionnelle du cœur.

« Nous répéterons ce que nous avons écrit, il y a vingt-trois ans, dans une revue générale des *Archives de Médecine des Enfants* (1913, p. 617) : « En tout cas, l'épilepsie n'étant pas une névrose héréditaire familiale, ne doit pas être considérée comme une tare. Quand il y a un épileptique dans une famille, cet épileptique est soigneusement isolé, caché, dissimulé. On hésite à contracter mariage dans une famille qui compte un épileptique. Cette phobie de l'épilepsie tient à l'idée même qu'on s'en faisait jusqu'à présent : transmission héréditaire, incurabilité. Ces deux choses étant inexactes, il faut faire disparaître l'ostracisme dont souffrent les familles des épileptiques. Cet ostracisme ne reposait que sur des préjugés et des erreurs. Il n'a plus sa raison d'être. » (J. Comby. Les origines de l'épilepsie. *Le Bulletin Médical*, 24 octobre 1936.)

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

L'insuline comme anaphrodisiaque

D'une série d'observations, M. Roger Mignot (*Ann. Méd. psychol.*, octobre 1936) conclut à l'action anaphrodisiaque de l'insuline chez les femmes aliénées. Il a utilisé l'endopancrine à la dose *pro die* de dix à vingt unités à la fois, pendant quatre ou cinq jours au maximum, en ayant soin de prescrire en même temps de trente à soixante grammes de sirop de sucre.

L'action anaphrodisiaque de l'insuline est rapide : elle se produit généralement dans les heures qui suivent la première injection. Mais elle est aussi temporaire, c'est-à-dire qu'elle se limite à la période d'excitation génésique en cours. Le caractère habituellement épisodique de l'éréthisme génital permet d'interrompre le médicament dès le quatrième ou cinquième jour. Le calme est acquis pour quelques semaines ou quelques mois.

La rhodanémie

Cette liaison constante de la clinique et du laboratoire, qui semble le signe sous lequel s'est peu à peu placée la médecine contemporaine, a permis à Herbert Barker (de Chicago) de découvrir les raisons de certains insuccès au cours des traitements par le rhodanate de potassium.

Dans le *Journal of American Medical Association* (19 janvier 1935) il signale en effet les excellents résultats qu'il obtient avec le rhodanate dans l'hypertension artérielle depuis qu'il a découvert la notion de « rhodanémie ».

De ces recherches il résulte que le rhodanate de potassium a une action extrêmement puissante, lorsque le taux de « rhodanémie » atteint un certain chiffre (10 à 15 milligr., selon H. Barker). Il se produit alors, en deux semaines un abaissement de tension artérielle de 1 à 6 cm. La proportion des succès dépasse légèrement 60 %.

Cette notion de rhodanémie, toute nouvelle, est d'un puissant intérêt doctrinal et mériterait d'être longuement reprise et étudiée.

On voit donc l'intérêt de cures prolongées de Rhocya à doses suffisantes (20 gouttes, trois fois par jour, trois semaines par mois) et le résultat qu'on peut en espérer dans l'hypertension artérielle, les rhumatismes chroniques, les scléroses.

La tolérance de l'appareil optique à l'acétylarsan

Fait important souligné par M. R. Guebel dans sa thèse (Paris, 1936) : les névrites optiques par l'acétylarsan sont d'une extrême rareté : on ne retrouve dans la littérature que 27 cas, proportion des plus faibles si l'on envisage le nombre considérable de traitements effectués à l'aide de ce produit.

Les observations connues et les travaux effectués sur cette question permettent de retenir deux grands principes qu'il est indispensable de respecter si l'on veut mettre de son côté toutes les chances d'éviter les troubes visuels : 1° *Nécessité d'une posologie correcte* ; 2° *Nécessité d'une connaissance approfondie du terrain.*

Les règles posologiques établies par Sézary ont montré que les doses fortes introduites en une seule injection étaient particulièrement nocives, que le rythme des injections a une importance considérable. Les injections doivent être faites par voie intramusculaire ou sous-cutanée, au rythme de deux injections par semaine, sans dépasser 3 c. c. pour une injection.

Le rhinœdème médicamenteux

Sous ce titre, M. F. Escat (*S. de Méd. ch. et ph. de Toulouse*, avril 1936) décrit un état rhinopathique apyrétique, caractérisé cliniquement par un enchifrènement chronique progressif et difficilement réductible et objectivement par une infiltration œdémateuse de la pituitaire consécutive à l'application locale abusive d'agents thérapeutiques divers de valeur non éprouvée chez les adultes ou des enfants du premier âge. Il ne faut pas oublier que la muqueuse pituitaire qui n'est pas une muqueuse banale, représente un écran sympathique polyesthésique d'une sensibilité exquise répondant par une vaso-dilatation réactionnelle à la vaso-constriction artificielle et fugace obtenue par les agents thérapeutiques, d'où œdème pituitaire chronique analogue à celui de la cocaïnomanie.

Le rhinœdème médicamenteux tend à devenir une véritable endémie : un peu plus de discrétion dans la thérapeutique endonasale suffira pour le prévenir.


CHLORO-CALCION
CHLORO-
CALCION
Solution titrée
de Chlorure de Calcium stabilisé
80 gouttes ou ½ cuil. à café
INDICATIONS
RECALCIFIANT
Croissance - Tuberculose
Grossesse, Allaitement, Spasmophilie
Entérites, Accidents sériques
Caries dentaires
HÉMOSTATIQUE
Toutes Hémorrhagies
DÉCHLORURANT
Albuminuries, Néphrites, Œdèmes
Ascite, Pleurésies
CONTENANCE DU FLACON : 65 GR.
Pour 100 Gr. Chlorure de Calcium purifié cristallisé 36,239
Excipient 63,761
LABORATOIRES P. MICHELS
Pharmacien de 1re Classe
4bis, Rue du Colonel-Moll - PARIS (17e)
DOSES MOYENNES : Adolescents et Adultes : de 60 gouttes à 4 cuillerées à café. Enfants au-dessous de 10 ans : 4 gouttes par années
CHLORO-CALCION - Se prend au moment des repas dans un tiers de verre d'eau sucrée. Pour éviter l'accoutumance, suspendre pendant 10 jours.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornifiant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire, elles ne sont plus miennes qu'en leur première place. »

MONTAIGNE.

La genèse de la Société médicale d'Emulation de Paris. — « L'histoire de la médecine ne sera écrite que lorsque la parfaite connaissance des auteurs médicaux et de leurs œuvres sera reliée à l'histoire de chaque époque et de ses institutions ». A cette phrase de M. Astruc on peut ajouter que si cette connaissance n'est point encore l'apanage de tous ceux que l'on considère comme spécialisés en histoire de la médecine, elle fut familière à un Triaire et marque indubitablement les études que M. Pierre Astruc à consacrées à quelques grands médecins du XIX. Et le lecteur, par ces quelques extraits d'une étude sur « La Genèse et les débuts de la Société médicale d'Emulation de Paris » (*Semaine des hôpitaux*, 15 octobre 1936), pensera qu'elle se manifeste aussi intensément quand il s'agit d'un passé plus lointain.

« La Société médicale d'Emulation, fondée en 1796, par Bichat, Larrey, et une pléiade d'adhérents de marque, tire son intérêt des circonstances qui ont provoqué sa fondation, de la gloire d'un nombre important de ses membres et des travaux originaux qu'ils ont produits, des principes directeurs qu'elle s'est donnés. Le mouvement, auquel elle se rattache, est l'expression d'un désir d'émancipation, et va de pair avec le besoin de réunion des hommes de bonne volonté, qui, en se développant, crée les Sociétés et les Académies. Il en existe, dit M. Mornet, six à la fin du XVIIe siècle, une vingtaine en 1748, une quarantaine vingt ans plus tard. La passion de savoir s'étend, et passe de l'amour des belles-lettres à la curiosité scientifique. La décadence des universités de province, loin de diminuer cet élan, accroît l'intérêt des « académies de bavards » ; celles-ci recueillent ce que celles-là abandonnent, et deviennent des cercles où l'on discute doctement d'économie rurale et domestique, de commerce, d'industrie et d'hygiène ; leur développement annonce une « fermentation de connaissances », qui, quelque jour, aboutira à une transformation décisive sous l'action diastasique des idées et des hommes. En 1755, l'Encyclopédie n'a pas proclamé sans être entendue « qu'il faut tout examiner, tout remuer sans exception et sans ménagement, repousser le principe d'autorité devenu caduc, atteindre à la suprématie de la raison par la recherche scientifique. « Vers 1770, écrit M. Mornet, il y a tant de façons de penser, si neuves, si diverses, si tentantes qu'on ne peut plus rien imposer ; il faut laisser faire un choix. Toutes les routes de la pensée moderne sont ouvertes, et pour tous. » La Révolution, en libérant les esprits, ouvre une ère, nouvelle. En fait, elle n'a supprimé, dit Liard, ni les Universités ni les Facultés, mais « elle n'avait pas la possibilité de payer les professeurs... et les Universités et les Facultés s'étaient progressivement évanouies ». Leur disparition ne pouvait laisser de regret puisque « la théologie les avaient asservies et stérilisées ». Lorsque le décret du 8 août 1793 les atteint, il ne touche que des assemblées tombées en décadence ; l'Académie de chirurgie qui date de 1731, la Société royale de médecine, fondée en 1776, sont au nombre de ces victimes dont la vie s'était enfuie, et qui, comme les Facultés, disparaissent, comme le dit Liard, à la manière de « ces vieux arbres depuis longtemps minés et envahis par la pourriture, et dont le feuillage appauvri n'est plus entretenu que par une sève superficielle ».

« La place est nette, quand la Convention se décide à reconstruire. Elle n'ignore ni les doléances, ni les désirs exprimés devant les assemblées révolutionnaires, ni les savants rapports qui leur ont été soumis. Elle sait qu'il manque d'autant plus de médecins, de chirurgiens, particulièrement dans les villes de province et dans les campagnes, que le nombre de ceux, qui, enrôlés aux armées, ont disparu, a été plus grand, et que ceux qui, sans instruction suffisante, les ont remplacés, se sont montrés plus téméraires et plus incapables. Lorsque la Convention vota la création des Ecoles de Santé de Paris, de Strasbourg, de Montpellier, la satisfaction générale fut si vive que, écrit Liard, « une jeunesse ardente, tenue trop longtemps inactive, affluait à Paris, avec la rage d'apprendre, de travailler et de savoir. »

« Bichat, auteur, à l'anonymat transparent, du discours qui ouvre le tome I des mémoires de la Société médicale d'Emulation, dit qu'au premier signal, « le Sanctuaire de la médecine s'est ouvert à deux battants... Cette nuée d'hommes inconnus dans les amphithéâtres et les écoles, inspira peut-être une inquiétude salutaire ; la Commission d'instruction publique crut ne pas devoir rester dans l'indifférence ; Fourcroy fut son organe dans la tribune nationale..., et le 14 frimaire an III on créa les Ecoles centrales où revivrait la doctrine hippocratique ».

« Les historiens de la Société médicale d'Émulation, Jourdan, Cherest, se sont attachés à décrire l'élan qui poussa vers la médecine des jeunes gens dont l'orientation première était toute différente. Pour Cherest, qui juge le mouvement en 1850, la vocation n'était pas leur mobile. « La Révolution avait fait sortir des cloîtres, des séminaires, du barreau même, une foule de jeunes gens qui refluèrent vers les études médicales, parce que la médecine est la seule profession libérale que l'on peut conserver dans tous les temps et porter dans tous les lieux ». Mais, rapidement entraînés, ils ne purent se contenter des leçons de professeurs dont l'enseignement leur paraissait insuffisant ou périmé. Leurs aspirations se révélèrent plus élevées et plus hardies. Ils désiraient des conférences amicales où leurs qualités spirituelles et leur savoir scientifique et littéraire pussent s'affronter, se développer par l'échange des idées, se pénétrer du courant de progrès qui entrait dans leurs assemblées. La Société médicale d'Emulation naît de ce contact de la liberté et de la science.

« Cherest prétend que le titre, adopté par la nouvelle compagnie savante est modeste, et rappelle « sans cesse à ses membres les sentiments dont ils devaient être animés ». En réalité, le nom est rempli, jusqu'à saturation, d'une ambition qui, pour être noble, a dû perdre le sens préjoratif qu'on lui attribuait aux siècles passés. Déjà La Broyère s'était prononcé nettement : « Quelque rapport qu'il paraisse de la jalousie à l'émulation, il y a, entre elles, le même éloignement que celui qui se trouve entre le vice et la vertu », et le chevalier de Jaucourt, le dévoué collaborateur de Diderot, ne consentait à voir en elle « qu'une passion noble et généreuse, qui, admirant le mérite, les belles choses, et les actions d'autrui, tâche de les imiter et même de les surpasser, en y travaillant avec courage, par des principes honorables et vertueux. » Aussi le nom qui couvre une si belle qualité a-t-il été choisi plus d'une fois au cours du XVIIIe siècle ; mais, après la Révolution, la Société médicale d'Emulation de Paris, suivie à un an de distance par la Société d'Abbeville, semble inaugurer la série des groupements qui, se réclamant d'une même passion, la réservèrent à la médecine. Parallèlement la Société littéraire d'Emulation de Paris, dont les membres avaient moins de trente ans, commença ses réunions brillantes.

« Les émules, par le but qu'ils poursuivaient, par leur mode de recrutement, se distinguaient des adhérents des sociétés voisines qui voyaient le jour, suivant l'expression de Cherest, comme des sœurs jumelles. La Société de Santé, dont les parrains sont Corvisart, Hallé, Desgenettes, Fourcroy, Boyer, Leclerc, est un cercle fermé. La Société de l'Ecole de médecine, née le 1er germinal an IV (22 mars 1796), se propose, suivant le rôle que lui attribue le ministre de l'intérieur, « de rechercher ce qui a rapport à la conservation de l'espèce en santé et maladie ». Les membres de ces sociétés appartiennent aussi, en nombre important, à la Société médicale d'Emulation. Le cumul est plus qu'autorisé ; il est une loi presque généralement appliquée, et Bichat qui, avec Larrey et Alibert, intervient ici comme fondateur, le considère comme un devoir. Il importe de préciser le rôle respectif et la situation personnelle des trois artisans au moment où le destin les réunit pour une œuvre commune.

« Larrey est né en 1766, Bichat, en 1771, Alibert en 1768. Les deux premiers ont, dès cette époque, un passé médical, et Larrey surtout a parcouru, avec une rapidité vertigineuse les premières étapes de sa brillante carrière. Après avoir soutenu à Toulouse une thèse sur la carie des os, il est arrivé à Paris, pen-

dant l'automne de 1787 ; devenu le familier des enseignements de Louis et de Desault, il quitte ses maîtres pour participer à une expédition à Terre-Neuve, se replace sous leur égide, au retour ; se signale à l'armée du Rhin par des exploits, la création des ambulances volantes, son cours de chirurgie à Mayence ; il va exercer de hautes fonctions à Toulon, à Nice, puis à l'armée de Catalogne, et, en 1796, la renommée le porte au poste de professeur d'anatomie et d'opérations au Val-de-Grâce. Chez Desault, au cours d'un armistice, il fait connaissance de Xavier Bichat. Celui-ci a travaillé à Lyon en 1791 sous les ordres de Marc-Antoine Petit, auprès de Rey et de Cartier qui lui ont vanté l'enseignement du maître Desault ; aussi, après avoir servi à l'hôpital de Bourg, comme attaché à l'armée des Alpes (1792), puis « licencié vu la diminution des besoins », Bichat n'a-t-il rien de plus pressé que de gagner Paris, pendant l'été de 1794, de se rendre à l'Hôtel-Dieu, pour prendre les leçons de celui dont rapidement il conquiert l'estime, l'admiration, l'amitié protectrice. Alibert, en médecine, est un novice. Il enseignait les belles-lettres au collège des Pères de la Doctrine chrétienne à Villefranche-de-Rouergue, son pays natal, quand la loi du 17 août 1792, en abolissant tous les ordres religieux, lui restitue une liberté, dont il ne sait que faire. Deux ans se passent ; il obtient une place à l'Ecole Normale, et se rend à Paris. Des amitiés, qu'il lie, décident de son sort. Pierre Roussel, ex-docteur de la Faculté de Montpellier, et Cabanis l'entraînent chez Mme Helvétius, et ont sur lui une si grande influence qu'il abandonne l'étude des lettres pour celle de la médecine. Il est des 66 élus qui obtiennent, par concours, le 20 février 1796 (1er Ventôse an IV), leur place à l'Ecole de Paris, et le 22 septembre suivant (1er Vendémiaire) il est au nombre des 14 élèves appelés à passer de la deuxième classe à la première. Entre temps, en prairial, les bases de la Société médicale d'Emulation ont été définies.

***

Bichat a retracé les étapes psychologiques de cette fondation, et dit comment la nécessité de la Société s'est imposée à son esprit. Il montre que la mort de Desault, de Chopart, de Doublet, a fait, en 1795, un vide immense, et qu'« on chercha, dans les savantes leçons des professeurs qui survivaient, le dédommagement » à ces précoces et déplorables disparitions. Les incursions de la jeunesse médicale dans diverses institutions scientifiques éparpillent l'attention. Certes, Bichat reconnaît l'intérêt du tâtonnement préliminaire », mais à condition qu'il prenne fin. Et c'est par amour de l'art qu'il cherche à réunir un grand nombre d'amis « livrés aux mêmes occupations » en une « assemblée régulière et délibérante ». Parmi les premiers, que cette idée devait séduire, se place Larrey, qui avait eu l'idée de grouper les chirurgiens militaires en une société analogue, et qui rappelle dans une note manuscrite que cite Triaire « Bichat était mon ami et mon collègue fondateur de la Société médicale d'Emulation. » Quant à Alibert, c'est le type même de l'émule, dans toute sa jeunesse, toute sa grâce impulsive. Comme il n'a pas abandonné le penchant qu'il a pour les lettres, il croit tenir, dans l'émulation même, un sujet digne de la lyre, et le 9 janvier 1797, à la première séance publique tenue par la Société littéraire d'émulation, il lit un poème, dont l'extrait ci-dessous donne le ton :

L'homme qui marche seul au sein de la carrière
Sent bientôt ralentir son audace première ;
Pour l'enhardir encor à de plus grands travaux,
C'est peu de son courage, il lui faut des rivaux ;
C'est alors que l'émule, épris d'un beau délire,
Brûle de surpasser les héros qu'il admire ;
Par leurs vaillants efforts, noblement excité,
Il court d'un pas rapide à l'immortalité.

Par qui fut rédigé le règlement ? « S'il n'est pas uniquement dû à la plume de Bichat, écrit M. Maurice Genty, sa manière y est cependant tout entière » ; Sue, professeur et bibliothécaire à l'Ecole de médecine de Paris, trésorier de la Société médicale d'Emulation en l'an VII, assure qu'Alibert y prit part ; H. Delaunay ajoute à ces noms ceux de Larrey, de Moreau et de Richerand ; or, ce dernier n'apparaît pas sur la première liste des membres ; on ne trouve son nom que sur la deuxième liste, où il est mentionné comme secrétaire de la Société.

Quatre articles (les VI, VII, VIII, IX) précisent ce que chaque membre doit promettre et tenir. « L'observation étant la première base des sciences naturelles, chaque membre s'engage à recueillir et à communiquer à la Société tous les faits intéressants qui s'offrent à ses recherches. L'observation s'unit à l'expérience, de là, une seconde branche de travail renfermant des expériences anciennes à répéter, et les nouvelles à entreprendre. De l'observation et de l'expérience naissent, dans l'état de guérir, les bases du raisonnement . . . ».

« De plus, « la Société ajoute l'obligation imposée à chacun de ses membres de lui rendre compte des livres nouveaux qu'il pourra analyser, de rechercher et de lui faire connaître ceux qui, ignorés dans les bibliothèques, offrent des vues utiles aux progrès de l'art, de l'instruire du résultat des séances des diverses sociétés médicales qu'il pourra connaître, de lui apprendre les découvertes nouvelles qui parviendront à sa connaissance. »

« Les séances ordinaires sont publiques ; elles ont lieu le cinquième jour de chaque décade. Le premier président est Alphonse Leroy ; le secrétaire général est Alibert ; le trésorier, Préborde, le secrétaire, Beaufils. Les statuts reconnaissent des membres titulaires, honoraires, correspondants ; dans une séance extraordinaire, le nombre des membres résidents a été fixé à 60 ; celui des correspondants resta indécis. Parmi les premiers, outre Burdin et Husson, confidents de Bichat, ouvriers de la première heure, figurent Marc, Ribes, Dupuytren. Sur 21 professeurs de l'Ecole de Santé, dix acceptent de faire partie de la Société. Ce sont : Alphonse Leroy (accouchements), Hallé (hygiène et physique), Mahon (médecine légale et histoire), Lassius (pathologie externe), Baudelocque (accouchements), Richard (botanique), Pinel (adjoint d'Hallé), Boyer, successeur de Desault, Deyeux (chimie médicale et pharmacie), Dubois (anatomie). D'autres noms, destinés à la célébrité, ou déjà célèbres, sont consignés sur les listes, Bazin, Bosquillon, Bretonneau, Cabanis font partie de la phalange avec Desgenettes, Duméril, Fourcroy, Portal. Parmi les correspondants français, il faut citer Barthez, Cortambert, Lerminier ; parmi les étrangers : Brera et Brugnatelli, Hildebrandt, Kok, Scarpa, Sœmmering, Spallanzani. Mais, par la reconnaissance que lui doit la Société, un membre mérite une mention particulière : c'est Michel-Augustin Thouret (1749-1810). « Le citoyen Thouret, dit Bichat, homme distingué, et directeur de l'Ecole de Paris, nous honora de sa présence ; et nous dûmes à son attachement autant qu'à son zèle, un local spacieux et commode pour la tenue de nos séances. » En récompense de sa bienveillance, le tome III des Mémoires de la Société lui sera dédié ; et celle-ci ne pourra oublier le grand rôle tenu par Thouret dans l'élaboration de la loi de frimaire. Grâce au concours de tant d'amis dévoués à sa cause, à l'accueil chaleureux que lui font l'Institut National, celles des médecins et des pharmaciens de Paris, s'est réalisé, dit Bichat, « un pacte d'union entre ceux qui savent et ceux qui désirent savoir. »

Un indépendant : le Professeur Sauerbruch. — JE SUIS PARTOUT (7 novembre 1936).

Le Professeur Sauerbruch, qui passe pour le premier chirurgien allemand, aurait rempli ses compatriotes de stupéfaction s'ils avaient eu connaissance de ce qu'il a dit l'autre jour au Congrès des médecins, à Dresde : « La science ne vit pas que de l'idéal national ; elle doit rester fidèle à son but, qui est la recherche de la vérité, sans regarder à droite ni à gauche ».

Malheureusement, ces paroles audacieuses ne furent ni radiodiffusées ni même publiées dans la presse. On sait que dans le IIIe Reich la science doit être nationale-socialiste, comme tout le reste ; c'est parce qu'il a polémiqué contre la « physique juive » que le Professeur Lenard, de Heidelberg, s'est vu décerner à Nuremberg un prix fondé par M. Gœbbels ; et la médecine naturiste (qui du reste n'est pas purement allemande) est particulièrement chère à M. Hess, à M. Streicher, qui ne perdent jamais une occasion de lui faire de la réclame. Le Professeur Sauerbruch ne lui ménagea pas non plus ses sarcasmes.

Politiquement, il passait jadis pour national-allemand. Seul un tenant de ce parti, qui a encore de nombreuses attaches dans l'armée, la diplomatie, l'industrie, etc., peut se permettre ce langage séditieux, si sa situation personnelle est particulièrement forte, ce qui est le cas pour le Professeur Sauerbruch.

La limite d'âge des médecins et des parlementaires. — M. Pomaret plaide non-coupable dans l'*Europe Nouvelle* (octobre 1936). Il n'a pas voulu cela ! :

.....Quelle limite ai-je proposée ? On a parlé de 60 ans, de 63 ans, ce qui serait, en vérité, stupide surtout dans la profession médicale.

Le texte énonce l'âge de 65 ans. Mais on voudra bien me croire quand je dis que, dans ma pensée et dans celle des coauteurs du projet, le chiffre raisonnable qui doit finalement être retenu, est celui de 70. C'est la parité assurée avec le chiffre du plafond des limites d'âge dans les professions publiques, pour les carrières les plus élevées (Cour de Cassation, Conseil d'Etat, Cour des Comptes).

Quelle est la profession libérale qui pourrait, raisonnablement protester contre une limite d'âge fixée à 70 ans ?

....

Ce qui semble vouloir dire que MM. les Parlementaires, eux aussi, ne pourront plus exercer après 70 ans. Là, nous ne sommes plus d'accord. Si un médecin n'est plus bon à rien à 70 ans, ce plafond doit être au moins abaissé de 10 ans pour les hommes politiques.

Les veuves abusives. Celle de Claude Bernard. — *M. Anatole de Monzie vient de publier* (Grasset, édit.), *un petit livre plein de saveur où il traite « du pharisaïsme des veuves marchandes de gloire installées sous les portiques du temple, à la sortie du cortège funèbre, et dont le commerce se couvrit des prétextes de la fidélité », Mme Claude Bernard tient, comme de juste, une bonne place dans cette galerie :*

«.....Etant fière de ses origines autant que Mme Bergeret, infatuée de la dot qu'elle apporta dans le ménage, elle ne pardonna jamais à son mari, écrit M. A. de Monzie, d'être sans argent et sans faste. Elle n'admettait point la gloire en remboursement de sa dot, de sa dot perdue et qu'elle réclama d'une voix de plus en plus criarde. L'existence commune fournit des thèmes divers à cette humeur toujours acariâtre, qui n'épargnait aucune personne de l'entourage savant ou domestique. Mais l'essentiel de cette querelle incessamment reprise tenait à la dot ! Qu'était devenue la dot ? N'avait-elle pas servi à payer le passif du père, malchanceux en affaires ? Le crime inexpiable se résumait dans cette accusation proférée, réitérée, rééditée chaque jour par une furie ménagère.

« Mme Claude Bernard, née Martin, élève, dresse ses deux filles contre le savant, contraint de réfugier dans une cave humide son illustre labeur contre lequel trois mégères se coalisent. Elles s'en prennent, toutes les trois, aux procédés de recherche dont ce labeur se sert. La femme et les filles de Claude Bernard font campagne contre la vivisection. J'imagine que Xanthippe se montrait douce envers les animaux, histoire de se prouver à elle-même sa propre bonté tandis qu'elle venait d'épuiser contre le plus doux des hommes les ressources de sa verve méchante. Mme Claude Bernard aima les chiens pour faire pièce à son mari, pour narguer la vivisection. L'une de ses filles poussera cet amour de représailles au point de fonder un asile de toutous, quelque part vers Asnières : enfermée dans son chenil comme dans une farouche retraite, elle rendra le souffle, son souffle de vieille fille protestataire, parmi les abois et les déjections des bêtes, réalisant dans l'horreur de ce destin une haine monstrueuse dont elle avait accepté l'héritage ».

M. A. de Monzie ne manque point d'évoquer l'affaire Arthur de Bretagne. *Claude Bernard en avait remis le manuscrit à Georges Barral en lui disant : « Vous le publierez après ma mort ». Le livre fut publié et la veuve, restée jusqu'alors bien indifférente à l'œuvre de son mari, demanda et obtint la destruction de l'édition, rien ne prouvant que Claude Bernard l'eût demandée.*

«..... Néanmoins, cette femme bourreau eut des droits de veuve et les exerça. Elle prétendit défendre la mémoire de l'homme qu'elle méprisait, qu'elle haïssait, qu'elle tortura et sa prétention fut admise, légitimée, parce que les trahisons de l'esprit ne sont point assimilées aux trahisons de la chair. Mme Claude Bernard représenta Claude Bernard devant les Tribunaux suprême insulte et revanche suprême. »

Et M. A. de Monzie de terminer par cette conclusion qui plaira à ceux qui, en Claude Bernard, aiment l'homme autant que le savant :

« Le respect d'une belle mémoire exige une police des enterrements. Dans nos provinces, attentives à la mort, on ne confie pas les cordons du poêle aux adversaires du défunt, les maîtresses infidèles et repenties attendent la protection de l'ombre pour déposer des violettes sur la tombe où gît celui qu'elles ont fait pleurer. Mais Paris, qui décerne les hommages les plus bruyants, se prête volontiers aux « resquillages » posthumes. Parmi les « resquilleuses », je réclame une place pour la femme de Claude Bernard, bourgeoise démoniaque, fausse veuve et fausse justicière, une de ces honnêtes femmes qui rendent nécessaires les autres. »

« Il est arrivé plusieurs fois que de jeunes amis ont bien voulu me témoigner leur confiance en me consultant sur le choix de leur future profession. J'avoue m'être hâté de leur répondre : « Surtout pas la médecine ». Cette médecine que j'ai tant aimée, que je n'ai jamais cessé d'aimer dévotement !

Le respect de la vérité m'oblige à reconnaître qu'on ne m'a m'a jamais écouté — tant l'attrait est violent — et j'ai dû dire : « Amen ». (Prof. Pierre MARIE. Si c'était à refaire referiez-vous votre médecine ? *Pallas*, 15 octobre 1936.)

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Les névroses, par J. Vinchon. Collection « Les petits précis », Maloine. 1936, 12 francs.

La fréquence des névroses, leur augmentation sous l'influence des conditions actuelles, la tendance à venir plus volontiers que jadis consulter un médecin pour des troubles dits « nerveux », justifient pleinement la publication de cet ouvrage. Rédigé en un langage agréable et clair il présente au praticien l'essentiel de ce qu'il faut connaître à ce sujet.

J. Vinchon montre bien le caractère individuel de chaque état névrotique, où se combinent les actions d'une hérédité plus ou moins chargée et de l'ensemble des inconstances traversées par le malade, chocs émotionnels, conflits affectifs, « origine des complexes mis en valeur par Frend et son école ».

Les nécroses nous apparaissent de plus en plus clairement comme des attitudes réactionnelles, souvent inconscientes, en présence de situations morales douloureuses, sur un terrain de déséquilibre constitutionnel. Pour les comprendre clairement, il y a lieu de s'efforcer à en démêler le sens général et, plus particulièrement la signification propre de chaque symptôme.

Les notions psychanalytiques fournissent une aide considérable à cet éclaircissement et permettent une application thérapeutique judicieuse et efficace, devant conduire, presque toujours, parallèlement son action médicale et physiologique avec son intervention psychothérapique.

H. Codet.

Les splénomégalies (*Diagnostic. Traitement*), par Victor Cordier et Pierre Croizat. (La Pratique médicale illustrée). 1 vol. in-8° de 90 pages avec 16 figures hors texte avec schémas explicatifs. 35 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe).

Cet ouvrage essentiellement didactique simplifie l'exposé des maladies spléniques en apportant une classification logique tirée des connaissances théoriques récentes sur le système réticulo-endothélial. C'est en partant de cette base que les auteurs ont abordé en premier lieu le problème anatomo-pathologique des splénomégalies. Ils ont fait une large part à l'iconographie, en annexant aux dessins et aux microphotographies des schémas explicatifs, qui serviront au lecteur à s'initier à l'histopathologie splénique dont on connaît l'habituelle difficulté.

Les données anatomo-pathologiques ainsi précisées permettent de suivre avec profit l'étude clinique et pratique des splénomégalies précédant les deux derniers chapitres du volume qui sont d'ordre essentiellement diagnostique et thérapeutique. Les nouvelles méthodes de traitement tant médicales que radiothérapiques ou chirurgicales sont tour à tour envisagées et discutées avec leurs indications respectives.

Mise au point excellente de l'importante question des splénomégalies, à lire aussi bien par le praticien que par le spécialiste.

Les interventions de pratique médicale courante (*Techniques, indications*) par Jean Olmer, P. Buisson et M. Audier. 1 vol. in-16 de 160 pages avec figures dans le texte, 15 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe).

Ce petit livre, décrit aussi simplement que possible, sans aucun développement théorique et avec le seul souci d'être pratique, les techniques de toutes les interventions médicales. Mais connaître une technique ne suffit pas, il faut encore savoir ce qu'on peut en attendre. Aussi les auteurs ont-ils cherché à préciser les résultats que fournissent les différentes méthodes, les renseignements qu'elles apportent à l'établissement d'un diagnostic, en même temps que leur utilité au point de vue thérapeutique, mais ils n'ont pas manqué non plus d'en fixer les contre-indications. Ces chapitres ont été tout particulièrement développés en s'inspirant des travaux les plus récents pour permettre au lecteur d'être au courant de toutes les possibilités actuelles mais sans que toutefois le sens critique et le bon sens aient fait défaut a leur rédaction.

Aussi un tel ouvrage, qui n'existait pas encore et qui s'efforce d'être clair et complet tout en restant concis, sera un guide utile pour le médecin praticien et l'étudiant.

Les Livres de la semaine

N. — **Atélectasie pulmonaire** (16/25). 100 p. Br. : 30 fr. (*G. Doin et Cie*).

Béclère (Claude). — **Les hémorragies utérines avant et après la ménopause**. (23,5 15,5). 210 p. 68 fig. Br. : 50 fr. (*Masson*).

Cahiers Laennec n° 4. Br. : 4 fr. (*Desclée De Brouwer et Cie*).

Calmette (A.). — **L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux**. (4e édit. entièrement revue et complétée). (25/18). 1.021 p., 69 fig. et 24 pl. h.-t. ; rel. (2.600 gr.). Br. : 150 fr. ; Rel. : 175 fr. (*Masson*).

Canuyt (G.). — **Les maladies du pharynx (Clinique et thérapeutique)** (25/18). 790 p. 216 fig. Br. : 180 fr. ; Rel. : 200 fr. (*Masson*).

Bourdelle et Bresson. — **Anatomie régionale des animaux domestiques**. T. I. : **Equidés**. Faisc. 1er **Généralités**. (18 27). 195 p. Br. : 45 fr. (*J.-B. Baillière et Fils*).

Chiray (M.), Pavel (I.) et Lomon (A.). — **La vésicule biliaire et ses voies d'excrétion**. (25 16,5). 860 p. 210 fig. Br. : 120 fr. (*Masson*).

Daniel (Dr Jean de Marseille). — **Asthme et Homéopathie**. (16 24). 126 p. Br. : 18 fr. (*J.-B. Baillière et Fils*).

Guillain (G.) et Mollaret (P.). — **Etudes neurologiques** (7e série). (23,5/15,5). 300 p. 78 fig. Br. 60 fr. (*Masson*).

Metzger (M.). — **Le chirurgien devant l'état puerpéral**. (16,5 25). 334 p. 40 fig. Br. : 52 fr. (*Masson*).

Nappée (Mlle M.-L.). — **Manuel pratique de l'infirmière soignante**. (20/13,5). 385 p. 170 fig. Br. : 28 fr. (*Masson*).

Policard (A.). — **Physiologie générale des articulations à l'état normal et pathologique**. (23/15,5). 214 p. 25 fig. Br. : 36 fr. (*Masson*).

Pruche (Dr A.). — **La cardiologie du praticien**. Vol. I (16 25,5). 164 p. Br. : 24 fr. (*J.-B. Baillière et Fils*).

Saenz (A.) et Costil (L.). — **Diagnostic bactériologique de la tuberculose**. Coll. Monographies de l'Institut Pasteur. (25 16,5). 240 p. Br. : 40 fr. (*Masson*).

Salmon. — **Les artères de la peau**. (25/16,5). 248 p. Br. : 45 fr. (*Masson*).

Sézary (A.). — **Dermatologie**. Coll. des Initiations médicales. (20 13,5). 250 p. 89 fig. Br. 32 fr. (*Masson*).

(Extrait de la *Bibliographie de la France*).

Le Gérant : Dr Victor GENTY CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 49 **LE NUMÉRO : 50 Centimes** 5 DÉCEMBRE 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
CH. P. PARIS 357-31 – R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

Etudes sur la Mélitococcie

M. LISBONNE : Le diagnostic de la mélitococcie par les méthodes de laboratoire 1889
H. CAMBESSÉDÈS : La place de l'endoprotéinothérapie dans le traitement de la fièvre ondulante 1894
J. JULLIEN : Prophylaxie de la fièvre ondulante 1898
J. CALVET : Complications osseuses et articulaires de la mélitococcie 1904

Revue de Presse étrangère par J. LAFONT 1908

Sociétés savantes
Académie de Médecine 1911
Académie de Chirurgie 1912
Société Médicale des Hôpitaux 1915
Société de Médecine de Paris 1915

Nouvelles 1883
Echos et Glanures 1917
Bibliographie 1900
Les Livres de la semaine 1918

NOUVELLES

Pose de la première pierre des nouveaux bâtiments de la Faculté de médecine de Paris. — Cette cérémonie de la pose de la première pierre, ou plus exactement de la première coulée de béton, a eu lieu le 3 décembre, sous la présidence de M. Jean Zay, ministre de l'Education nationale, en présence de M. Jean Perrin, du Conseil de l'Université, des Doyens, de nombreux membres du corps enseignant guidés par M. Roussy, doyen de la Faculté.

Les bâtiments anciens étaient devenus trop exigus pour la jeunesse studieuse qui s'y presse (5.000 environ par an), les services de recherches y étouffent. La Faculté devait s'agrandir comme elle y avait d'ailleurs déjà été forcée au cours des siècles passés.

Mais, d'autre part, une nécessité s'imposait, celle d'éviter aux étudiants un trop long trajet entre l'ancien et le nouvel édifice, et trop de perte de temps entre le cours et le laboratoire.

La désaffection et la démolition de l'hôpital de la Charité permettait en utilisant ce terrain pour les nouvelles constructions, une solution favorable.

Ce nouveau terrain libre permettra d'abord aux services de la Ville de Paris d'élargir la rue des Saints-Pères et la rue Jacob, chacune de cinq mètres, — de transformer en square le coin de verdure à l'angle de la rue des Saints-Pères et du boulevard Saint-Germain sur le flanc de l'ancienne Académie de médecine, — enfin, de conserver, avec la vieille église du début du XVIIIe siècle, le petit amphithéâtre de Potain, établi dans le chœur, où professèrent Laënnec et tant de savants.

Les nouveaux locaux sont destinés aux enseignements des deux premières années de médecine.

Aux étages inférieurs : la physique avec ses appareils fondés sur massifs spéciaux, à l'abri des vibrations parasites.

Aux étages intermédiaires : la chimie, la physiologie et l'histologie.

Aux étages supérieurs : l'anatomie avec des salles bien aérées et baignées de lumière.

Un certain nombre d'amphithéâtre s'y trouveront, dont le plus vaste pourra recevoir 1.500 personnes.

Les architectes qui ont collaboré à ces bâtiments sont : MM. Debat-Ponsan, Madeline et Guéritte, architectes des bâtiments civils, et M. Walter, architecte du Gouvernement.

Une tranche de 60 millions en avait été accordée sur le plan de 1934 des grands travaux contre le chômage. Une autre somme importante est prévue sur le plan général d'outillage national de 1936, pour permettre l'achèvement et surtout l'équipement des nouveaux bâtiments de la Faculté de médecine de Paris.

Multiplier dans notre pays, les possibilités d'enseigner, d'étudier et de savoir, augmenter les possibilités rationnelles de la recherche scientifique, tel est le but que permettront d'atteindre les nouvelles constructions, œuvre grandiose dont la réalisation restera à la gloire du Professeur Roussy.

Faculté de Paris. — *Thèses.* — Mardi 8 décembre. — MM. Lacherrère : Le forage des épiphyses. — M. Girard : Etude de la salpingite après accouchement. — M. Marteil : De l'hystérectomie vaginale dans le cancer du col de l'utérus.

Jeudi 10 décembre. — M. Sauvage : Les aspects pseudo-tuberculeux du poumon cardiaque. — M. Herscovici : Le chancre syphilitique accident professionnel du médecin et de ses collaborateurs. — Mlle Kisselevsky : Achromies parasitaires.

Faculté de médecine de Paris. — *Cours de Pathologie chirurgicale.* — M. Wilmoth, agrégé, commencera son cours le vendredi 8 janvier 1937, à 17 heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre de la Facultés.

Programme. — Pathologie chirurgicale de l'appareil génital de la femme.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. Petit-Dutaillis, agrégé, commencera le cours de pathologie chirurgicale le jeudi 7 janvier 1937, à 17 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Programme. — Affections de la tête et du cou.

Chaire de thérapeutique (Professeur : M. Paul Harvier). — *Cours spéciaux sur la physiothérapie, la diététique et la thérapeutique dermatologique* (Grand amphithéâtre de la Faculté). — Vendredi 3 décembre, à 17 heures, Prof. Strohl : Action thérapeutique des courants électriques. — Samedi 4 décembre, à 16 heures, Docteur Dognon, agrégé : Action thérapeutique des différentes radiations. — Vendredi 11 décembre, à 17 heures, Docteur Aubertin, agrégé, médecin de la Pitié : Radiothérapie des maladies des organes hémoformateurs. — Samedi 12 décembre, à 16 heures, Docteur L. Mallet, électro-radiologiste de l'hôpital Tenon : Radiothérapie des néoplasmes viscéraux. — Vendredi 18 décembre, à 17 heures, Docteur P. Gibert, électro-radiologiste des hôpitaux : Physiothérapie des affections gynécologiques. — Samedi 19 décembre, à 16 heures, Docteur R. Brunet, assistant de radiologie des hôpitaux : Physiothérapie des maladies des glandes endocrines. — Vendredi 8 janvier, à 17 heures, Docteur P. Duhem, électro-radiologiste des Enfants-Malades : Electro-radiothérapie des maladies du système nerveux. — Samedi 9 janvier, à 16 heures, Docteur L. Delherm, électro-radiologiste de la Pitié : Physiothérapie des algies. — Vendredi 15 janvier, à 17 heures, Docteur J. Belot, électro-radiologiste de l'hôpital Saint-Louis : Physiothérapie des affections cutanées. — Samedi 16 janvier, à 16 heures, Docteur Turpin, agrégé : Alimentation du nourrisson normal. — Vendredi 22 janvier, à 17 heures, Docteur Turpin, agrégé : Alimentation du nourrisson normal (*suite*). — Samedi 23 janvier, à 16 heures, Docteur J. Huber, médecin de l'hôpital Ambroise-Paré : Sevrage et alimentation après le sevrage. — Vendredi 29 janvier, à 17 heures, Docteur E. Lesné, médecin de l'hôpital Trousseau : Régime des affections gastro-intestinales du nourrisson. — Samedi 30 janvier, à 16 heures, Docteur J. Decourt, médecin des hôpitaux : Traitement de l'anaphylaxie d'origine alimentaire. — Vendredi 5 février à 17 heures, Docteur Bariéty, agrégé : Traitement des avitaminoses. — Samedi 6 février, à 16 heures, Docteur G. Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis : Traitement des infections cutanées. — Vendredi 12 février, à 17 heures, Docteur G. Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis : Traitement des infections cutanées (*suite*). — Samedi 13 février, à 16 heures, Docteur R. Degos, médecin des hôpitaux : Thérapeutique externe des dermatoses. — Vendredi 19 février, à 17 heures, Docteur P. Chevallier, agrégé : Traitement des prurits. — Samedi 20 février, à 16 heures, Docteur Sézary, agrégé : Traitement de l'eczéma.

Hôpital de la Pitié. — Le mardi 15 décembre 1936, à 10 h. 30, au grand Amphithéâtre, le Docteur Paulian, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bucarest, fera une conférence (avec projections) sur « l'Histoire des débuts de la

neurologie et de la psychiatrie en Roumanie », sous la présidence du Professeur Laignel-Lavastine.

Psychiatrie médico-légale élémentaire. — Le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE commencera son cours à la Faculté de droit le jeudi 10 décembre 1936, à 11 heures, amphithéâtre n° 3 et le continuera tous les jeudis à la même heure.

PROGRAMME DU COURS. — 10 décembre 1936 : Expertise psychiatrique. — 17 décembre : Capacité pénale. — 7 janvier 1937 : Réactions antisociales des alcooliques. — 14 janvier 1937 : Réactions antisociales des toxicomanes. — 21 janvier : Réactions antisociales des déments. — 28 janvier : Réactions antisociales des délirants. — 4 février : Réactions antisociales des déséquilibrés. — 11 février : L'homicide pathologique. — 18 février : Limites du vol morbide. — 25 février : Attentats aux mœurs. — 11 mars : Criminalité juvénile, militaire et coloniale.

Concours pour le recrutement d'un médecin contrôleur adjoint des Assurances sociales au ministère du Travail. — Il est ouvert un concours sur titres pour un emploi de contrôleur adjoint des Assurances sociales au ministère du Travail (les femmes ne sont pas admises à prendre part à ce concours).

Pour être admis à concourir, les candidats doivent satisfaire aux conditions ci-après :

1° Posséder la qualité de Français et être âgés de moins de 40 ans au 1er janvier 1937 ;

2° Etre titulaires du diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat et compter au minimum dix années de pratique médicale ;

3° Prendre l'engagement, en cas de nomination, d'effectuer, avant leur installation, un stage non-rémunéré d'un mois en vue de permettre leur mise au courant par leur prédécesseur ;

4° Prendre l'engagement de ne pas faire de clientèle ;

5° Envoyer leur demande d'admission au concours au ministère du Travail (bureau du personnel central et extérieur, 4e section, 127, rue de Grenelle, Paris (VIIe), avant le 1er janvier 1937.

Les candidats devront joindre à l'appui de leur demande d'admission au concours, établie sur papier timbré, les pièces suivantes :

Une expédition authentique de leur acte de naissance sur papier timbré, et, le cas échéant, un certificat de nationalité ;

Un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

Un état signalétique et des services militaires délivré par l'autorité militaire ;

Une note signée d'eux faisant connaître leurs antécédents, les études auxquelles ils se sont livrés et tous renseignements afférents aux dix années de pratique médicale imposées aux candidats ;

Les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances médicales, scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des fonctions antérieures ;

Le cas échéant, un certificat des services accomplis dans les administrations de l'Etat, des départements, des communes ou des collectivités publiques ;

6° Produire un certificat médical délivré par un médecin assermenté de l'Administration constatant qu'ils sont physiquement aptes au service du contrôle.

En outre, le candidat reçu ne pourra être admis dans l'Administration que sur la production d'un certificat délivré, dans les conditions fixées par l'arrêté interministériel du 25 février 1930, par un médecin phtisiologue assermenté de l'Administration constatant qu'il est indemne de toute affection tuberculeuse.

Service de santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Les médecins commandants : Brugeas, de l'hospice mixte de Fontainebleau, à l'hôpital Scrive, à Lille ; Berge, du 51e d'inf., au 3e tir. marocains ; Niel, du 69e d'inf., à la place de Morhange ; Ohlicher, du 19e C. A., à l'hôpital de Sedan.

Les médecins capitaines : Weiss, du 402e de déf. contre aéronefs, au 51e d'inf. ; Clément, des troupes de Tunisie, au 69e d'inf. ; Fouqué, de la 3e lég. de garde rép., au 173e d'inf. ; Idrac, de l'hôp. Maillot, Alger, à l'hôp. Lavéran, Constantine ; de Molette de Morancies, des troupes du Maroc, à l'hôp. Dominique-Larrey, Versailles ; Retat, de l'hôpital Dominique-Larrey, Versailles, à l'Ecole de Saumur ; Lacaux, du Val-de-Grâce, à l'hosp. mixte de Fotainebleau ; Gorsse, du Val-de-Grâce, Paris, aux troupes du Maroc ; Huguier, du 141e d'inf., à la 3e lég. de la garde rép. ; Duport, des troupes de Tunisie, au 3e tir. marocains ; Delmas, du 6e au 8e escadron du train ; Oudjari, du 3e tir. marocains, aux troupes de Tunisie ; Toulemonde, du Val-de-Grâce, au 19e C. A. ; Berteaux, du 42e d'art., au 402e de déf. contre aéronefs ; Ratte, de l'hôp. Desgenettes, Lyon, à l'hôp. du Belvédère, Tunis ; Martinet, du 18e esc. du train, affecté au 7e chasseurs alpins ; Goudal, des troupes du Maroc, au 141e d'inf. ; Guinchard, des troupes du Maroc, au 6e esc. du train.

Les médecins lieutenants : Bécam, du 71e d'inf. , à la base aérienne de Châteaudun ; Payrau, de l'hôp. de Belfort, au 149e d'inf. ; Etienney, de l'hôp. mil. de Mulhouse, au 171e d'inf. ; Maye, des salles militaires de l'hosp. mixte de Saint-Brieuc, au 71e d'inf. ; Nicolas, des salles militaires de l'hosp. mixte de Laon au 42e d'art.

Congrès de neuro-pathologie et de psychiatrie en U. R. S. S. — Il se tiendra à Moscou le 25 décembre.

Le programme de ce Congrès comprendra les questions suivantes : 1° Schizophrénie et sa thérapie ; 2° Tumeurs du cerveau ; 3° Traumatismes du système nerveux central ; 4° Organisation de l'assistance neuro-psychiatrique.

Le Président du Comité d'organisation de ce Congrès est M. Krol ; l'adresse du Comité : Moscou, 65, place Koudrinskaïa, Institut de la prophylaxie neuro-psychiatrique.

Hôpitaux de Lille. — *Internat des hôpitaux de Lille.* — MM. Dehouck et Lagarde, internes titulaires ; M. Rogez, externe en premier. Classés à la suite : MM. Sorrant, Alexandre, Coustenoble.

Internat des hôpitaux des Facultés catholiques. — MM. Dehouck Lagarde, Rogez et Sorrant, internes titulaires.

MM. Dehouck et Lagarde avant opté pour les hôpitaux de Lille, MM. Rogez et Sorrant ont été affectés, conformément au règlement à l'hôpital Saint-Philibert.

Concours d'externat. — Ont été nommés :

Externes des hôpitaux de Lille : MM. Parisis, Protin, Bradier, Boudailliez, Rémond, Desoutter, J. Delaoutre, Nolf.

Externes des hôpitaux des Facultés catholiques : MM. Parisis, Bradier, Nolf, Rémond, Protin, P. Delaoutre, Tréca, Dutilheul.

Classés à la suite : MM. Bernard, Blanc, Guennic.

Association française des Femmes médecins. — La prochaine réunion se tiendra le mercredi 16 décembre à 17 heures, 4, rue de Chevreuse, Paris (VIe). Pour tous renseignements, s'adresser à la secrétaire générale, Mlle Serin, 11 boulevard Port-Royal, Paris (XIIIe).

Premier Congrès international de pyrétothérapie. — Le premier Congrès international de pyrétothérapie aura lieu à « Columbia University » de New-York les 29, 30 et 31 mars 1937.

Des rapports y seront présentés et discutés sur le mode d'action et les résultats obtenus par la pyrétothérapie quel que soit l'agent pyrétogène employé.

Le Comité français est présidé par M. le Prof. Abrami.

En raison de l'éloignement du siège du Congrès et de la dissémination des congressistes il a été décidé qu'il y aurait un rapport unique par spécialisation.

Les communications reçues au secrétariat général avant le 15 février 1937 seront présentées à New-York aussitôt après les rapports par les membres du Comité français. Une discussion suivra chaque rapport.

Pour que le plus grand nombre possible de confrères fassent le déplacement de New-York à l'occasion de ce Congrès qui doit avoir un gros retentissement, les wagons-lits Cook, en collaboration avec la Compagnie générale transatlantique organisent un voyage forfaitaire : départ du Havre par le *Paris* le 17 mars, arrivée à New-York le 24. Les 25, 26, 27 et 28, visite de New-York, Philadelphie, Washington, réception par le Président Roosevelt, etc... Retour par *L'Ile-de-France* qui arrive au Havre le 7 avril. Le prix en classe touriste sera environ 310 dollars.

Les rapports et les discussions seront publiés en français, anglais et allemand.

La cotisation pour l'inscription au Congrès est de 5 dollars (100 francs).

La cotisation pour les congressistes qui feront le déplacement de New-York et profiteront des avantages multiples inhérents est de 15 dollars (300 francs). Les parents des congressistes qui désireront accompagner ceux-ci à New-York, devront payer un droit d'inscription de 5 dollars (100 francs).

Le registre d'inscription est ouvert dès à présent.

Les adhésions ainsi que le montant des cotisations doivent être adressés au secrétariat général : Docteurs André Halphen et Jacques Auclair, 222 *bis*, rue Marcadet, Paris (XVIIIe).

Conférence des Voix latines. — Le colonel médecin Voncken, de Liége, et le Professeur A. de La Pradelle, de la Faculté de droit de Paris, feront le vendredi 18 décembre prochain, à 21 heures précises, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, sous la présidence du médecin général inspecteur Sieur, une conférence sur : L'Humanité dans la guerre.

On peut trouver des cartes d'invitation chez le Docteur Dartigues, 81, rue de la Pompe, Paris (XVIe) à la librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe) ; à la librairie Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe) ; à la librairie Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe) ; à la librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe) ; à la librairie du Monde Médical, 42, rue du Docteur-Blanche, Paris (XVIe).

L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris contre la limite d'âge pour les médecins. — Le bureau de l'Association corporative des étudiants en médecine communique :

« L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris a, la première, en juillet dernier, lancé l'anathème contre le principe de la limitation du droit d'exercer la médecine énoncé dans la proposition de la loi Pomaret. M. Mordagne, délégué permanent, avait demandé aux Syndicats médicaux que l'union des professions libérales soit réalisée pour faire échec aux articles nuisibles de cette proposition de loi. Le Docteur Herpin, président de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, chargé de cette œuvre, l'a parfaitement réussie.

Le Docteur Cibrie, secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux français, a fait voter un ordre du jour s'opposant à l'institution de la limite d'âge pour l'exercice de la médecine. La Confédération des travailleurs intellectuels vient de prendre récemment une position analogue en précisant que les carrières libérales exigent une maturité d'esprit et une expérience que l'âge seul peut donner.

Ces jours-ci, les avocats du barreau parisien viennent d'adopter la même attitude virile, affirmant que l'intérêt des justiciables n'est pas que les avocats expérimentés disparaissent des prétoires.

M. Mordagne se félicite de ces résultats et informe l'opinion publique, que certains ont l'intention de demander aux grandes firmes pharmaceutiques de participer à la constitution des retraites envisagées pour les médecins ! Ceci tendrait à grever lourdement le budget des dites firmes et mettrait les médecins en tutelle de celles-ci en portant atteinte à la liberté des prescriptions médicales.

L'Association-corporative des étudiants en médecine de Paris au nom du principe de liberté demande avec insistance l'abandon de la proposition de loi sur la retraite et la limite d'âge pour l'exercice des professions libérales. »

Journée médicale internationale du chant. — Ce congrès aura lieu pendant l'Exposition internationale de Paris, en juillet 1937 et comportera une Journée médicale.

Tout médecin ou tout laryngologiste français et étranger, ayant versé sa cotisation de 50 francs, recevra une carte qui lui permettra de bénéficier de divers avantages : réduction sur les chemins de fer, entrée gratuite à l'Exposition et aux soirées, démonstrations et concours de chant organisés dans les locaux du congrès.

La correspondance, la cotisation, et le titre des communications devront être adressés au Docteur Labarraque, 78, rue de Miromesnil, Paris (XVIIIe).

Les médecins ne pouvant se rendre à Paris au moment de cette journée (mardi 13 juillet) sont priés de faire parvenir un résumé de leur communication, qui sera lu et discuté en séance.

« Plus que jamais aujourd'hui, le rôle des Doyens est de rappeler que la médecine n'est pas un commerce. Les étudiants qui s'imaginent que telle est sa destination feront mieux d'abandonner la partie. » (*Journal des Praticiens*, 26 septembre 1936. — La nomination des Doyens.)

« Que la vaccination buccale, malgré son efficacité chez les animaux de laboratoire, échoue parfois chez l'homme, cela est certain. Nous ajouterons même que le contraire nous aurait surpris, étant donné ce que nous savons aujourd'hui des vaccins qui sont cependant d'une efficacité incontestée, tels que les vaccins anticharbonneux, antivariolique, antirabique ou antidiphtérique. Aussi sommes-nous tout disposé à accepter les réserves que comporte, chez l'homme, le vaccin antityphique buccal. Mais, où nous nous séparons complètement de certains de nos collègues, c'est lorsqu'ils accordent à la vaccination par la voie sous-cutanée une confiance qui n'est pas justifiée par les faits. » (A. Besredka. — Immunité locale de l'intestin. *La Presse médicale*, 26 septembre 1936.)

Etudes sur la Mélitococcie

Le diagnostic de la mélitococcie par les méthodes de laboratoire

Par M. LISBONNE
Professeur à la Faculté de médecine
Directeur du Centre de recherches sur la fièvre ondulante
(Montpellier)

I. La mélitococcie, de méditerranéenne qu'elle était au début de ce siècle, est aujourd'hui, une maladie mondiale.

En ce qui concerne spécialement la France, il ne faut pas se laisser de redire qu'à l'heure actuelle, débordant largement le cadre de son théâtre initial, la zone côtière du Midi, elle s'est, en moins de vingt ans, infiltrée à travers la plus grande partie de notre territoire, au point qu'on a pu déceler son existence *certaine* dans 64 de nos départements : estimation encore trop restreinte sans doute, car il est infiniment probable que dans l'ouest qui paraissait récemment indemne, quelques cas en ont été observés (Loire-Inférieure, Manche), sans toutefois que le « corps du délit » ait été mis en évidence.

D'où cette remarque capitale : *Tout praticien*, établi en France, *quelle que soit la région où il exerce, est exposé à la rencontrer dans sa clientèle.* Loin d'être une maladie « tropicale », comme on la considérait il y a quelques années, la mélitococcie est une maladie installée sur notre sol, fréquente, dont l'importance apparaitra d'autant plus considérable qu'on apprendra à la mieux connaitre.

II. Si, à la mélitococcie, appartient généralement un tableau clinique assez typique (forme sudoro-algique), il faut néanmoins savoir que, maladie essentiellement protéiforme, « elle jouit d'une aptitude remarquable à tout simuler, quelquefois avec une exactitude étonnante » (Janbon).

D'où cette seconde remarque : Penser à la mélitococcie chaque fois qu'on se trouve en présence d'un état fébrile tant soit peu prolongé, dont on ne peut trouver ailleurs la cause. Y penser encore en présence de troubles viscéraux, méningés, ostéo-articulaires, auxquels hier encore elle paraissait étrangère.

III. A cause de cette symptomatologie déroutante, si peu « spécifique », même dans les circonstances les plus favorables (médecin averti, notions épidémiologiques), le diagnostic clinique n'est qu'un diagnostic de probabilité. A plus forte raison, en dehors de ces conditions, s'égare-t-il le plus souvent sur d'autres terrains pendant de longues périodes avant qu'un heureux hasard ne l'ait ramené sur une voie plus correcte.

La certitude, en matière de mélitococcie, ne peut venir que du laboratoire.

D'où cette règle : pour le médecin, de ne pas omettre la recherche de l'infection brucellique dans les prélèvements adressés au laboratoire, comme complément d'autres investigations (typhoïde, tuberculose, syphilis) ; pour le chef de laboratoire, d'effectuer systématiquement même à l'insu du praticien, si celui-ci n'y a pas songé, une agglutination spécifique — séro de Wright — avec tous les sangs examinés dans son service.

La découverte, dans certains pays, de l'existence de fièvre ondulante, méconnue des médecins, grâce à cette pratique rigoureuse, justifie pleinement cette recommandation, qui, de prime abord, pourrait passer pour outrancière aux yeux de quelques-uns.

Rappelons tout d'abord, sans qu'on puisse insister sur cette notion, que la fièvre ondulante de l'homme, en France, est due à deux variétés d'un genre microbien, le genre Brucella : la variété melitensis (transmise surtout par la chèvre et la brebis, accessoirement par la vache), et la variété abortus (transmise uniquement par cette dernière espèce animale).

Pour être complet et utile à l'épidémiologiste, le diagnostic de laboratoire devrait non seulement affirmer la nature brucellique d'une infection, mais aussi préciser la variété microbienne en jeu, comme il le fait dans les cas de typhoïde (Eberth ou Para), de dysenterie (Shiga ou Flexner), de méningite cérébro-spinale (variétés A, B, C.). Malheureusement, on le verra dans la suite, seules, des méthodes délicates, appliquées par de rares laboratoires spécialisés, permettent d'atteindre cet objectif cependant désirable. Aussi le plus souvent, devra-t-on se contenter d'un diagnostic générique de Brucellose qui, on doit le reconnaître, suffit à diriger le traitement.

***

Trois méthodes permettent, soit isolément, soit concurremment, d'administrer la preuve de la nature brucellique d'une infection :

Une méthode bactériologique : la culture du germe issu du sang (hémoculture) ou d'une autre humeur ;

Une méthode sérologique : la détection des anticorps spécifiques (séro-diagnostic de Wright) ;

Une méthode allergique : l'intradermo-réaction à la mélitine de Burnet.

Nous allons les passer succinctement en revue ; nous laisserons de côté les détails techniques sans intérêt pour le praticien, nous attachant surtout à redresser les erreurs qui circulent encore à leur sujet, à indiquer leur valeur pratique et à préciser leur signification.

L'Hémoculture, appliquée au diagnostic des brucelloses, exige l'adaptation des techniques générales aux conditions dans lesquelles, la plupart du temps, le médecin est appelé à la pratiquer.

La fièvre ondulante est, avant tout, une maladie rurale. C'est dans des hameaux, des fermes, que le praticien doit le plus souvent effectuer le prélèvement de sang dont la correction commande la réussite des opérations ultérieures. Aussi doit-il disposer d'un matériel sûr, simple, peu encombrant, réduisant au minimum les manipulations toujours délicates au chevet de malades, en général inconfortablement logés. L'ensemencement aseptique des milieux de culture, sur place, qui est la règle pour l'hémoculture, doit être évité. Aussi ne saurait-on trop recommander l'usage de la vénule de Behring, qui restreint l'opération à une simple prise de sang aseptique et à son envoi au laboratoire sans autre manipulation.

L'intérêt de pratiquer sur le même sang, l'hémoculture et le séro-diagnostic a conduit à étudier l'influence éventuelle du citrate de soude sur l'agglutination et la vitalité des Bru-

cella. L'adjonction de cet anticoagulant à 1 % n'a pas paru les modifier sensiblement, de sorte que nous avons adopté, systématiquement, au Centre d'études de la fièvre ondulante (1), la technique qui consiste à disposer de vénules contenant quelques gouttes de citrate concentré et à faire les recherches ultérieures sur le sang ainsi traité.

A son arrivée au laboratoire, le sang est réparti dans deux tubes de bouillon portés à l'étuve à 37°, l'un dans les conditions ordinaires, l'autre, placé dans une enceinte dont l'atmosphère a été enrichie en CO_2 (d'environ 10 %) ; ceci pour se plier à une exigence singulière de la variété abortus, au début de son développement. C'est, pour l'avoir méconnue, que des laboratoires ont déclaré négatives des hémocultures dont ils auraient pu isoler l'abortus s'ils n'avaient pas négligé de lui assurer l'acide carbonique qui lui est indispensable.

A partir de ce moment, on examine périodiquement les milieux de culture et généralement, au bout d'une dizaine de jours, le laboratoire peut donner une réponse, *si elle est positive.*

Reste à préciser la variété de la souche isolée. Le fait, pour un germe, de s'être uniquement développé en CO^2 autorise à le classer *provisoirement* dans le type Br. Abortus Bovis. Cependant les trois épreuves de Huddleson — auxquelles nous ajoutons maintenant celle de Maria de Sanctis — permettent seules l'identification complète et correcte des souches issues de l'hémoculture.

Médecins et bactériologistes doivent être instruits d'une particularité biologique des Brucella. *Ce sont des germes à développement lent* et inégalement lent. Tandis que le résultat d'une hémoculture en bile ou en bouillon, en vue du diagnostic de la fièvre typhoïde, s'obtient en moins de 36 heures, lorsqu'il s'agit de Brucellose, il ne faut pas l'attendre, dans *les cas les plus favorables*, avant sept à huit jours. Quelques souches se font remarquer par la lenteur avec laquelle elles « démarrent ». D'après nos recherches, 70 % d'hémocultures positives le sont dans la première décade, 24 % au bout de la deuxième et 6 % à la fin de la troisième, terme audelà duquel nous arrêtons l'observation, pour des raisons matérielles ; manière d'opérer sans doute fautive, car nous avons trouvé, à plusieurs reprises, des hémocultures qui n'ont révélé leur positive qu'au cinquième repiquage, c'est-à-dire 40 à 50 jours après l'ensemencement initial. D'où cette recommandation pour le chef du laboratoire de ne jamais déclarer négative une hémoculture avant de l'avoir observée un mois et demi, et pour le médecin, d'avoir la patience d'attendre un résultat qu'il n'est pas au pouvoir du spécialiste de lui adresser plus rapidement.

Quels sont les résultats de l'hémoculture : ils varient avec le type microbien en cause et le moment de la maladie où a été fait le prélèvement.

A. *Fièvre ondulante à Br. Melitensis.* — Dans un rapport présenté au Congrès d'hygiène publique de France, j'écrivais, en 1932 : « Depuis le mois de novembre 1930 toutes les hémocultures que mon service a faites sur des sujets cliniquement atteints de mélitococcie, ont donné *un résultat positif*. Aussi serions-nous tentés de dire que l'hémoculture donne 100 % de résultats positifs sur les malades qui présentent des signes de *maladie récente*, s'il ne fallait se défier de séries peut-être exceptionnelles. »

Cette opinion « extrême », le temps n'a fait que la confirmer ; mais qu'on veuille bien noter qu'elle ne s'applique qu'aux cas relativement récents, vus en période fébrile, en clientèle ou à l'hôpital et dont l'hémoculture a été faite sur place et non plus après un voyage parfois de longue durée.

Insistons sur ce point qu'à la période d'invasion de la maladie (quinze premiers jours environ de fièvre) seule, l'hémoculture peut donner une réponse positive. Il ne faut pas compter, en général, sur le séro de Wright, à ce moment, car les anticorps agglutinants n'ont pas eu encore le temps de se développer ou d'apparaître dans le sang.

Ces résultats aussi heureux ne se retrouveraient pas évidemment si, au lieu de cas récents, nous avions à faire à des complications lointaines (nerveux ou autres) ou à des séquelles attribuées à une mélitococcie ancienne.

D'un ensemble de considérations que nous avons exposé ailleurs (1), on ne surestime pas la valeur de l'hémoculture en lui attribuant un pourcentage de résultats positifs d'environ 45 à 50 % (étant bien entendu qu'il s'agit de cas observés sur l'ensemble de notre territoire et de prélèvements parvenus au laboratoire après quatre ou cinq jours de transport).

Il est classique de spécifier que le prélèvement doit être fait au moment où le malade est en période hyperthermique. Pour certains auteurs, on n'aurait jamais isolé le germe de sujets ayant une température inférieure à 38°5 : affirmation erronée. S'il est sans doute préférable d'opérer dans de telles conditions, il n'en reste pas moins qu'on peut avoir — et la constatation de ce fait est loin d'être rare — des hémocultures positives chez des sujets subfébriles et même tout à fait apyrétiques.

B. *Fièvre ondulante à Br. Abortus.* — Notre expérience se réduit à une quarantaine de cas positifs. Quel pourcentage de réussite, ce nombre représente-t-il ? Nous n'en avons pas la moindre idée pour le moment. De la lecture des publications faites aux Etats-Unis, en Angleterre, où ce type d'infection est largement observé, on retire l'impression que l'hémoculture n'a pas à son actif des résultats brillants et, *qu'en pratique*, il ne faut guère compter pour le moment sur cette méthode de diagnostic. Il faut espérer que les perfectionnements de technique entraîneront la révision de ce jugement peu encourageant.

La réaction d'agglutination ou séro-diagnostic de Wright (1895). — Après de nombreuses vicissitudes qu'on n'a pas le loisir de rappeler ici, la séro-agglutination de Wright apparaît comme la méthode de *diagnostic de choix* de l'infection brucellique *active et récente* de l'homme.

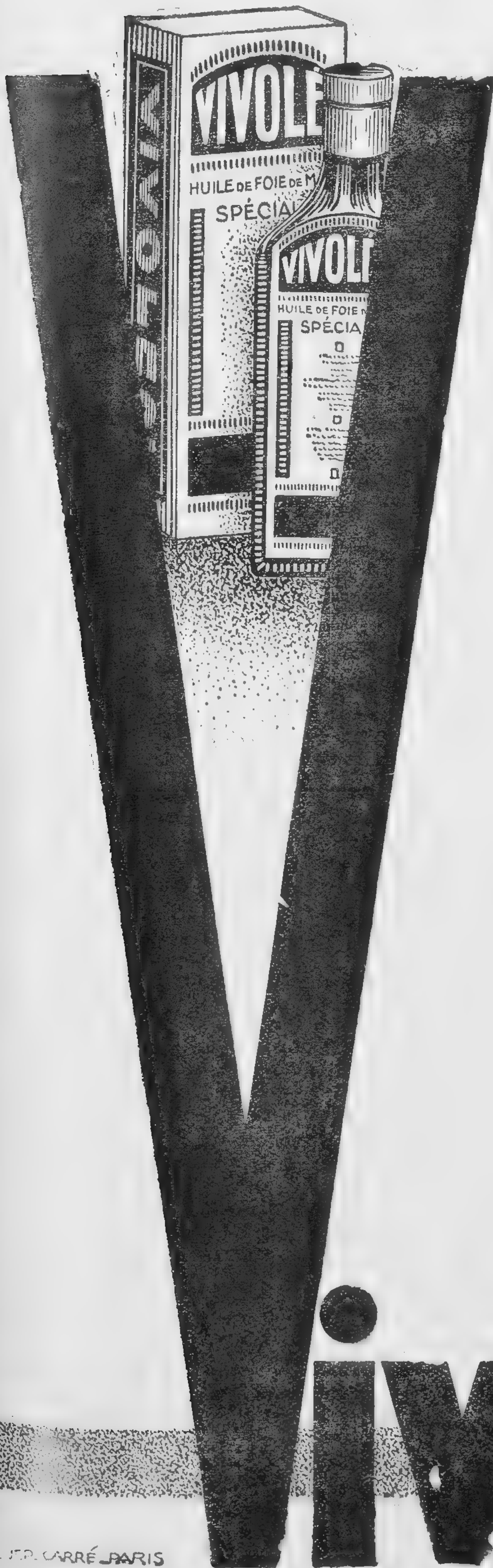
Pour assurer aux résultats de cette épreuve le degré de correction indispensable, il y a lieu d'utiliser une technique judicieusement et méticuleusement réglée, et pouvant être répétée par tous les laboratoires qui s'occupent de mélitococcie.

Il faut d'abord — et c'est le point capital — disposer d'un antigène éprouvé par maints expérimentateurs comme n'étant agglutinable que par les seuls sérums spécifiques et dont les propriétés stables seront insensibles aux repiquages successifs.

La souche P (qui est un Abortus porcin) de la collection Lister, indiquée et fournie par notre ami, le Dr Burnet, réunit tous les avantages recherchés. Avec elle, nous estimons disposer, pour le travail courant d'un antigène « idéal » dont le comportement confirme les données de la clinique tout en redressant souvent les erreurs.

(1) Taylor, Lisbonne et Vidal. — *Mouvement sanitaire*, 1935, n° 130.

(1) L'hémoculture dans les bruceloses. *Journal Médical Français*, 1936, XXV, n° 3, p. 101.


VIVOLE
HUILE DE FOIE DE M
SPÉCIAL

La concentration de la suspension microbienne est de la plus haute importance pour homogénéiser les résultats. Aussi nous attachons-nous à ne distribuer que des antigènes de même densité microbienne. Cet antigène est stable, chauffé à 60°, formolé à 2 ‰ — donc sans danger pour les opérateurs — il conserve ses propriétés intactes plusieurs mois.

L'épreuve d'agglutination doit s'effectuer avec de nombreuses dilutions (huit dans notre technique, échelonnées entre 1/10 et 1/1.280). Le phénomène de « zone » ou d' « agglutination paradoxale » s'observe fréquemment avec les sérums mélitensiques. Il suffit d'être averti de cette particularité pour éviter les erreurs dont elle pourrait être la cause.

L'*interprétation* du séro-diagnostic ne rencontre pas, croyons-nous, de difficultés, du moins dans les conditions où travaillent actuellement les laboratoires de diagnostic en France.

Avec notre technique, l'agglutination totale au minimum à 1/80, en présence de symptômes cliniques, impose la notion d'une infection brucellique active, évoluant depuis peu. Avec les progrès de la maladie, l'intensité de la réaction augmente rapidement : les taux de 1/500 à 1/1.000 sont le plus souvent atteints, fréquemment dépassés.

Depuis près de quinze ans que notre attention s'est portée sur cette maladie, nous n'avons eu qu'exceptionnellement à discuter la valeur de séro à des taux inférieurs : 1/20 à 1/40. S'il s'agit de brucellose, au début de l'infection, l'augmentation rapide du taux d'agglutination lève tous les doutes (1). Si, par contre, le séro reste à un même étiage bas, à plusieurs reprises, c'est probablement que l'on avait affaire à des sujets atteints antérieurement d'une mélitococcie légère, souvent méconnue, et dont l'agglutination constitue un souvenir humoral.

Dans les pays où règne l'avortement épizootique des vaches et où la population consomme du *lait cru*, il est fréquent de constater des agglutinations au taux de 1/80 et au delà, chez des sujets qui n'ont jamais été atteints de fièvre ondulante (Etats-Unis, Danemark). Le fait doit être extrêmement rare en France, et, pour notre part, nous ne l'avons pas encore constaté.

On a beaucoup écrit sur le manque de spécificité du séro de Wright. On lui a notamment opposé l'existence d'un haut pouvoir agglutinant dans les sérums de sujets atteints de maladies auxquelles les Brucella étaient étrangères (tuberculose, paludisme, etc.).

Ce reproche — dicté par l'emploi de technique sans doute imparfaites — est absolument injustifié. Les centaines de séro que nous avons pu confronter avec la clinique donnent à notre affirmation une base solide, encore renforcée, s'il en était besoin, par l'opinion unanime des auteurs étrangers sur cette question.

Le second reproche adressé à la réaction de Wright est la possibilité d'agglutinations douteuses ou même franchement négatives, dans des cas évidents de mélitococcie. Le fait est exact. Nous avons eu des hémocultures positives à partir de sangs dénués d'agglutinines, non seulement au début de la maladie — ce qui serait explicable — mais encore pendant le cours entier de la maladie. Ce sont des cas, sinon exceptionnels, du moins très rares et dont on conserve, par cela même, le souvenir. Il suffit d'être averti de la possibilité de ces « ratés » de la réaction pour faire appel aux autres méthodes de diagnostic.

Comme en 1926, nous continuons à estimer à 90 % au moins la proportion de résultats positifs du séro de Wright appliqué au diagnostic de la mélitococcie, et à la lumière de plusieurs milliers de réactions, nous concluons que le séro de Wright est la méthode la plus fidèle et la plus facilement réalisable de diagnostic de l'infection mélitensique *active*.

Il y a lieu de faire remarquer, avant d'en finir avec l'agglutination, qu'elle ne peut pas prétendre à la différenciation des deux variétés de Brucella. La ressemblance de ces deux germes est telle que les agglutinines actives pour l'un le sont également pour l'autre. En d'autres termes, un sérum de malade atteint de fièvre ondulante à mélitensis agglutine une suspension d'abortus aussi bien qu'une suspension de melitensis (notre technique utilise, on l'a vu, cette notion que l'on doit à Evans). Seules des méthodes très délicates — et inutilisables dans la pratique courante — telle que la saturation des agglutinines, permettraient dans certains cas cette discrimination. Aussi le praticien doit-il se montrer très sceptique vis-à-vis de réponses de certains laboratoire qui prétendent distinguer les types de Brucella par le simple séro-diagnostic.

L'INTRADERMO-RÉACTION DE BURNET. — On doit à Burnet, la démonstration, qu'à l'égal de la tuberculose, la mélitococcie humaine crée dans l'organisme un état « allergique » spécifique dont la mise en évidence constitue une méthode de diagnostic, très sensible et de réalisation aisée.

L'état allergique se traduit par une réaction particulière de la peau (intradermo-réaction), à la suite de l'introduction d'une minime quantité de substances sécrétées par Brucella. La « mélitine » — qui n'est pas autre chose qu'une culture en bouillon de Br. mélitensis filtrée sur bougie de porcelaine après vingt ou trente jours d'étuve — est l'antigène qui se prête le mieux à la réaction chez l'homme. En raison de leur très grande ressemblance, on peut substituer une culture de Br. Abortus (Abortine) à celle de Melitensis.

Toutes les souches de Brucella ne se prêtent pas également à cette préparation. Bouillon filtré ne signifie pas bouillon actif. Un sérieux contrôle de la propriété « réactogène » (sur le cobaye ou le lapin infectés) des « Brucelline » s'impose avant de les mettre à la disposition des praticiens.

D'autre part, il semble qu'après quelques semaines de conservation, la mélitine perde une très grande part de son activité. D'où la règle de n'utiliser que des préparations relativement récentes (deux mois).

La technique de l'épreuve est celle de toute *intradermo-réaction* : on ne saurait y insister ici : injection rigoureusement intradermique (avec seringue et aiguille spéciales) de 0 c. c. 1 de mélitine dans la région antérieure de l'avant-bras. Du côté opposé, il est bon de pratiquer, toutes conditions égales, une injection de bouillon ordinaire stérile, à titre de réaction « témoin ».

Une réaction *positive* se caractérise par l'apparition — de 8 à 12 heures après la piqûre — d'une plaque *érythémateuse, douloureuse* à la pression et faisant saillie sur la région, à la manière d'un verre de montre bombé. On sent nettement l'empâtement œdémateux de cette zone d'inflammation, en la comprimant entre les doigts.

La réaction augmente en intensité pendant 36 à 48 heures puis s'éteint graduellement, suivie parfois d'une légère desquamation centrale.

Sur l'avant-bras opposé, on note un peu de rougeur transitoire. Cependant, un certain nombre de sujets particulièrement sensibles aux protéines du bouillon, accusent une

(1) Il est difficile de préciser le moment où la réaction de Wright devient positive dans l'infection humaine. Il y a trop de variations individuelles ; en moyenne sans doute, à partir du quinzième ou vingtième jour après le début clinique de la maladie. Encore est-ce là une limite très arbitraire car l'infection peut évoluer longtemps, sur des sujets assez résistants et qui s'observent peu, avant que le moindre symptôme ait attiré leur attention.

réaction accentuée au niveau de cette réaction « témoin ». On remarque que l'aspect de la peau est différent : l'érythème est plus diffus, le derme n'est pas épaissi, l'œdème en verre de montre fait défaut. Cette « pseudo-réaction » est plus précoce dans son apparition (parfois quelques minutes) et plus rapide dans son évolution (moins d'un jour).

Certaines de ces réactions sont difficiles à interpréter : il faut se garder, comme on l'a fait trop souvent, d'accorder une valeur positive à une simple rougeur des téguments et de voir autant de mélitensiques dans les sujets qui réagissent de cette manière.

Pour Burnet et les auteurs qui l'ont étudiée ultérieurement, l'intradermo-réaction serait l'épreuve de beaucoup la plus sensible pour la détection de la fièvre ondulante, pouvant se révéler positive chez des malades où l'agglutination et l'hémoculture restent sans résultat.

Cependant, pas plus que les autres réactions biologiques, l'intradermo-réaction à la mélitine ne saurait prétendre à l'infaillibilité. Parfois négative chez le cobaye infecté, elle fait aussi défaut chez l'homme. Il y a des fièvres ondulantes à séro de Wright positif, qui évoluent sans qu'apparaisse l'état allergique ; ou, s'il apparaît, ce n'est que très tardivement, éventualités rares à la vérité, mais qu'on ne doit pas méconnaître.

Positive, l'intradermo-réaction a-t-elle la même signification que la séro-agglutination ? Nous ne le pensons pas. Dubois et Sollier, les premiers en France, ont montré qu'on peut l'observer sur des sujets qui ne sont pas *actuellement* atteints de mélitococcie, mais qui en ont souffert antérieurement, ou encore chez des individus imprégnés de Brucella, d'une façon occulte, dans des conditions où la virulence du germe était si atténuée qu'il n'a pas engendré de manifestations cliniques.

Cette dernière éventualité est fréquente dans les pays septentrionaux où la population fait usage de *lait cru* de vache, riche en Br. Abortus peu pathogène pour l'homme.

Ainsi l'état allergique apparaît comme le témoin, non seulement d'une maladie actuelle ou récente, mais encore d'une maladie passée ou encore d'une *imprégnation occulte*. Sa signification dans l'infection mélitensique est la même que dans l'infection tuberculeuse. Intradermo-réaction à la mélitine, intradermo-réaction à la tuberculine sont de même nature, révèlent la même modification de l'organisme ; sans doute, l'ensemble des notions que nous avons acquises sur l'allergie tuberculeuse est-il valable pour l'allergie mélitensique, tant est frappante la ressemblance qui rapproche ces deux maladies.

Quoiqu'il en soit, retenons que l'intradermo-réaction de Burnet, à la mélitine, ne tire sa valeur diagnostique que de l'interprétation judicieuse que les circonstances permettent de lui donner : faute de quoi, loin d'être un signe précieux pour le médecin, elle peut être préjudiciable à l'avenir d'un malade.

* * *

En résumé, le praticien dispose, pour assurer le diagnostic de mélitococcie de trois méthodes de laboratoire différentes : la recherche du germe pathogène, la recherche des anticorps, la mise en évidence des « allergines ».

La première donne des résultats qui ne prêtent pas à la discussion. Elle est par ailleurs la plus parfaite puisque par l'identification complète du germe, elle est d'un grand secours pour l'épidémiologiste en quête de la filiation des cas. Malgré sa défaillance dans les cas anciens ou torpides, il y a lieu de la mettre systématiquement en œuvre dans les laboratoires spécialisés dans l'étude de la mélitococcie.

La seconde, nous l'avons vu, constitue le procédé le plus pratique, le plus fidèle, de l'infection mélitococcique *active*.

La troisième, judicieusement interprétée, se recommande par sa très grande sensibilité : néanmoins, à cause de la persistance de longue durée, peut-être définitive, de l'état allergique, elle décèle non seulement l'infection active, mais l'infection passée et éteinte.

Quoiqu'il en soit de la valeur respective de ces trois méthodes — qui se recommandent respectivement par des avantages particuliers — il est évident que leur association se complète fort heureusement et que, en définitive, doivent être exceptionnels, les cas de mélitococcie qui, dans la pratique, peuvent échapper à ce réseau serré d'investigations diagnostiques (1).

La place de l'endoprotéinothérapie dans le traitement de la fièvre ondulante

Par H. CAMBESSÉDÈS

De tous les noms que la fièvre ondulante a pu recevoir, il n'en est pas qui lui convienne mieux, au point de vue pratique que celui humoristique de « maladie désespérante ». Désespérante, elle l'est déjà du point de vue du diagnostic par le fait de la pauvreté de la symptomatologie au moins à ses débuts, mais surtout par le nombre de ses variétés cliniques aujourd'hui connues. Mais désespérante, elle l'est surtout par ses apparences de guérison suivies de reprises contre lesquelles s'acharnent et échouent les thérapeutiques les plus diverses.

A la vérité tous les modes de traitement imaginables ont eu leurs protagonistes.

Celui qui pourtant paraît avoir reçu le plus de suffrages est encore la vaccinothérapie. Dans cet ordre d'idées les vaccins les plus variés ont été préparés et essayés. Dernière venue, l'endoprotéine d'abortus s'est récemment ajoutée à la liste déjà longue de ces nombreux vaccins. On sait que ce produit dont la préparation a été imaginée par Reilly, a donné dans certaines infections et en particulier, dans celles à méningocoques, des résultats particulièrement remarquables.

Il était légitime d'en tenter l'application à la fièvre ondulante. Or, les résultats de ces essais ont été particulièrement heureux.

Nous ne pouvons revenir dans ce bref article sur ces faits qu'on trouvera relatés dans diverses publications antérieures écrites avec des collaborateurs divers (Garnier, Cochez, Layani, etc) (2).

Nous voudrions ici, ayant d'abord rappelé en quoi consiste l'endoprotéine, montrer la place que doit occuper ce mode de traitement dans l'arsenal thérapeutique si varié de la fièvre ondulante. Pour cela il nous paraît nécessaire de prendre une vue d'ensemble du problème thérapeutique. Il suffit à cet égard, de jeter un coup d'œil

(1) Le Centre de recherches sur la fièvre ondulante (Institut Bouisson Bertrand, Montpellier) patronné par le Ministère de la Santé publique se met à la disposition des praticiens qui, exerçant dans des régions où la fièvre ondulante est encore mal connue, auraient le désir de soumettre à l'analyse bactériologique le sang de leurs malades suspects.

(2) Voir, en particulier : *Paris Médical*, 25 mars 1929.

sur la littérature qui concerne la thérapeutique de la fièvre ondulante par les vaccins, pour être frappé de l'inconstance courante des résultats. Avec les mêmes types de vaccins et avec des doses analogues, ici on enregistre des succès, là des insuccès. Rechercher le pourquoi de ce paradoxe est la première étape dans la compréhension du problème thérapeutique.

Il nous permettra de concevoir ensuite comment organiser la thérapeutique de façon rationnelle sans faire appel, au hasard, aux thérapeutiques les plus variées pour le plus grand mal parfois (nous dirons dans quelles conditions) du malade.

Car. l'endoprotéinothérapie, en dépit des succès remarquables qu'elle assure n'est pas sans quelques inconvénients, et ne peut, ainsi, être préconisée, à tout coup, sans discrimination.

Quand et comment la faire intervenir ? C'est là, pour qui veut faire œuvre utile, le problème pratique et qui logiquement ne pourra trouver sa solution que dans la compréhension des données théoriques que nous envisageons au préalable.

***

Mais qu'es ce, d'abord, que l'endoprotéine d'abortus ? C'est un vaccin qui se prépare au laboratoire de l'hôpital Claude Bernard, sous la direction du Docteur Reilly, créateur de la méthode. L'endoprotéine est obtenue à partir de cultures sur boîtes de Roux, raclées après trois jours d'étuve. Les corps microbiens, ainsi recueillis, sont desséchés dans le vide sulfurique, pesés et additionnés de 40 % de chlorure de sodium. Le broyage au mortier d'agathe pendant environ une heure donne une poudre. Celle-ci est émulsionnée progressivement dans l'eau distillée ajoutée à raison de 1 cmc pour 2 centigrammes de corps microbiens. Le mélange abandonné vingt-quatre heures à la glacière est ensuite centrifugé. Le liquide surnageant, stérilisé par tyndallisation constituera l'endoprotéine. On voit que l'obtention du produit nécessite des manipulations assez longues. A cette difficulté s'ajoute celle due au fait que l'endoprotéine doit être fraîchement préparée si on veut lui conserver sa haute valeur antigénique qui la distingue des vaccins habituels.

***

En dépit de ces inconvénients, l'endoprotéine représente une acquisition importante dans la thérapeutique de la fièvre ondulante. Pour en concevoir les avantages, et l'utilisation il convient nous l'avons dit, de prendre une connaissance préalable du mode d'action générale des vaccins.

Or qu'on veuille bien à cet égard, considérer, en particulier, les relations diverses des tentatives de vaccinothérapie et on verra ressortir une vérité évidente qui domine la question : le choc est le processus d'action général de toute vaccinothérapie. Succès et insuccès en cette matière, trouvent leur explication précisément dans la suffisance ou l'insuffisance du choc déterminé.

Certes une telle notion va à l'encontre des données généralement admises et qui veulent voir dans un processus d'immunité la façon d'agir des vaccins appliqués en thérapeutique. Mais qui dit immunité dit établissement progressif d'un état. Il ne saurait être question de cela quand on constate avec l'application des vaccins et en particulier, avec l'endoprotéine, des résultats immédiats. La courbe thermique qui s'étalait depuis des semaines ou des mois est interrompue définitivement le plus souvent en quelques heures, après des phénomènes de choc sur la nature desquels, aussi bien, il ne peut pas y avoir de doute.

Et puis comment concevoir *à priori* que le fait de jeter dans un organisme infecté par d'innombrables germes vivants quelques microbes tués, arriverait à réveiller brusquement un processus d'immunité.

Sans nous étendre davantage sur ces considérations, rappelons pour ceux que la question intéresse, que nous avons envisagé celle-ci longuement dans nos précédentes publications (1). Et retenons seulement la notion essentielle de la nécessité du choc dans la thérapeutique des fièvres ondulantes par les vaccins quels qu'ils soient.

Restent alors à envisager deux questions pratiques : 1° quelle doit être l'intensité de ce choc qu'il faut déterminer ? 2° Comment arriver à créer celui-ci à volonté à l'intensité voulue ?

A la première question l'expérience répond qu'en principe le choc doit être violent et qu'il doit l'être d'autant plus que la maladie est à son début. Mais il va sans dire que le choc éprouvant toujours quelque peu le sujet, il y a intérêt à éviter toute intensité superflue, surtout dans certaines conditions de défaut de résistance du sujet.

La deuxième question comporte des réponses plus variées. Le choc est en effet sous la dépendance de divers facteurs. Il est certain par exemple, qu'une circonstance individuelle entre en jeu, que nous connaissons mal. Certains sujets, sans doute d'après des conditions spéciales de leur système vagotonique, font plus facilement des chocs que d'autres. Il va sans dire par ailleurs, que le choc produit dépend aussi de la quantité d'antigène introduit par le vaccin. Mais ce qui est plus important et que l'expérience démontre, c'est que le choc est surtout au prorata de l'état d'allergie du sujet.

Pour obtenir le choc nécessaire et suffisant il y a donc à tenir compte avant tout de l'état d'allergie du sujet. On sait que cet état se mesure à la réaction provoquée par l'intradermo-réaction à la mélitine.

A une réponse forte correspond donc la facilité à produire le choc avec les vaccins. A une réaction faible la difficulté d'arriver à ce résultat. Toute la gamme existe, de la réaction très vive qui suffit dans des cas exceptionnels à guérir le malade, par la seule intradermo-réaction elle-même, au prix d'un choc plus ou moins inapparent en passant par la réaction moyenne où il faut frapper assez fort jusqu'au cas de réaction nulle où le choc étant impossible à déclencher, on doit savoir différer la vaccinothérapie.

C'est qu'il faut tenir compte ici encore d'un phénomène important. Tout essai infructueux de vaccinothérapie désensibilise quelque peu la malade. C'est pourquoi il convient de ne pas faire de vaccinothérapie au hasard, au risque de faire perdre à l'individu son état allergique et de le conduire ainsi au point mort où toute vaccinothérapie deviendrait inopérante.

Si donc, comme nous l'avons nous-même proposé, on veut, pour éviter la brutalité du choc, commencer par viser à une réaction prudente, il faut savoir repartir vite dès la reprise de la fièvre et avec une dose beaucoup plus forte de vaccin. On doit ainsi assurer en trois ou quatre injections le résultat.

***

Eclairé par ces principes généraux, le praticien nous paraît avoir dès lors, une ligne de conduite logique.

(1) Voir, en particulier : Mémoire sur la vaccinothérapie antimélitococcique (Vigot, 1932).

Dès qu'il se trouve en présence du malade son premier geste doit être de pratiquer l'intradermo-réaction à la mélitine ou à l'abortine.

Dans des cas exceptionnels nous l'avons dit, il aura l'heureuse surprise de voir survenir la guérison immédiate. Mais il ne doit pas se dissimuler que, dans la règle, il ne peut pas compter sur ce procédé comme agent thérapeutique (1) ; il doit savoir seulement que ces individus qui sont guéris à si peu de frais par la seule intradermo-réaction auraient été vraisemblablement victimes d'un choc violent si on leur avait injecté au hasard une dose de vaccin un peu importante.

Là n'est pourtant pas l'intérêt réel de la pratique de l'intradermo-réaction préalable à toute thérapeutique, celui-ci est d'un autre ordre. Il est dans l'indication fournie immédiatement sur l'opportunité de la vaccinothérapie. Il dit de suite, si le sujet relève ou non de la vaccinothérapie. Si, en effet la réponse à l'intradermo-réaction est nulle ou presque nulle, on est d'avance voué à l'échec avec la vaccinothérapie et qui plus est, avec des tentatives réitérées de ce traitement on gènera, à coup sûr, le développement de l'état d'allergie. Il faut savoir attendre en pratiquant, de temps à autre, l'intradermo-réaction qui permettra de se tenir au courant de ce développement naturel. Durant cette attente, il est logique de s'adresser à d'autres moyens thérapeutiques choisis dans l'ordre chimiothérapique de préférence. Les plus efficace de ces procédés paraissent être ceux qui s'adressent à l'iodobismuthate de quinine (Quinby), la gonacrine et l'arsenic sous forme novarsenobenzol. Quand enfin l'intradermo-réaction donnera une réponse nettement positive, alors, mais alors seulement, on fera entrer en jeu la vaccinothérapie. On pourra utiliser les vaccins ordinaires trouvés dans le commerce. S'ils ne donnent pas le choc libérateur on augmentera leur dose mais sans s'attarder à des essais infructueux qui, répétons-le, désensibiliseraient le sujet.

En dernier ressort on fera alors appel à l'endoprotéine, avertissant le malade, autant que possible, de ce qui va être fait et de la secousse qu'il ressentira.

Assurément le praticien devra s'assurer que le malade est susceptible de supporter le choc qu'il cherchera à déterminer. Il s'abstiendra dans les cas de défaillance cardiaque ou rénale, dans les cas de complications pulmonaires et systématiquement chez les malades âgés. La mise en œuvre de la méthode se fera de la façon suivante : on pratiquera une injection d'endoprotéine de un demi à trois quarts de centimètre cube suivant le degré de l'allergie du sujet traduit par le résultat de l'intradermo-réaction. On surveillera attentivement les phénomènes réactionnels et la flèche de la courbe thermique. Très souvent on aura la guérison dès le lendemain, et définitivement. Mais si la courbe reprend son allure ascendante, on fera une nouvelle injection de trois quart de centimètre cube à 1 centimètre cube et demi environ. Il est exceptionnel qu'on ne s'assure pas ainsi le succès. A la rigueur on frapperait une autre fois et beaucoup plus fort encore.

L'inconvénient d'une semblable méthode est ici. Traiter un malade plus ou moins affaibli par une maladie infectieuse de longue durée par la secousse du choc, va à l'encontre du désir du médecin comme de l'entourage. La seule possibilité d'un danger est un empêchement majeur à la diffusion du procédé.

Mais il convient de rappeler d'abord que la méthode des chocs est largement utilisées dans bien d'autres infections.

(1) Il n'est pas impossible qu'on puisse espérer obtenir une mélitine qui donnerait plus de résultats heureux.

A l'étranger les procédés par injections intraveineuses de vaccins divers déterminant des chocs sont fort employés. Les résultats publiés sont remarquables.

Bien plus, l'endoprotéinothérapie, telle qu'elle est ici préconisée ou légèrement modifiée est utilisée en Amérique du Nord et en Amérique du Sud. Faudra-t-il donc attendre que le procédé nous revienne avec une consécration étrangère pour que, parti de France, il puisse y acquérir droit de cité.

Prophylaxie de la fièvre ondulante

Par Jos JULLIEN

Médecin directeur du Centre d'études sur la fièvre ondulante
Joyeuse (Ardèche)

« *La source de contamination de la fièvre ondulante est l'animal. Ce sont ces sources qu'il faudrait tarir. On ne le peut actuellement. C'est pourquoi la fièvre ondulante reste une maladie redoutable.* » Cet aveu d'impuissance se lit en conclusion du chapitre « Prophylaxie » dans le magistral traité de Violle « La fièvre ondulante », écrit en 1931.

Faisant aujourd'hui la somme des travaux parus depuis cinq ans, des essais de premier ordre dus aux médecins, aux vétérinaires, aux hygiénistes qui s'intéressent aux brucelloses humaines et animales, nous pouvons poser le problème de la prophylaxie des infections a brucella d'une manière plus précise. Il nous semble même nous rapprocher de sa solution.

Généralités. — Les infections a brucella ne sont pas, comme certains l'écrivent encore, une maladie nouvelle. Les germes infectieux en général, les brucella en particulier, sont sans doute aussi anciens que la vie sur la planète. La brucellose n'est pas davantage née en 1887, à Malte, sous le parrainage de Sir David Bruce, que n'est éclose la tuberculose en Allemagne en 1882, à l'annonce signée par Robert Koch. L'ère pastorienne est celle des déclarations d'état civil des microbes. Mais, d'une part, les documents paléopathologiques (rassemblés par exemple dans la thèse de Parès, 1 vol., Masson) montrent qu'un « rhumatisme infectieux épizootique » est responsable de la disparition massive de certaines espèces, en particulier de l'*Ursus Spæleus* européen au quaternaire. Ce qui nous fait penser, pièces anatomiques en mains, que le « rhumatisme » joint à l'avortement épizootique était dû à des brucella préhistoriques. D'autre part des documents protohistoriques, les textes bibliques (*Exode, Deutéronome passim*), les écrits des médecins grecs anciens, des Grecs modernes des Méditerranéens, des Espagnols depuis le XVIII[e] siècle, nous renseignent et sur l'avortement épizootique et sur l'identification clinique de fièvres prolongées et cachectisantes, bien distinctes de la malaria, de la typhoïde et de la tuberculose, chez l'homme. Dans mes Cévennes le « mal des os », connu depuis plus de 80 ans, s'accompagnait de sueurs et de fièvres prolongées. Cette maladie infectieuse, cause de l'avortement épizootique du bétail et de la fièvre ondulante humaine s'étend et régresse, éclot, décime, se transforme et sommeille sous des influences encore obscures. Bruce, Bang et Zammit nous ont fait connaître les germes infectants, établi l'unité nosographique des brucelloses.

Au centre d'une région que frappe depuis longtemps et durement le fléau, nous avons établi un premier poste d'observations et de secours, le Centre d'études de Joyeuse. C'était en 1933 ; en 1935 nous avons éprouvé la nécessité d'assembler en Avignon, au premier Congrès des Brucelloses, les médecins, vétérinaires, hygiénistes, éleveurs de France et de l'Etranger

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Le Tétanos, par F. Arloing et A. Dufourt. (La pratique médicale illustrée.) 1 vol. in-8° de 60 pages avec figures dans le texte : 26 francs. (Gaston Doin et Cie, éditeurs 8, place de l'Odéon, Paris (VIIIe.)

Cette monographie constitue une mise au point clinique et thérapeutique, d'ordre essentiellement pratique. On y trouvera, condensées, les notions anciennement connues sur cette maladie et aussi les acquisitions récentes de ces dernières années.

Les auteurs commencent leur étude par des notions générales sur l'étiologie et le développement de l'infection tétanique, le rôle de la toxine, sa diffusion dans l'organisme, son mode de fixation sur les centres nerveux.

Ils font ensuite une étude très complète de la symptomatologie du tétanos. Toutes les formes cliniques sont successivement passées en revue. Une mention spéciale est accordée aux tétanos post-sériques précoces ou tardifs, aux tétanos localisés, qui ont été parfaitement individualisés pendant la dernière guerre.

La partie de l'ouvrage, qui concerne la vaccination et la sérothérapie a été l'objet d'un long développement. Les médecins y trouveront, après un exposé immunologique précis, l'application de toutes les méthodes actuellement en cours dans la prévention et le traitement du tétanos.

Le diabète infantile (*Séméiologie, diététique, insulinothérapie*), par Georges Mouriquand et Georges Charleux. (La Pratique médicale illustrée). 1 vol. in-8° de 80 pages avec 10 figures, 28 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VIIIe).

Les auteurs, en s'appuyant sur une expérience personnelle déjà longue du diabète infantile et de l'insulinothérapie ont résumé dans ce livre les notions pratiques essentielles touchant cette maladie.

Leur étude au point de vue *séméiologique* est divisée en deux parties :

1° *Description du diabète infantile avant l'insuline*, diabète laissé à son évolution naturelle, aboutissant en une ou deux années au coma et à la mort ;

2° *Description du diabète traité par l'insuline*. L'insulinothérapie a amené, comme on sait, de profonds changements dans l'évolution du diabète infantile, mais aussi dans sa séméiologie. Cette séméiologie nouvelle est étudiée sous tous ses aspects : cliniques, hématologiques, chimiques.

Il y a un *pronostic* particulier du diabète traité par l'insuline comme un pronostic du diabète non traité.

Un cas personnel permet une *étude anatomo-pathologique* approfondie avec nombreuses figures.

Le *diagnostic* est longuement discuté, notamment en ce qui concerne la différenciation du diabète vrai, affirmé, d'avec les états prédiabétiques et les glycosuries non-diabétiques de l'enfant et de l'adolescent.

Une étude *étiopathogénique* qui retient l'essentiel conduit à la thérapeutique de la dystrophie.

La diététique est envisagée avec soin d'abord *théoriquement* en tenant compte des besoins particuliers de l'enfant diabétique puis *pratiquement* en entrant dans tous les détails diététiques désirables (menus, etc.).

Le *traitement* du diabète infantile est dominé par l'*insulinothérapie*. Les auteurs qui la pratiquent à peu près sans arrêt depuis 1923, donnent tous les éclaircissements désirables concernant les indications, les doses, la technique des piqûres, les divers types d'accidents de l'insulinothérapie et les moyens de les éviter et de les combattre.

Les auteurs apportent un livre clair, pratique et vécu, dans lequel les médecins pourront puiser tous les renseignements nécessaires sur cette redoutable et fréquente dystrophie de l'enfance.

Le Thorax (*Anatomie médico-chirurgicale*), par MM. le Prof. A. Hovelacque, Olivier Monod, Henri Evrard. Un volume format 19 × 28 de 350 pages avec 125 figures de Arnould Moreaux, entièrement tiré sur papier couché. 1 vol. broché, 125 francs. Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

L'idée de ce travail a été suggérée aux auteurs par le développement que prend la chirurgie thoraco-pulmonaire.

Ils apportent le résultat de leurs recherches sur plus de 200 cadavres, dont un certain nombre durcis au formol « seul moyen pour observer les organes véritablement en place ».

Leur étude est dominée par la préoccupation d'apporter à celui qui aborde la chirurgie thoraco-pulmonaire des connaissances pratiques et utiles, c'est pourquoi elle est conçue dans un esprit très spécial. Elle représente, en effet, « une somme » des connaissances anatomiques à avoir sur le thorax. Sans délaisser les recherches anatomiques qui trouvent leur application dans la chirurgie cardiaque et dans la chirurgie œsophagienne seules, les auteurs s'attachent surtout à décrire ce qui, avant l'essor de la chirurgie thoraco-pulmonaire ne paraissait pas avoir une grande importance, et reprennent les points difficiles à préciser, mais qui doivent l'être en raison de l'intérêt pratique qu'ils acquièrent maintenant.

Confirmant le résultat de certaines recherches antérieures, les confirmant après une étude minutieuse sur un matériel abondant, sur d'autres points les auteurs apportent des précisions nouvelles ou des notions différentes des données classiques : on lira avec intérêt les chapitres consacrés à l'anatomie du pédicule pulmonaire, au ligament triangulaire, au hile du poumon ; ils arrivent à donner une description relativement simple de cette région en apparence si complexe et pourtant si indispensable à bien connaître.

Ce travail n'est pas exclusivement réservé au chirurgien, qui y trou-

vera d'ailleurs toutes les données nécessaires pour une thoracoplastie ou pour une intervention sur les pédicules pulmonaires et sur le médiastin.

Le médecin trouvera dans ce volume les renseignements indispensables pour l'examen des scissures, pour l'étude de la projection isolée des lobes, pour celle de la vascularisation bronchique et pulmonaire ; il y trouvera également des données précises et détaillées sur la radiologie des divers viscères (plèvres, cœur, etc.).

L'étudiant et en particulier l'étudiant qui prépare les concours y trouvera sous une forme claire tous les éléments susceptibles de lui faire comprendre l'anatomie en apparence si complexe du médiastin.

Pouvons-nous vacciner nos enfants contre la tuberculose avec le B.C.G., par le Docteur Ferru. 1 volume in-12, 96 pages, 5 francs. Le grand, éditeur, 93, boulev. Saint-Germain, Paris.

Dans cette brochure l'auteur explique comment et pourquoi, sans idée préconçue ni parti-pris contre personne, il a été conduit à douter de la valeur d'une méthode de vaccination qu'il a cependant accueillie avec confiance, conseillée dans sa clientèle, et utilisée dans sa propre famille.

Le Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques, par Louis Vidal (XVIII[e] édition, 1937). Office de Vulgarisation pharmaceutique, 107, rue Lafayette, à Paris.

L'ouvrage, de 2.034 pages (10 1/2 × 16 1/2), de maniement commode, luxueusement relié, comprend trois parties :

1° Le Dictionnaire proprement dit, où sont groupées de nombreuses documentations nouvelles ; les textes anciens ont été souvent remaniés et complétés ; les prix sont mentionnés ; une sélection rigoureuse permet les prescriptions aux assurés sociaux sans risquer la moindre réaction administrative.

2° La nomenclature nominale des spécialités pharmaceutiques avec adresse des fabricants a également été mise à jour, ainsi que,

3° La Nomenclature des spécialités, classées par laboratoires, qui permet de retrouver un produit dont seul le nom du fabricant est connu.

Le Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques, doyen des ouvrages de documentation, véritable encyclopédie de la spécialité pharmaceutique, reste pour le médecin l'ami fidèle, à portée de la main, et continuera comme par le passé à lui rendre les services quotidiens auxquels il est accoutumé.

Divers

Dictionnaire analogique, par Charles Maquet. Un vol. 40 fr. Larousse, éditeurs.

Le précieux « Dictionnaire analogique » de Boissière, est, depuis longtemps, introuvable chez les libraires. Aussi la nécessité d'une réédition s'imposait-elle impérieusement. Toutefois, la maison Larousse a fait mieux que de rééditer cet indispensable auxiliaire du travailleur intellectuel. Elle a confié à un éminent agrégé de grammaire, M. Charles Maquet, le soin de refondre l'ouvrage déjà un peu ancien de Boissière et d'établir sur le plan primitif, un dictionnaire nouveau, plus portatif, plus accessible, à tous, plus conforme d'autre part à ce que la philologie nous a enseigné depuis un demi-siècle.

Le profane se doute-t-il de l'importance d'un dictionnaire analogique ? En fait, quiconque est appelé à se servir de la parole, qu'elle soit écrite ou verbale, a besoin d'y recourir à chaque instant. Il n'en a pas besoin seulement dans les cas où il est frappé de quelque déficience d'esprit ou d'une amnésie plus ou moins profonde. Il en a besoin pour donner à sa pensée la meilleure expression possible. Mais comment se flatter d'avoir à sa disposition, dans n'importe quelle circonstance donnée, tous les mots de la langue, qui lui conviendraient ? Et puis qui ne conçoit que dans quelque compartiment très éloigné peut-être de la pensée qui nous occupe, et que nous avons à développer avec son maximum d'intensité, nous ne rencontrerons pas un vocable inattendu qui nous permettra de préciser le sens de cette pensée ? Toute pensée se formule en mots. Telle est la loi de notre nature spirituelle. Le « Dictionnaire analogique » de M. Charles Marquet sera, sur la table du travailleur intellectuel, non pas un instrument de paresse, mais le plus nécessaire, le plus efficace et le plus intelligent des collaborateurs.

Histoire de l'Eglise ancienne. I. *Les Commencements*, par H. Lietzmann. Traduction française du Professeur André Jundt. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le présent volume traite la période qui s'étend des origines jusqu'au début du second siècle, et comprend toute la vie du Christ et l'activité des apôtres, à laquelle se rattachent tant de problèmes essentiels. Au courant de tous les travaux modernes, l'auteur raconte cette histoire telle qu'elle lui apparaît, sans se perdre dans la discussion des points de détail. On ne saurait, à l'heure actuelle, recommander de meilleur guide à ceux qui désirent avoir une vue d'ensemble du premier siècle chrétien, et savoir comment s'est fondé le christianisme.

La Lutte pour la liberté : mes dix évasions (1914-1917), par le lieutenant J. Bastin. Un vol. in-8 de la Collection de mémoires, études et documents pour servir à l'Histoire de la Guerre mondiale, avec 22 croquis, 18 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Mes dix évasions est un ouvrage intensément humain, au sens profond de ce mot. On n'y trouve point l'inutile invective. De la première à la dernière ligne, il conserve un ton de sérénité qui force la sympathie. Point de grands mots, point de mélodrame. Mais des faits vécus, d'autant plus éloquents qu'ils sont contés sans la moindre recherche. Document d'énergie et de persévérance, l'ouvrage du lieutenant Bastin est un véritable livre d'action en même temps qu' « une bonne action ».

en leur demandant de mettre en commun le résultat de leurs observations et leur programme de combat. Nous avons mesuré le péril, qui est grand, l'extension du mal qui est rapide Nous avons été placés sur le terrain même où s'engage la lutte des hygiénistes contre l'épizootie et l'endémie brucelleuses et connu les difficultés qui viennent du sol, de la topographie, de l'esprit même des populations rurales et des conditions de l'élevage.

Nous sommes donc autorisé à proposer un programme de prophylaxie antibrucelleuse. Les premiers essais d'application de ce programme ont donné en diverses régions des résultats encourageants. Ce programme est établi conformément à l'état actuel de nos connaissances. Des découvertes ultérieures peuvent et doivent sans doute en rendre les bienfaits plus rapides et plus absolus. Nous ne pensons pas que les idées directrices qui nous ont amené à la conception de ce plan puissent être profondément modifiées : la lutte contre la brucellose doit être conduite d'abord par les vétérinaires, ensuite en liaison avec les médecins, en cas de très grande extension confiée à centres fixes ou mobiles, facilitée enfin par tous les moyens pratiques de propagande auprès des éleveurs.

Prophylaxie vétérinaire. — Une notion capitale, véritable aphorisme d'où dérive tout le déclenchement de l'attaque contre les brucelloses : l'infection a brucella est une infection des animaux, en particulier des animaux de la ferme, caprins, ovins, bovins, porcins. La prophylaxie des brucelloses est une prophylaxie *d'abord vétérinaire*. L'homme, pratiquement, n'est jamais contaminé, directement ou indirectement, que par l'animal. La contagion interhumaine, si elle existe, est extrêmement rare. Jamais une épidémie « exclusivement interhumaine » n'a été observée. De nombreux malades humains, qui ont contracté leur brucellose à la campagne, ou dans des laboratoires ou des abattoirs urbains, sont soignés en ville. Jamais autour de ces malades ne s'est étendu un foyer d'épidémie brucelleuse. Dans les milieux ruraux au contraire, le nombre de cas humains de brucelloses, rassemblés dans le même village ou le même hameau croît et décroît d'une façon strictement parallèle au nombre des avortement épizootiques a brucella constatés dans le cheptel de ces agglomérations. Quand le cheptel s'exonère des porteurs de germe virulents la fièvre ondulante disparaît.

En conclusion de ces remarques, il faut énoncer que :

Au premier acte de la prophylaxie antibrucelleuse doivent être mis en jeu :

a) Le dépistage le plus rapide, le plus simple et le plus précis possible des cas de brucellose animale ;

b) L'atténuation ou l'élimination complète du germe virulent dont sont porteurs les animaux.

Dépistage. — La fréquence des avortements dans son troupeau incite toujours l'éleveur à faire appel au vétérinaire. L'homme des champs est plus soucieux de son intérêt que de sa santé. C'est donc, dans la plupart des cas, le vétérinaire qui assiste au début de la brucellose. Et ce praticien possède maintenant grâce à la méthode allergique mise au point par Dubois de Nîmes, une moyen de diagnostic biologique rapide et sûr.

L'intradermo-réaction, essayée avec succès sur la chèvre, et la brebis a été utilisée ensuite également avec succès sur la vache, le porc et le cheval. Nous n'avons pas à insister sur les théories de l'allergie ni sur l'interprétation des résultats des phénomènes allergiques provoqués dans un but diagnostique.

Rappelons simplement que :

L'antigène de Dubois est constitué par une émulsion de *brucella abortus suis* tués par la chaleur, dans le sérum physiologique à raison d'un milliard de germes par centimètre cube. Cette émulsion conserve indéfiniment son activité. Elle est injectée à dose de 7/10 de c. c. chez les bovins et les équins, de 3/10 chez les ovins et caprins. Le lieu d'élection de l'injection est dans le derme d'un des plis cutanés qui relient la base de la queue de l'animal à la marge de l'anus. En cas de réaction positive (animal brucelleux) on observe au deuxième ou troisième jour au lieu de l'injection un œdème volumineux persistant pendant cinq à six jours.

Dans le but de rendre plus simple encore le dépitage des brucelloses, en évitant par exemple la seconde visite du troupeau après l'injection, nous avons tenté de mettre au point une méthode de diagnostic biologique qui utilise la floculation des sérums en présence d'un antigène spécifique et d'une teinture de résine. Cette méthode dont la technique est fort simple, est inspirée des travaux de Dujarric de la Rivière. Les résultats qu'elle a donnés entre nos mains et aux mains de notre élève Laurent (Acad. de Médecine et Thèse de Lyon, 1934-1934) sont très encourageants mais demandent à être confirmés par des expériences plus largement étendues.

Prémunition. — Le diagnostic de brucellose animale est porté. C'est à la prémunition que le vétérinaire doit demander la limitation et l'extinction d'un foyer d'avortement épizootique.

La prémunition est l'injection à un animal, *déjà infecté* par des brucella virulentes, de germes de brucella *vivants* et *non virulents*. Le résultat de la prémunition est de :

1° Diminuer le nombre des avortements des femelles infectées et prémunies, et même faire disparaître ces avortements ;

2° Diminuer et même faire disparaître les chances de contamination des animaux et de l'homme qui sont en contact animaux « prémunisés ».

C'est à Dubois que nous devons les premières réalisations pratiques et étendues sur des milliers de têtes de bétails, de la prémunition. Cet auteur insiste sur les faits que :

Seuls doivent être prémunis les animaux reconnus infectés.

La prémunition ne peut créer de nouveaux foyers de brucellose.

Elle n'est dangereuse ni pour les animaux ni pour l'homme vivant au contact du bétail prémuni.

L'expérience porte sur plus de 50.000 animaux observés, dans le Gard et dans seize départements.

Nous ne pouvons que mentionner les essais de vaccination du bétail sain : cette méthode est encore à l'étude, particulièrement le procédé de Vallée et Rinjard (germes vivants enrobés dans des excipients gras, Avignon, 1935, Congrès des Brucelloses).

Prophylaxie humaine

La prophylaxie humaine suppose :

a) Le *dépistage* précoce des cas de fièvre ondulante ;

b) La mise en œuvre de la *vaccination préventive* en milieu infecté.

a) Dépistage : Le diagnostic de brucellose humaine échappe encore fréquemment au médecin. En dehors des milieux ruraux, parce que le médecin ne songe pas encore à la fréquence des brucelloses et ne met pas en œuvre les épreuves biologiques. Dans les milieux ruraux, parce que le médecin n'est pas assez près du vétérinaire pour être prévenu de l'éclosion d'un foyer d'avortement épizootique au voisinage de ses malades. De plus en plus, en présence d'un cas douteux, le praticien doit faire appel au laboratoire et demander à la séro-agglutination, à l'hémoculture, à l'intradermo-réaction et à notre réaction de floculation la confirmation de l'origine brucelleuse ou non-brucelleuse d'une affection dont l'étiologie lui échappe. Le médecin doit être très exactement renseigné sur les indications d'application de chacune de ses techniques, sur la valeur relative des réponses obtenues. Il ne doit s'adresser qu'à des laboratoires spécialisés.

Vaccination préventive. — Un ou plusieurs cas de fièvre ondulante étant reconnus dans un milieu donné, une enquête rapide doit remonter à l'origine, toujours animale dans l'immense majorité des cas, de l'infection. C'est alors que tous les sujets sains, susceptibles d'être contaminés, seront soumis

à la vaccination préventive. Nicole et Conseil (1920), Burnet (1925), Sollier et Dubois (1929) ont établi les indications, l'innocuité, fixé la technique et rendu compte de l'efficacité de cette méthode. Le nombre des sujets vaccinés, vivant dans des milieux particulièrement infectés, et restés indemnes est très important. Nous empruntons à Dubois et Sollier l'exposé de leur technique que nous préconisons :

Le vaccin polyvalent contient trois souches de brucella tuées. Trois injections sous-cutanées de 1/2, 1, 2 c. c. sont faites à six, à douze jours d'intervalle. L'immunité est créée en trois ou quatre semaines et dure certainement plus de deux à trois ans.

En s'assurant (par intradermo de mélitine) que les sujets avant la vaccination ne sont pas allergiques, les réactions brutales (fébriles) qui pourraient suivre la vaccination ont été évitées par nous.

Dépistage, prémunition, vaccination : ce sont à notre avis les trois armes offensives à mettre en œuvre dans la lutte contre les brucellloses humaines et animales. Elles seront d'autant plus efficaces qu'elles seront employées plus largement, plus énergiquement, sans délai, aussi près que possible de l'invasion d'un cheptel ou d'une agglomération humaine par l'infection.

Nous insistons ensuite sur le traitement précoce et énergique des malades humains, qu'il faut soustraire aux surinfections, mettre dans des conditions hygiéniques les plus parfaites possible, et, tant que reste inconnu le traitement spécifique, instituer à notre avis le traitement par séries de vaccinations curatives para-spécifiques (Parondutine).

Tenons-nous maintenant pour valeurs négligeables tout l'ensemble des mesures, prescriptions, lois, décrets, règlements, conseils, répandus par publications, affiches ou conférences ? Certainement non. *Mais nous estimons qu'il faut avant tout agir, et ne se fier qu'ensuite aux écrits et aux paroles*, même officielles.

Prescriptions administratives, déclarations obligatoires, arrêtés de placement sous surveillance du bétail, des locaux, des pâturages, isolement des bêtes malades, interdiction des ventes et des transhumences, interdiction de transport des fumiers, prescription de stérilisation ou de pasteurisation du lait, interdiction de vente des fromages de lait cru, certificats divers, stérilisation des locaux, destruction des avortons et des délivres, protection des places publiques, sources, lavoirs : excellente littérature, nourrie de bonnes intentions, mais qui est peu goûtée par nos paysans, rebelles à la contrainte ; ordonnances dont les buts pratiques ne peuvent être atteints qu'à grands frais et à longue échéance. Dans un canton de nos montagnes, maladroitement harcelés par les gendarmes, les éleveurs en arrivent à cacher les malades, bêtes et gens, et à ne plus appeler ni médecin ni vétérinaire de peur de représailles. Au contraire une active collaboration uniquement médicale et vétérinaire, les conseils donnés d'homme à homme, *les exemples d'essais heureux de prémunition de vaccination, de traitement*, viennent très rapidement à bout de la méfiance naturelle à nos populations rurales.

Au cours des années 1934-35, aidés de la précieuse collaboration de nos amis Vidal, Perés et Colancon, nous avons pu pratiquer plus de 500 examens de laboratoires et 350 vaccinations. Nous donnions en même temps quelques conseils fort simples (faire bouillir le lait, ne jamais toucher à la femelle qui avorte, veiller aux écorchures des mains) et notre travail n'a pas été fait en vain puisqu'un important foyer d'épizootie (80 % d'avortement des brebis, 7 cas humains dans une seule commune) s'est éteint en six mois.

Il est vrai que notre Centre de Joyeuse nous avait permis la collection des observations, la rapidité des épreuves de laboratoires, la constitution de stocks de vaccins ; nous tenions, en outre, bureau de renseignement ouvert aux maires et aux éleveurs.

Aussi croyons-nus que pour l'application exacte des techniques de prophylaxie que nous croyons devoir préconiser ainsi que nous l'avons fait, et pour le contrôle des résultats, la création, dans les hôpitaux cantonaux qui existent à peu près partout, de centres de prophylaxie, s'impose, là où l'on observe l'éclosion et la propagation de foyers de brucellose humaine ou animale. Certes, nous sommes loin de tout connaître des brucelloses et de leur génie épidémique. Mais les acquisitions nouvelles et utiles ne peuvent être faites que sur le terrain ; c'est ainsi que nous avons posé le problème et peut-être nous sommes-nous approchés de sa solution.

Complications osseuses et articulaires de la mélitococcie

Par **Jean CALVET**

Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté

Les complications osseuses et articulaires de la fièvre de Malte sont connues de longue date. Ostéalgies, arthralgies participent avec fréquence au tableau clinique de cette fièvre algo-sudorale puisqu'on les retrouve dans presque toutes les observations. Mais plus intéressants, comme d'ailleurs plus rares, sont les cas où, par sa prépondérance, la note osseuse ou articulaire devient la dominante du complexe clinique, soulevant quelques débats de diagnostic et parfois même un problème thérapeutique.

Ostéites, arthrites, spondylites, telles sont les trois éventualités qui méritent qu'on s'y attache quelque peu. D'un terme à l'autre d'ailleurs il y a peu de distance et l'on peut voir se suivre ou se succéder ces différentes complications chez le même malade.

Les ostéites mélitococciques isolées se rencontrent avec moins de fréquence que les arthrites. Cependant on doit en noter l'existence possible au niveau des côtes, du sternum, du fémur ou du tibia, du crâne (Brault), de certains osselets du carpe ou du tarse. Brun et Burnet, Capellini, Gardner et Girdlestone ont rapporté quelques exemples typiques d'ostéite costale, sternale, tibiale. Une lunarite mélitococcique a été vue par Botreau-Roussel. La date d'apparition de ces ostéites est assez variable. Au décours de l'atteinte mélitococcique le plus souvent, mais aussi après qu'avait cédé depuis longtemps la période fébrile, ou encore comme premier symptôme de l'infection. L'observation résumée d'Hamant et Rothan est assez caractéristique :

Un homme fit à l'âge de seize ans un épisode fébrile, accompagné d'arthralgies, que l'on étiqueta typhoïde. Six ans après une poussée fébrile similaire se compliqua d'une orchi-épididymite fistulisée. Enfin six mois après apparut sous le sein gauche une tuméfaction progressivement accrue, violacée, légèrement douloureuse qui évolua comme un abcès ossifluent d'ostéite chronique. Le liquide grumeleux, retiré par ponction, permit un séro-diagnostic positif au 1/400ᵉ au mélitocoque.

Ainsi put être posé le diagnostic d'ostéite costale à mélitocoques et attribuée à sa véritable cause, la manifestation thermique initiale de l'atteinte. C'est le plus souvent à l'examen paraclinique que l'on a demandé le diagnostic exact dans les quelques observations publiées à ce jour. C'est qu'en effet le tableau symptomatique manque de contours bien nets. L'ostéite évolue en général de façon subaiguë imitant tantôt l'ostéite typhique, tantôt l'ostéite tuberculeuse. Cependant il est rare qu'elle donne lieu à fistule, et le plus souvent sa terminaison naturelle est la guérison sans séquelles. On peut rencontrer leur association avec d'autres ostéites (Brault), ou avec une arthrite (Gardner et Girdlestone).

La fréquence des *arthrites* est tout autre. Si les arthralgies, comme l'avait bien montré Cantaloube, se rencontrent dans presque tous les cas, l'atteinte articulaire précise, bien indivi-

dualisée, est plus rare. C'est ainsi qu'Hardy sur une série de 375 cas ne trouve que 32 % d'arthropathies avec un seul cas d'hydarthrose, et une seule observation de forme pseudo-ostéomyélitique, d'ailleurs opérée. Simpson donne les mêmes chiffres. Dans leurs études expérimentales Zdrodowski ou Burnet obtiennent des arthralgies chez 17,5 % des cobayes inoculés, mais l'atteinte articulaire avec épanchement est rare. Ce sont celles qui méritent d'y insister, les autres n'ayant d'intérêt que comme participation au syndrome algique de l'affection.

Les articulations atteintes avec élection sont nombreuses. Les grosses articulations sont cependant particulièrement mordues par le mélitocoque. La hanche vient en premier lieu si l'on en juge par l'excellente étude de Broustet et Caussain, et la thèse de ce dernier. Puis vient la sacro-iliaque, siège le plus habituel des arthralgies (Cantaloube), plus rarement atteinte d'arthrite vraie (obs. de Botreau-Roussel et d'Huard; de Rimbaud Lonjon et Anselme Martin). Le coude (Gallerani et Perricone), le genou (Girard et Marchal, Massabuau, Soulas et Guibal), les épaules (Roger et Mme Martin), les petites articulations du carpe ou du tarse, ont été également touchées dans quelques cas plus rares.

L'anatomie pathologique de ces lésions se montre également polymorphe et diverse. La forme hydarthrosique serait une des plus communes. C'est celle que l'on trouve chez l'animal après inoculation du micrococque (Zdrodowski et Brenn). Baker en décrit un cas qui revenait à intervalles réguliers dix-sept ans après la fièvre de Malte. La forme mono-articulaire, pseudo-phlegmoneuse se rencontre aussi avec une fréquence moindre (Roger, Rocher). L'arthrite suppurée est beaucoup plus rare (O'Donoghue, Roger Narek). Mais la plus intéressante par les diagnostics qu'elle pose, est la forme chronique. Elle se comporte anatomiquement comme l'ostéo-arthrite tuberculeuse correspondante, évoluant soit comme une carie sèche, soit avec production d'abcès révélateurs. Ces abcès siègent aux mêmes endroits d'élection : abcès fessiers dans une forme sacro-iliaque (Botreau-Roussel), crural dans une forme coxo-fémorale (Duperrié, Dervillée et Dutrénit), antibrachial dans une atteinte du coude (Gallerani et Perricone). Il est rare cependant qu'ils se fistulisent.

La date d'apparition de ces arthrites n'est pas univoque. Si le plus souvent leur début coïncide avec la période d'infection des premières semaines de la maladie, il n'est pas rare d'en voir se manifester lors de la défervescence, ou même lors de la convalescence, alors que s'éloigne déjà et s'efface peut-être la notion d'hyperthermie si utile au diagnostic. Il est peu fréquent cependant que l'atteinte articulaire soit le premier signe de l'affection (obs. de Gonzalez Aguilar).

Le début, parfois brutal, se montre volontiers moins tranché. Très souvent la prise d'une articulation de manière profonde s'est vue précédée d'un syndrome douloureux polyarticulaire de courte durée. Une articulation reste atteinte plus intimement. Ses possibilités d'évolution sont deux : ou bien, très rapidement l'atteinte aiguë se résout, ou, plus souvent, la marche du processus prend un rythme lent, progressif, et de nombreuses semaines ou mêmes de nombreux mois s'écoulent sans modification appréciable. Cette évolution lente, à distance des phénomènes initiaux est fréquente (Broustet et Caussain).

Aucun signe clinique qui ne soit d'une extrême banalité : douleur, attitude vicieuse habituelle à l'article, contracture de vigilance, limitation des mouvements. Le cliché radiographique lui-même n'est pas plus spécifique : images de décalcification dans certaines observations, ostéite condensante, ou même ostéite et périostite hyperostosante dans d'autres, ménageant cependant assez bien l'interligne. L'apparition d'abcès permet d'en retirer un liquide séro-sanguinolent plus que purulent, contenant globules rouges altérés et polynucléaires, sans critère histologique.

L'observation récente de Gallerani et Perricone est démonstrative de ces formes :

Après une période de fièvre de quinze jours un enfant de onze ans fit une arthrite du coude droit. A ce moment reprise de l'infection avec périodes fébriles modérées séparées par des intervalles apyrétiques de cinq à six jours. Au bout de trois mois, les signes généraux ont disparu, mais le coude demeure le siège d'un empâtement fusiforme, ses mouvements sont limités. La radiographie met en évidence une décalcification de l'humérus et du cubitus, avec un pincement de l'interligne, et une prolifération sous-périostée remontant haut sur la diaphyse humérale. La guérison longue à obtenir, se fit sans séquelles. Cependant la ponction avait montré l'existence de quelques centimètres cubes de liquide séro-hématique fibrineux dans l'article.

L'évolution de ces arthrites avec ou sans épanchement peut être très longue (Caussain, Mme Martin) mais elle est toujours ou presque, favorable. Ce caractère est tout à fait particulier à l'atteinte mélitococcique. Des formes en apparence très sombres, ankylosantes (Roger) se terminent cependant en restituant à l'article son jeu primitif, son amplitude normale, sans qu'il soit diminué par les séquelles communes aux autres arthrites. Seuls Cantaloube et O'Donoghue ont vu l'ankylose se produire après une forme suppurée, mais dans le dernier cas il y avait eu manœuvres opératoires dans l'articulation. Or il est très rare que celles-ci soient efficaces ou même seulement indiquées.

Les spondylites mélitococciques, terme de transition entre les deux formes précédentes, sont bien connues depuis les travaux de Roger et la thèse de Mme Martin. De nombreux cas en ont été publiés depuis (citons ainsi Cano, Gimena, Mena, Guibal, etc.). L'atteinte lombaire élective est la règle (Roger), mais aussi les localisations possibles à d'autres niveaux : cervicale (Carnelli) par exemple. Au point de vue anatomique il s'agit en général de formes frustes, diffuses, étagées sur plusieurs vertèbres, ne suppurant pas sauf cas exceptionnel (Trotta et Cantieri). Apparaissant à un moment variable de l'affection, elles empruntent le masque d'un syndrome vertébral très douloureux (douleurs spontanées et provoquées y sont facilement mises en évidence), avec contracture de vigilance d'où rigidité segmentaire prononcée. Il peut s'y surajouter des signes d'irritation du système nerveux, qu'il s'agisse d'irritation funiculaire ou d'excitation pyramidale. La radiographie précise l'atteinte corporéale de l'affection qui atteint peu les disques. L'évolution de ces spondylites est favorable, mais demande souvent de longs mois pour se produire.

Le polymorphisme de ces divers modes de l'atteinte osseuse ou articulaire est tel qu'on ne saurait envisager le diagnostic différentiel sans faire une revue de la pathologie générale du squelette. Les diagnostics erronés les plus fréquents ont mis en cause, soit le bacille typhique soit le bacille de Koch.

Dans tous les cas le diagnostic fut fait par le laboratoire. Un premier procédé utilisable consiste à examiner le liquide retiré par ponction. Gilmour et Kennedy, en 1907, avaient retrouvé le micrococcus dans le liquide séreux d'une ponction articulaire. Burnet en 1922 a pu ensemencer le liquide des arthrites expérimentales et y a constaté la présence abondante de mélitocoques. Dans certaines observations l'examen direct suffit au diagnostic (Gardner et Girdlestone ont vu chez le même malade, le mélitocoque dans un abcès costal et un abcès tibial, alors que l'arthrite qu'ils ponctionnaient semblait n'en pas contenir). Un moyen préférable, consiste à rechercher le séro-diagnostic au mélitocoque dans le liquide de ponction. Il s'y montre le plus souvent positif au 1/300e ou au 1/400e. On peut encore utiliser l'hémoculture dans les cas d'arthrite survenant au moment des poussées fébriles les plus violentes. Enfin quelques auteurs attribuent à l'épreuve du traitement par la mélitine une spécificité qui aiderait au diagnostic (Carnelli).

Mais on ne doit pas mésestimer l'interrogatoire minutieux du sujet. L'enquête sur ses habitudes alimentaires, ses antécédents cycliques d'hyperthermie ou d'hyperalgie ont permis dans certains cas de poser un diagnostic correct. Leur rareté n'est donc pas un obstacle suffisant pour qu'on n'en soulève pas la possibilité.

Le traitement est d'une grande facilité. L'immobilisation

simple, rarement plâtrée, aidée de quelques ponctions, suffit en général à l'obtention d'heureux résultats.

BIBLIOGRAPHIE

BABER. — Trans. Améric. Phys. Assoc., 1928, t. XLIII.

BOTREAU-ROUSSEL et HUARD. — Arthrite sacro-iliaque mélitococcique avec abcès fessiers. *Soc. Nationale de Chir.*, n° 32, 12 décembre 1931.

BOTREAU-ROUSSEL et HUARD. — Lunarite mélitococcique. Soc. Nationale de Chir., 25 novembre 1931.

BRAULT. — Fièvre de Malte avec ostéite fémur, tibia et crâne. *Gazette des Hôpitaux*, 25 août 1910.

BROUSTET et CAUSSAIN. — L'ostéo-arthrite mélitococcique de la hanche. *J. de Bordeaux*, an CXI, n° 9, 30 mars 1934.

BURNET et BRUN. — Ostéite mélitococcique. *Bulletin Soc. Nat. de Chirurgie*, mars 1924.

CANO. — Spondylite mélitococcique. *La Medicina Ibera*, t. XXVIII, n° 856, avril 1934.

CANTALOUBE. — Une épidémie de fièvre de Malte en France, Maloine, 1911.

CAPELLINI. — Ostéite costale à mélitocoques. *Minerva Medica*, 1926.

CARNELLI. — Spondylite cervicale mélitococcique. *Notiziario di diagnostica e terapia*, an 8, n° 11, novembre 1934.

CAUSSAIN. — Thèse Bordeaux, 1933-34.

DUPÉRIÉ, DERVILLÉE, DUTRÉNIT. — Mélitococcie avec arthrite coxo-fémorale. *J. de Méd. de Bordeaux*, an 112, n° 18, juin 1935.

GALLERANI et PERRICONE. — Arthrites dues à la mélitococcose chez l'enfant. *La Chir. degli organi di movimento*, vol. XVIII, fasc. 4, octobre 1933.

GARDNER, GIRDLESTONE, GILLESPIE. — Un cas d'abcès osseux à mélitocoques. *British Medical Journal*, n° 3.731, 9 juillet 1932.

GAUTIER. — Spondylite mélitococcique. *Lyon Médical*, an 67, n° 9, mars 1935.

GIMENA. — Syndrome vertébral mélitococcique. *La Medicina Ibera*, t. XXVIII, vol. I, n° 862, 26 mai 1934.

GIRARD et MARCHAL. — Un cas d'abcès osseux à mélitocoques. *Revue Médicale de l'Est*, 1933.

GONZALEZ AGUILAR. — Pseudo-coxalgie méditerranéenne. *Archiv. de Méd. Cir y especialides*, 11 juin 1927.

GUIBAL et MAS. — Spondylite mélitococcique ou Pott. *Presse Médicale*, an 42, n° 90, 10 novembre 1934.

HAMANT et ROTHAN. — Ostéite mélitococcique. *Revue Médicale de l'Est*, 1933.

HARDY. — National Institute of Health. U. S. Treas Dep., *Bull.*, n° 58.

MARTIN (Madame). — Thèse Paris, 1926. Les spondylites mélitococciques.

MASSABUAU, SOULAS, GUIBAL. — Arthrite du genou mélitococcique simulant l'ostéomyélite. *Archives Soc. Méd. et Biol. Montpellier*, septembre 1929.

MENA. — Spondylite mélitococcique. *Archiv. d. mal. cir y especialid*, t. XXXVII, 20 janvier 1934.

O'DONOGHUE. — Septic arthritis in the hip caused by the brucella mélitensis. *J. of Bone and Joint Surgery*, vol. XV, avril 1933.

RIMBAUD, LONJON, Anselme MARTIN. — Arhtrite sacro-iliaque mélitococcique. *Archives de la Soc. des Sciences de Montpellier*, an XIV, fasc. 8, août 1933.

ROGER. — Les spondylites mélitococciques. *Presse Médicale*, mai 1926.

SIMPSON W. M. — *Ann. of int. Med.*, 1930, t. IV, pag. 238.

TROTTA et CANTIERI. — Suppuration simulant abcès du Pott. *Wien. Klin. Wochensch.*, t. XXVI, 1913.

ZDRODOWSKI et BRENN. — *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1930, t. XLV.

Le génie, par ses antécédents, sa familiarité, ses associations morbides, ses intuitions affectives, ses généralisations passionnelles, sa progressivité, son inadaptabilité sociale, appartient à la grande famille des dysgénésies constitutionnelles où il représente suivant le calcul des probabilités, l'infime exception favorable. (Maurice DIDE. Mém. de l'Acad. des Sc. Inscript. et Belles-Lettres de Toulouse, t. XIV, 1936.)

Le potache est moins protégé que l'apprenti. (R. VERCEL. Sur le surmenage scolaire.)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Bactériologie

L'examen objectif des faits, concernant les éléments filtrables tuberculeux, permet de dégager les conclusions suivantes :

1° Il paraît bien établi que le virus tuberculeux ne se présente pas nécessairement et exclusivement sous la forme bacillaire normale. L'examen des produits pathologiques peut montrer des formes extrêmement courtes, réduites parfois à de simples granulations.

2° Les preuves expérimentales manquent à l'appui de la conception selon laquelle le virus tuberculeux parcourt un cycle évolutif défini, la multiplication du bacille comportant, en un premier stade, son morcellement en une poussière d'éléments invisibles, filtrables et susceptibles de régénérer les formes bacillaires.

En effet, puisque ni l'examen microscopique, ni la culture ne peuvent la mettre en évidence, l'existence de l'ultravirus ne peut être présumée qu'en raison du pouvoir pathogène des fitrats. Or, celui-ci est des plus inconstants.

Les filtrats actifs semblent ne contenir qu'un nombre très restreint d'éléments tuberculeux. En effet les résultats positifs ne s'observent qu'après inoculation de doses relativement considérables de filtrats.

3° La rareté des éléments tuberculeux contenus dans les filtrats s'explique beaucoup mieux si l'on considère l'aptitude du virus tuberculeux à traverser les filtres comme accidentelle et non comme la propriété normale d'une forme définie de l'évolution du virus.

4° L'examen des lésions provoquées par l'inoculation de filtrats, même lorsqu'elles sont bénignes et localisées au système ganglionnaire, y révèle la présence des bacilles acido-résistants. Autrement dit, lorsque l'ultravirus manifeste son existence, on découvre le bacille. A cet égard encore l'hypothèse de l'existence de l'ultravirus est donc injustifiée.

5° L'existence d'un ultravirus tuberculeux n'étant pas prouvée, il convient de conserver leur caractère d'hypothèses aux conceptions relatives au rôle clinique de cet ultravirus. A ce sujet, il importe de faire remarquer que l'hypothèse de l'existence d'une pathologie propre à l'ultravirus et distincte de l'infection bacillaire suppose l'autonomie des deux formes, filtrable et bacillaire, du virus tuberculeux et semble donc incompatible avec la conception selon laquelle ces formes représenteraient deux stades de l'évolution du virus.

(Paul Bordet. Le problème des éléments filtrables du bacille tuberculeux. *Scalpel*, 25 juillet 1936.)

Clinique médicale

Au cours des pleurésies purulentes tuberculeuses il est dificile de poser une indication thérapeutique précise.

Aucun traitement, médical ou chirurgical, n'est exempt de critique.

Les résultats, obtenus dans une série de 9 cas, ont été les suivants :

Ponctions évacuatrices : 1 cas, une guérison.

Costotomie avec drainage : 4 cas, une guérison, une fistulisation pariétale, deux décès.

Thoracoplastie extrapleurale : 4 cas, deux succès, deux échecs.

(Louis Rousseau. Considérations sur le traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses. *Laval Médical*, avril 1936.)

Le cancer de l'estomac présente une première phase de latence, asymptomatique. Sa decouverte est alors une question de hasard, mais on peut aider le hasard en se rappelant quelques « principes de base ».

1° Quand il y a un doute entre le cancer et la syphilis, le doute est en faveur du cancer et il est préférable d'opérer sans perdre de temps à faire un traitement d'épreuve, trop souvent funeste.

2° Tout ulcère, qui ne donne aucune amélioration, devient immédiatement suspect.

3° Les tumeurs dites bénignes seront opérées sans retard ; on verra alors si elles sont aussi bénignes qu'on le croyait.

4° En cas de spasme gastrique, si on a le moindre doute, il est toujours préférable d'intervenir.

(Alejandro Casuso. Problemas actuales de medicina preventiva. Contribucion a la lucha contra el cancer del estomago. Principios fundamentales para su diagnostico precoz. *Revista de medicina y cirugia de la Habana*, 31 mai 1936.)

Clinique chirurgicale

La chirurgie des voies biliaires présente des indications d'urgence, qu'il est nécessaire de bien connaître.

1° Les cas aigus, comme les péritonites biliaires, les lésions traumatiques.

2° La présence de calculs dans la vésicule, alors que la lithiase n'est point encore compliquée.

3° L'infection des voies biliaires, quand on présume que cette infection est localisée à la vésicule et n'a point encore envahi les voies biliaires intrahépatiques.

4° L'ictère par occlusion mécanique, pour prévenir les répercussions sur le foie et l'organisme.

(Vittorio Puccinelli. Le indicazioni d'urgenza nella chirurgia delle vie biliari. *Medicina contemporanea*, février 1936.)

Oto-rhino-laryngologie

L'amygdalectomie ne met pas les opérés à l'abri des maladies infectieuses ; on a pu dire qu'il y a autant de maladies infectieuses chez les tonsillectomisés que chez ceux qui ont gardé leurs amygdales.

Les réinfections locales seraient plus rares, mais elles ont été signalées par différents auteurs tant sous forme d'amygdalite que sous forme d'un phlegmon périamygdalien.

Chez l'enfant la tonsillectomie est le plus souvent incomplète, dans les conditions où elle est effectuée, c'est-à-dire dans un minimum de temps, afin d'obtenir une anesthésie courte. Même, si l'intervention est complète, il peut se produire des infections locales, aux dépens d'une hyperplasie compensatrice du tissu lymphoïde du pharynx.

Chez l'adulte, où l'anesthésie locale est habituellement employée, on constate moins d'infection récidivante.

(L. Eloy. Mycose et phlegmon récidivant chez l'enfant après amygdalectomie. Irradiations. Guérison. *Bruxelles Médical*, 2 août 1936.)

Ophtalmologie

Une observation d'irido-cyclite avec hypertension, guérie après l'extraction d'une molaire, attire, une fois de plus, l'attention sur les relations pathologiques entre les appareils dentaire et oculaire.

Il semble donc indispensable pour l'oculiste de reconnaître si une dent extérieurement saine est atteinte de nécrobiose pulpaire. Le diagnostic est difficile. La coloration ardoisée de la dent est inconstante ; il n'y a pas de réaction à la percussion. Un signe plus important est l'absence de sensibilité à la chaleur et au froid. La nécrobiose est une affection muette, c'est une raison de plus pour toujours y penser.

(M. Marbaix. A propos d'un cas d'irido-cyclite avec hypertension. *Bruxelles Médical*, 2 août 1936.)

Thérapeutique

Le benzoate de soude est efficace dans l'ulcère gastro-duodénal (méthode de Bazzano).

On pratique de vingt à trente injections intraveineuses de 2 c. c. d'une solution à 25 %.

Le traitement est simple, pratique, sans inconvénients et d'une tolérance parfaite.

L'action serait due à une modification du chimisme gastrique.

L'auteur qui a employé ce traitement dans seize cas, est d'avis qu'il ne possède aucune efficacité.

(J.-J. Beretervide. D. Di Benedetto et D. Barrios. Tratamiento de la ulcera gastro-duodenal por medio del benzoato de soda endoveneso (metodo de Bazzano). *Prensa medica argentina*, 22 avril 1936.)

Le sulfate de magnésie utilisé à doses modérées (de 10 à 20 c. c. de solution à 10 % par voie intraveineuse) se montre capable d'opérer une sédation très marquée de la dyspnée d'un asthmatique, dont les crises se prolongent et ont résisté aux différents agents thérapeutiques employés.

Cette action sédative est passagère, mais il n'y a aucun inconvénient à répéter les injections.

(Hector J. Rosello et Juan C. Pla. Sulfato de magnesio en la crisis de asma. *Prensa medica argentina*, 15 juillet 1936.)

Aphorismes (Louis Casamajor, de New-York)

Quand un malade vous dit qu'il perd la mémoire, demandez lui : « Qu'est-ce que vous oubliez ? » S'il peut se rappeler ce qu'il oublie, vous avez affaire à un défaut d'attention et non à un défaut de mémoire.

Un examen neurologique n'est pas un moyen de diagnostic. C'est simplement une étude du fonctionnement du système nerveux. Vous diagnostiquez la localisation des lésions, mais non la maladie.

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er décembre 1936

De l'origine endocrinienne de l'hypertrophie prostatique. — ***M. B. Cunéo*** a montré que l'adénome prostatique, qui provoque l'oblitération du canal de l'urètre, résulte de la prolifération des glandes annexées à l'utricule prostatique.

On sait que l'appareil utriculaire représente le reliquat des deux canaux de Müller qui, au point de vue embryologique, sont d'origine femelle.

Le fait que l'hypertension de l'utricule et de ses annexes survient au déclin de la période d'activité génitale, porte à penser que cette hypertrophie est conditionnée par un déficit testiculaire.

La glande mâle, tant qu'elle fonctionne normalement exerce une action de chalone, c'est-à-dire empêchante, sur les reliquats femelles. Dès qu'elle devient déficiente, l'utricule se développe, écrase le canal de l'urètre et le prostatisme apparaît.

Cette conception se trouve vérifiée par les bons effets des préparations testiculaires douées d'un pouvoir chalonique élevé, chez les sujets atteints d'hypertrophie prostatique. La dysurie et la pollakiurie nocturne disparaissent ou s'atténuent, surtout au début de la maladie. L'auteur a même vu cesser la rétention complète dans quelques cas avancés. Au point de vue pratique, le traitement consiste à prendre par la bouche, le matin à jeun, une quantité d'extrait hydro-glycériné de testicule de taureau, dissous dans du sérum de même animal, correspondant à 0,50 de glande fraîche.

Vaccination au moyen des cultures pures « in vitro » du virus vaccinal. — ***MM. Harry Plotz*** et ***René Martin.*** — Depuis la découverte de Jenner, en 1798, le vaccin antivariolique a été obtenu par inoculation du virus vaccinal à des génisses. Le vaccin de génisse a été adopté par les pays civilisés du monde entier et la variole a presque disparu. Ce résultat est un des triomphes de la médecine préventive :

Le vaccin de génisse a toutefois un léger inconvénient inhérent à son mode de préparation : c'est de pouvoir renfermer des microbes secondaires. Le moyen idéal de produire le vaccin serait de le cultiver au laboratoire, à l'état de pureté absolue. Il semble, aujourd'hui, que de telles cultures sont réalisables et qu'elles peuvent être utilisées pour la vaccination de l'homme.

En 1922, ***M. Plotz*** étudiait la culture *in vitro* du virus vaccinal. Depuis cette époque, d'importants travaux du même ordre ont fait l'objet de diverses publications aux Etats-Unis et en Angleterre. Le virus de la vaccine, virus filtrable, se cultive *in vitro* en présence de cellules vivantes. Une série de

nombreuses cultures a été effectuée a l'heure actuelle, et une centaine d'enfants ont été vaccinés avec ces cultures. La réaction vaccinale chez l'enfant est très faible et la cicatrice qui en résulte des plus minimes.

Contribution à l'étude d'un mécanisme suivant lequel les gaz de guerre dits « suffocants » agissent sur le tissu pulmonaire pour provoquer l'œdème aigu du poumon. — *M. Kling* démontre par un enchaînement d'études que c'est la combinaison des gaz suffocants avec le cholestérol contenu dans les lipoïdes du poumon qui provoque une viciation du fonctionnement cellulaire du parenchyme pulmonaire.

Ces résultats sont très importants, attendu qu'ils pourront avoir des conséquences au point de vue protection et au point de vue thérapeutique à appliquer aux gazés-suffoqués.

La manœuvre inspiratoire dans les méthodes Holger Nielsen et Schæfer-Héderer. — *M. Charles Héderer.*

L'élimination urinaire physiologique du brome de l'organisme humain. — *Mlle Chatagnon.*

La poliomyélite aiguë à Paris au cours des trois dernières années. — *MM. Tanon* et *Albert Besson*.

Election de deux associés étrangers. — *Classement des candidats.* — En première ligne : MM. MALVOZ, de Liege ; sir SAINT-CLAIR THOMSON, de Londres.

En seconde ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. BOVORIDGE, de Londres ; HILL, de Londres ; MAC FADYCAN, de Londres ; SALIMBONI, d'Acquapendente.

MM. MALVOZ et Sir SAINT-CLAIR THOMSON sont élus.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du mercredi 18 novembre 1936

Infarctus du grêle. — *M. Grégoire* apporte à nouveau des exemples d'apoplexies viscérales tardives guéries par l'adrénaline et contrôlées par l'acte opératoire. Dans deux des cas la douleur manquait au tableau clinique.

Anévrysme traumatique de la fémorale. — *M. Corachan* (Barcelone) présente un cas d'anévrysme de la fémorale secondaire à une blessure par éclat métallique. Il s'agit d'un anévrysme artériel traumatique. On fit une résection du sac, et une suture des deux bouts l'un à l'autre par la technique de Carrel. Le résultat fut remarquable.

Les tumeurs des os. — *M. Jeanneney* (Bordeaux) insiste sur l'existence de périodes de rémission dans l'évolution des tumeurs osseuses malignes. Les difficultés énormes d'interprétation de la radiographie lui paraissent importantes à rappeler. Et en particulier, il lui semble indispensable de pratiquer un examen radiologique en série dans tous les cas douteux.

Luxations congénitales de la hanche. — ***MM. Sorrel, Longuet*** et ***Guichard*** ont eu l'idée de tenter la réduction des luxations congenitales de la hanche par une traction au fil de Kirschner. Le résultat est obtenu facilement et il faut ensuite maintenir la réduction par un procédé habituel : butée ou plâtre. Cette thérapeutique par traction au fil est parfaitement supportée, malgré la nécessité d'employer de gros poids. Le même moyen de réduction a été employé par les auteurs pour le traitement des coxa vara avec épiphysiolyse (fil à travers le trochanter).

M. Boppe applique le fil de Kirschner depuis quatre ans à la réduction des luxations congénitales, à condition qu'elles soient jeunes et qu'elles ne soient pas en position postérieure. En effet dans ces cas l'abaissement est bien obtenu mais la tête se place simplement en regard du cotyle sans forcer l'isthme du sablier capsulaire. Au contraire dans les luxations pathologiques on obtient facilement et l'abaissement et la réduction vraies. Deutschlander, Bradford, Lowett font depuis très longtemps de ces réductions.

Fractures de l'humérus. — *M. Séjournet* emploie un appareil métallique léger qui assure une réduction excellente par traction et contre-extension élastique. Il présente deux beaux resultats avec une fonction du membre supérieur parfaitement conservée.

Séance du 25 novembre 1936

Humérus reconstitué par greffon osseux. — *M. Desplas*, par un très bel exemple de reconstitution diaphysaire de l'humérus, montre tout le parti que l'on peut tirer de l'enchevillement central par greffe. Il s'agissait d'un kyste osseux ayant déterminé une fracture spontanée de l'humérus.

M. Mathieu pense qu'en cas de kyste osseux même volumineux, il vaut mieux placer le greffon central à l'intérieur de la coque osseuse du kyste que de faire une résection.

M. Duval a observé une récidive de kyste osseux au niveau d'un greffon placé pour remplacer une diaphyse précédemment kystique.

M. Mouchet n'a vu qu'une fois la récidive d'un kyste osseux au même niveau.

M. Richard emploie le greffon central pour remplacer les diaphyses, après résection pour ostéomyélite n'ayant pas obtenu la consolidation osseuse.

M. Leveuf insiste sur la résorption rapide des greffons placés dans la cavité médullaire. Ces greffons se tunnellisent, reconstituant une nouvelle cavité médullaire.

Introduction de substances radio-actives dans l'organisme. — *M. Béclère* apporte le résultat des travaux d'une Commission de l'Académie sur la persistance des corps radio-actifs dans l'organisme où ils ont eté introduits.

Quelle que soit la méthode d'introduction de ces substances dans l'organisme, elles s'y fixent, et elles détruisent secondairement les cellules soumises à leur désintégration. D'où anémie progressive avec leucopénie, accidents nécrotiques osseux, ostéites à évolution lente, peut-être même néoplasies osseuses. Depuis l'emploi thérapeutique ou diagnostique des substances radio-actives, des accidents à longue échéance ont été rencontrés ou prouvés expérimentalement. Il importe de signaler aux médecins les très grands dangers de l'emploi de ces substances d'une façon quelconque.

L'Académie de Chirurgie adopte les conclusions de ce rapport.

Luxations irréductibles ou incoercibles de la hanche. — *M. Leveuf* présente plusieurs exemples de luxations réduites par voie sanglante. Il s'agit de luxations qui se sont montrées irréductibles après une ou plusieurs tentatives. Les obstacles s'opposant à la réduction sont soit capsulaires, soit dépendants de la rétraction des parties molles (luxations hautes et postérieures surtout). La reposition sanglante permet seule de lever ces obstacles parmi lesquels l'isthme capsulaire est le principal. Les échecs post-opératoires s'expliquent soit par l'aplasie du toit cotyloïdien, soit par l'antéversion exagérée du col fémoral. Cette antéversion semble à l'auteur l'agent essentiel des récidives.

Pour faire un diagnostic précis des déformations *M. Leveuf* propose l'arthrographie qui met en évidence les adhérences et la forme de la capsule. La technique opératoire exposée par l'auteur permet un abord direct du néo-cotyle et une exposition parfaite de l'ancien cotyle normal. L'intervention est toujours terminée par une butée sus-cotyloïdienne.

M. Mathieu insiste aussi sur la nécessité de couper le psoas pour voir le cotyle.

Appendicite à chaud. — *M. Yves Delagenière* (Le Mans) apporte une série intégrale de 618 interventions « à chaud » pour appendicite aiguë, avec seulement seize morts dont aucun ne dépend de l'acte chirurgical. Le non-parallélisme des lésions et de l'horaire de l'affection doit être une fois de plus mis en lumière. Enfin il est nécessaire de graduer l'acte opératoire suivant les désordres rencontrés.

L'auteur proscrit absolument l'emploi du méchage.

Election de membres associés nationaux. — *MM. Delay* et *Fontaine* sont élus membres associés nationaux.

J. CALVET.



SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 novembre 1936

Hypertension artérielle paroxystique dans un cas de pouls lent permanent. — *M. Costedoat* rapporte l'histoire d'un malade qui, atteint depuis cinq ans d'une dissociation auriculo-ventriculaire complète parfaitement bien tolérée, fut pris subitement d'une crise d'hypertension artérielle paroxystique. Quelques minutes après le début de la crise, des douleurs angineuses apparurent et, fait particulier, le pouls s'accéléra alors que jusque-là la bradycardie s'était toujours maintenue très stable. L'accès dura un peu plus d'une demi-heure et fut suivi d'un retour à l'état antérieur.

Le mécanisme de cette tachycardie relative doit être rapporté dans ce cas à une augmentation de la pression sanguine à l'intérieur des ventricules, par analogie avec les résultats que l'on obtient chez l'animal lorsque, après avoir supprimé les relations fonctionnelles entre-oreillettes et ventricules, on augmente la pression intraventriculaire, soit en pinçant l'aorte, soit en injectant de l'adrénaline.

Un nouveau cas d'acido-cétose salicylée. — *MM. H. Bénard, F. P. Merklen* et *R. Fasquelle* ont observé un nouveau cas d'acidose apparue au cours d'un traitement par le salicylate de soude malgré l'administration de doses égales de bicarbonate. Cette acidose s'accompagnait d'altérations nettes du fonctionnement hépatique et rénal, décelées en particulier par l'étude de la galactosurie provoquée, les rapports azoturique et azotémique, l'augmentation du temps de saignement, une légère albuminurie, un abaissement de l'élimination de la phénolsulfonephtaléine; il s'agissait indiscutablement d'une acido-cétose avec abondante excrétion de corps cétoniques par l'urine et élévation considérable du chiffre des corps cétoniques du sang.

L'acido cétose et les perturbations fonctionnelles hépatiques et rénales disparurent rapidement avec la suppression de la médication salicylée et l'administration de fortes doses de bicarbonate de soude. Ultérieurement, l'association au salicylate d'une dose double de bicarbonate permit la reprise d'un traitement salicylé à assez fortes doses.

Cette nouvelle observation vient confirmer la possibilité d'accidents d'acido-cétose dus au salicylate de soude donné aux doses thérapeutiques courantes. Elles soulignent l'intérêt qu'il y a à savoir dépister à temps l'apparition de tels accidents, à ne pas les confondre avec une poussée de rhumatisme cérébral qui indiquerait un redoublement de la médication salicylée, à donner en même temps que le salicylate, quelle que soit sa voie d'administration, une dose suffisante de bicarbonate.

Cytostéatonécrose prémammaire et épiploïque. — *M. P. Nicaud* rappelle que ces lésions graisseuses déjà décrites par Lanz, Küttner, Lecène et Moulonguet sont caractérisées par un aspect de tache de bougie dû à la transformation des graisses neutres en acides gras.

Le premier stade est un stade de saponification progressive et s'accompagne de modifications cellulaires. Des cellules de type spongieux apparaissent sur la marge des cellules graisseuses ; ces cellules spongieuses augmentent de volume, prennent un type macrophagique et sont destinées à phagocyter les graisses modifiées.

Dans un second stade apparaissent les lésions d'organisation traduisant les réactions défensives contre les acides gras. Ce stade est caractérisé par l'apparition de volumineux macrophages et de cellules géantes, quelquefois énormes, véritables plasmodes multinucléés. Dans le protoplasma on peut reconnaître des gouttelettes graisseuses dispersées ou des cristaux d'acides gras. Plus tard encore apparaissent les fibroblastes et l'organisation fibreuses. Les nodules fibreux peuvent contenir des savons calcifiés.

Le processus de cytostéatonécrose peut se voir dans le tissu graisseux sous-cutané, la région mammaire et dans les replis épiploïques et succède toujours à un traumatisme qui provoque la rupture des cellules graisseuses et une effraction vasculaire. Les graisses issues des cellules rompues sont transformées par la lipase du sang en savons et en acides gras. Pour les replis épiploïques souvent pédiculés, l'ischémie peut provoquer l'autolyse des cellules graisseuses avec précipitation de lipase. Ces lésions ont pu être réalisées au point de vue expérimental par Farr.

La cytostéatonécrose sous-cutanée traumatique des nouveau-nés paraît beaucoup plus fréquente que celle de l'adulte.

Un nouveau cas de fièvre boutonneuse observé à Paris. — *MM. Georges Boudin* et *P. Rambert.*

Maladie éruptive à forme d'érythème papuleux. — *MM. Milian, Garnier* et *Grupper.*

Un cas de sprue. — *MM. L. Babonneix, M. Duvoir* et *L. Pollet* rapportent un cas de sprue qui, après l'échec des médications habituelles, guérit rapidement lorsqu'on eut mis le malade aux légumes et aux fruits frais. Ils avaient déjà essayé avec succès, dans un autre cas, cette technique que peut expliquer, soit une avitaminose indéterminée, soit plutôt la notion d'acidose. On sait, en effet, que dans la maladie cœliaque des nourrissons, si voisine de la sprue de l'adulte, et, comme elle, rebelle à toute thérapeutique, il existe une acidose nette, que combattent heureusement les fruits frais (oranges, citrons, raisins, framboises) et certains légumes (choux et choux-fleurs, épinards, tomates), cuits à l'étouffée, ou leurs jus crus.

Le diagnostic du kala-azar par la ponction ganglionnaire. — *MM. P. Giraud, Montus, Sardon* et *Gaubert* (de Marseille).

Dysostose cléido-cranienne avec malformations vertébrales multiples et troubles nerveux. Caractère familial des malformations. — *MM. P. Léchelle, A. Thévenard* et *H. Mignot* présentent un cas de maladie de *MM. Pierre Marie* et *P. Sainton* ; aux symptômes principaux de la dysostose cléido-cranienne héréditaire (aplasie de la partie moyenne de la clavicule ; retard à la suture des fontanelles entraînant un élargissement du diamètre transversal du crâne) s'associe toute une série de malformations déjà plusieurs fois signalées telles les malformations dentaires, la petitesse de la taille, la diminution des sinus de la face, la décalcification des os longs. Il n'existe pas dans la famille du malade d'autre cas de dysostose cleido-cranienne, mais son fils, âgé de 15 ans, est encore énurésique et présente un spina bifida sacré.

Ce qui est particulier au cas ici rapporté, c'est l'existence de dystrophies étagées tout le long du rachis (aspect bifide des apophyses épineuses, spina bifida de C^7 D^1, scoliose dorsale supérieure, spina de L^5, lombalisation de S^1) et d'autre part la constatation de symptômes nerveux (anesthésie en selle, énurésie, phénomènes de dérobement des jambes) qui permettent d'affirmer une atteinte médullaire et font craindre l'apparition d'une syringomyélie.

Michelle Zagdoun Valentin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 novembre 1936

Hémocrinothérapie dans les affections staphylococciques cutanées. — *M. Filderman* présente 108 observations d'affections staphylococciques cutanées (furonculoses, anthrax, etc.) au cours d'une période de 11 cas soumises à l'hémocrinothérapie. 83 malades ont guéri sans récidive, dix après récidive, six ont de récidives insignifiantes ne demandant pas de traitement. Cela fait. 93 bons cas et 6 relativement bons, sur 108. Des 9 cas restant, 3 seulement sont des échecs véritables. Les autres six malades avaient guéri mais ils ont récidivé et ont guéri par des traitements appliqués par d'autres médecins. La méthode de l'auteur présente l'avantage d'une action heu-

reuse sur de nombreuses affections associées, simultanément ou non, et dépendant d'un trouble endocrinien.

Note sur les indications thérapeutiques des ultra-violets. — *M. Lobligeois* insiste sur l'avantage peu connu de l'emploi des rayons ultra-violets en cas de dysménorrhée douloureuse. Il cite à ce sujet, toute une série de cas très encourageants.

Indications thérapeutiques dans les complications de l'avortement criminel ? et lors des perforations de l'utérus. — *M. Robert Kaufman* est d'avis qu'en matière d'avortement criminel, il faut tenir l'interrogatoire pour à peu près nul. Le curettage est une opération difficile et aveugle, qui a une indication formelle, mais absolument restreinte : la rétention de matières infectées, celui qui l'exécute hérite souvent d'une inoculation ou d'une perforation causées par les manœuvres antérieures.

Si les phénomènes infectieux ou péritonéaux se généralisent, il faut *toujours* ouvrir le ventre. Toute opération conservatrice sera drainée. Si l'on doit sacrifier l'utérus, rien ne draine si bien que l'histérectomie totale.

Mission au Brésil. — *M. G. Luys* rend compte d'une mission dont il a été chargé dans ce pays en septembre dernier. Il fit des conférences à l'Académie de médecine, à la Société d'urologie brésilienne et à la Société de médecine ainsi que des séances opératoires dans divers hôpitaux. Partout il reçut l'accueil le plus flatteur et le plus chaleureux et il recueillit ainsi un faisceau de faits scientifiques des plus intéressants qu'il expose à la Société de médecine de Paris.

Contribution expérimentale à l'étude de quelques propriétés pharmaco-dynamiques du totum glycosidique de digitalis lanata. — *MM. Tison* et *A. Dugay* étudient quelques propriétés pharmaco-dynamiques de la nouvelle digitale : Digitalis Lanata Ehr. Après avoir rappelé dans un bref préambule l'historique de l'introduction en France de cette nouvelle plante par le Professeur Perrot en 1930, ils passent plus spécialement à l'étude du totum glycosidique de la plante. Ils déterminent chez le cobaye la dose léthale du totum lui-même et de ses six composants. L'auteur étudie ensuite l'action du produit aux doses subléthales et enfin aux doses thérapeutiques (1/4 de milligrammes par kilog). Puis vient une étude chez le lapin. Les injections faites chez cet animal par voie intraveineuse sont très bien tolérées. La dose de 0,0003 par kilogramme est continuée pendant trente jours consécutifs chez un lapin qui ne présente aucun trouble ni général ni local. Enfin toujours chez le lapin, l'auteur étudie l'action immédiate du produit par voie intraveineuse, à la dose de 0,00028 par kilogramme. Il enregistre les modifications du rythme cardiaque consécutives à l'introduction du médicament. En conclusion l'auteur souligne les propriétés suivantes qui ont été mises en évidence au cours de son travail : *a)* toxicité relativement élevée ; *b)* inocuité remarquable aux doses thérapeutiques ; *c)* élimination parfaite sans accumulation ; *d)* aucune action sclérosante locale sur les parois vasculaires ; *e)* action cardiotonique remarquable rapide intense cyclique et sans aucune séquelle pathologique.

G. LUQUET

Echos et Glanures

Pas de privilège pour les vieillards de l'Institut. — *Sous ce titre, M. Paul Rivet, professeur au Muséum, publie dans* LA LUMIÈRE (21 novembre 1936) *l'article suivant* :

Un règlement d'administration publique a fixé l'âge de la mise à la retraite des fonctionnaires des divers services de l'Etat. Le document est entièrement inspiré par le désir, par la volonté de rajeunir les cadres de notre Administration, et d'en ouvrir plus largement et plus rapidement les portes aux nouvelles générations.

Il correspond donc bien à l'une des revendications incluses dans le programme du Rassemblement populaire. On peut certes critiquer ce document dans le détail, soutenir que telle catégorie de fonctionnaires semble avoir été trop avantagée et que telle autre apparaît comme un peu sacrifiée, suivant que l'on appartient à l'une ou à l'autre. Ceci est naturel et humain. De tous temps, les hommes ont désiré que les sacrifices que réclame la justice sociale fussent supportés plutôt par leurs voisins que par eux-mêmes.

Mais il était une question sur laquelle tout le monde était d'accord : j'entends la suppression du privilège qui accordait aux membres de l'Institut une prorogation de cinq ans, par rapport à leurs collègues qui n'avaient pas pu ou qui n'avaient pas voulu être admis au sein de la docte confrérie. Contre ce privilège les arguments ne manquaient pas. Tout d'abord, l'Institut est-il le résultat d'une véritable sélection ? Je n'aurai pas la cruauté de prendre comme exemple l'Académie française, au lendemain d'un vote qui a scandalisé le monde des lettrés et des amis des lettres. Aussi bien sommes-nous habitués depuis longtemps à ne plus voir dans l'Académie française qu'un salon qui n'a que des liens lointains avec le vrai monde littéraire.

L'Académie des Beaux-Arts n'est guère plus représentative du mouvement artistique de notre époque. Plus discrète, plus ignorée du grand public, l'Académie des sciences morales et politiques a attiré maintes fois cependant l'attention par des choix qui paraissaient plus politiques que moraux.

Restent l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres et l'Académie des sciences. Il est juste de reconnaître que ces corps comptent une majorité d'hommes éminents dans leurs spécialités, de savants qui honorent le pays. Mais combien d'hommes illustres n'ont pas reçu la consécration de leur talent, de leurs découvertes ou ne l'ont reçu que tardivement, après avoir subi l'humiliation de candidatures multiples.

La cause est entendue ; l'Institut, même dans ses meilleures classes, ne représente qu'une sélection incomplète du monde qui invente, produit et pense.

Mais même si, en proclamant ce que je crois être la vérité, je me trompais, cela justifierait-il le privilège d'âge dont l'Institut a bénéficié si longtemps ? Le fait d'appartenir à la noble compagnie est-il une garantie contre les effets de la vieillesse, la verdeur des broderies assure-t-elle la verdeur physique et intellectuelle. Hélas ! le génie ni le talent ne mettent à l'abri de la déchéance.

Cependant, depuis que le règlement d'administration publique a été publié, une campagne de plus en plus pressante, remarqua-

blement orchestrée, se manifeste en faveur du rétablissement du privilège justement aboli.

Certes, les animateurs de cette campagne ne sont pas assez maladroits pour présenter leur réclamation sous une forme brutale. Ils ont dressé des listes d'hommes éminents ou connus, touchés par la retraite, et essaient d'effrayer les pouvoirs publics par l'appauvrissement qui résultera de leur disparition, et par un singulier hasard, ces listes ne comptent que des membres de l'Institut. On choisit les exemples avec soin ; on déclare que maints savants fameux seront réduits à l'inaction alors qu'ils sont encore en pleine production, comme si ces hommes ne pouvaient plus du seul fait qu'ils sont mis à la retraite, continuer leurs recherches ou leurs observations. On s'apitoie sur la modicité des retraites qui leur seront allouées, comme si, depuis qu'elle est créée, la Caisse de la recherche scientifique ne s'était pas ingéniée à compléter le traitement des retraités encore en état de travailler utilement.

Et nous voyons reparaître le vieil argument que l'on a toujours opposé aux impatiences des jeunes : l'impossibilité de trouver des remplaçants de la qualité des hommes qui partiront. Au risque de paraître brutal, voire injuste, je n'hésite pas à dire que lorsqu'un savant arrive à la fin de sa carrière sans avoir près de lui l'élève qui peut continuer son œuvre, c'est qu'il a failli à la tâche essentielle de sa charge, qui est d'assurer précisément sa succession, et si, pendant sa vie active, il n'a pas su découvrir ou former le disciple digne de le remplacer, qui peut soutenir de bonne foi qu'il le trouvera pendant les quelques années de « rabiot » qu'on réclame pour lui ?

On objecte que la guerre a fait de terribles ravages dans les rangs des jeunes intellectuels qui pourraient aujourd'hui devenir des maîtres. Mais comment se fait-il que dans certaines disciplines il y ait pléthore de candidats, alors que dans d'autres il y aurait une carence complète ? Est-ce que les balles allemandes auraient de préférences frappé les sociologues plutôt que les mathématiciens, les physiciens plutôt que les chimistes ?

Enfin, on signale que telle science a actuellement à sa tête un homme de génie et on déplore qu'il soit impossible de lui trouver un successeur à sa taille.

Mais n'en sera-t-il pas de même dans deux, trois, quatre ou cinq ans ? Le génie n'est pas monnaie courante et nous savons par expérience que les hommes qui se succèdent dans une chaire n'ont ni la même puissance, ni le même rayonnement. En France, comme partout ailleurs, les progrès de la science sont fonctions de l'homme qui la représente pour un temps. Il y a des périodes éblouissantes pour chaque discipline et des périodes d'un éclat plus terne. C'est ce que Duclaux a admirablement exprimé lorsqu'il a écrit : « Le char du progrès a les roues carrées ». Il faut s'y résigner.

En réalité, ce que les promoteurs de la campagne que je dénonce veulent, c'est introduire dans un texte qui impose une règle commune des dérogations qui libéreraient quelques hommes de cette règle et il ne faut pas être grand prophète en prédisant que ces dérogations, si on avait la faiblesse de les accorder, et quelles que soient les garanties dont on s'entourerait pour les concéder, conduiraient fatalement et rapidement à rétablir le privilège condamné des membres de l'Institut.

Si, à l'usage, on s'aperçoit que le règlement, tel qu'il a été établi, malgré les mesures de transition actuellement admises, risque pour telle ou telle catégorie de fonctionnaires, de compromettre le recrutement ou de médiocriser l'ensemble de ce recrutement, qu'on modifie les dates de mise à la retraite pour tout le groupe pris en bloc, mais qu'on ne cherche pas, par l'éméritat par exemple, à atténuer pour certains une règle que l'on maintiendrait pour tous les autres.

En agissant ainsi, on enlèvrait tout son sens, toute sa portée à une décision qui, dans un bref délai, permettra de donner aux jeunes savants la possibilité de travailler d'une façon féconde en les soustrayant aux soucis les plus angoissants de la vie matérielle.

La vérole de Stendhal. — *On savait déjà par Stendhal lui-même ses rencontres avec Cullerier, le médecin de l'Hospice des Vénériens : « Je connaissais hélas ! beaucoup l'excellent Cullerier » (Souvenirs d'égotisme, Ed. du* DIVAN*, 1927, p. 160). Et la phrase ne laissait guère de doute sur les causes de cette connaissance.*

On est maintenant encore mieux fixé. M. Parturier, dans un article sur STENDHAL CHEZ LES MÉDECIN *(*L'ENTENTE MÉDICALE*, 20 novembre 1936), publie, emprunté aux* MÉLANGES INTIMES ET MARGINALIA*, qui viennent de paraître au* DIVAN*, une consultation de Richerand qui ne laisse aucun doute :*

« Les excroissances de la base du gland sont évidemment syphilitiques, et la fièvre et le malaise que le malade éprouve chaque soir sont aussi très probablement de même nature. Je pense qu'il faut commencer un traitement méthodique et d'abord faire successivement vingt-quatre frictions mercurielles de la manière suivante : y employer chaque soir un gros d'onguent napolitain double pour chacune des douze premières, et un gros et demi du même onguent pour chacune des douze suivantes. On fera la première sur la partie interne des jambes, depuis les chevilles jusqu'aux genoux, la seconde sur la partie interne des cuisses, depuis les genoux jusqu'aux aines. Le troisième jour, on prendra un bain chaud pour nettoyer la peau, puis on recommencera par les jambes, et ainsi de suite, interrompant les frictions chaque troisième jour pour prendre un bain. On boira chaque jour, s'il est possible, une pinte d'une forte décoction de racines de salsepareille. On prendra tous les matins à jeun deux pilules de Belloste. On se tiendra chaudement et l'on évitera surtout le froid des pieds, l'humidité et l'air frais de la nuit. On s'abstiendra, pendant la durée du traitement, de café, de liqueurs de vin pur et de femmes. On se lavera fréquemment la bouche avec de l'eau et du vinaigre, afin de conserver les gencives. Enfin, on fera quelques onctions autour de la base du gland avec une petite quantité d'onguent napolitain. Ce traitement suivi avec exactitude durant six semaines détruira les excroissances et fera disparaître la fièvre lente qui revient tous les soirs.

« Paris, le 14 décembre 1808

« RICHERAND. »

Il paraît, ajoute M. Parturier, que Stendhal ne suivit pas tout de suite ce traitement et ne se décida aux frictions mercurielles qu'en 1815. Il saliva peu, dit-il, et n'eut pas d'autres symptômes que, de temps à autre, des moments de faiblesse tels que, marchant dans la rue, il croyait tomber. En 1816, il se plaignit d'engourdissement de la moitié gauche du corps et, écrit-il, « le malade se sent à moitié imbécile, il perd un peu de la mémoire et ne peut écrire une lettre ». Il faut lire dans la publication de M. Martineau la très curieuse auto-observation rédigée par Stendhal en 1816.

L'évolution de cette vérole mal soignée fut cependant bien lente : c'est le 23 mars 1842 que Stendhal tomba foudroyé par l'apoplexie sur le boulevard des Capucines.

Les Livres de la semaine

STERN. — **Diagnostic chirurgical.** 9e éd. (18/25). 1.200 p. Br. : 160 fr. Cart. : 175 fr. (*G. Doin et Cie*).

XXIVe **Congrès de médecine (Rapports).** T. I. (25,5/16,5). 225 p. Br. : 30 fr. (*Masson*).

XXIVe **Congrès de médecine (Rapports)** T. II. (25,5/16,5). 364 p. 75 fig. et pl. h. t. Br. : 50 fr. (*Masson*).

XXIVe **Congrès de médecine. (Rapports).** T. III. (25,5/16,5). 365 p. 40 fig. Br. : 50 fr. (*Masson*).

CURASSON (G.). — **Traité de pathologie exotique vétérinaire et comparée.** T. III. 616 p. Br. : 75 fr. (*Vigot frères*.)

FAURE (Dr Jean-Louis). — **Savoir opérer.** Coll. Les Savoirs du temps présent. 192 p. Br. : 10 fr. (*A. Michel*.)

FÉLICE (Philippe de). — **Poisons sacrés. Ivresses divines. Essai sur quelques formes inférieures de la mystique.** 400 p. Br. : 20 fr. (*A. Michel*.)

Le Gérant : Dr Victor GENTY
CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873. — N° 50 LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 12 DÉCEMBRE 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-V°
CH. P. PARIS 357-81 - R. C. SEINE 230.790
TÉLÉPHONE : ODÉON 30-03

ABONNEMENTS
avec le Supplément Mensuel Illustré
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

Travaux originaux
A. SÉZARY et G. LÉVY : L'intradermo-réaction de Frei 1929
P. MEILLAUD : Le rôle des nerfs du rein dans les hypertensions artérielles 1937

Clinique médicale
R. DUPÉRIE : Les laryngites graves tardives de la rougeole 1947

Thérapeutique
Effets de la thérapeutique par les préparations d'or sur la menstruation, par H. Vignes 1951

Revue de Presse parisienne 1952

Sociétés savantes
Académie de Médecine 1956
Société Médicale des Hôpitaux 1956
Société de Médecine de Paris 1959

Notes cliniques et thérapeutiques 1960

Nouvelles 1923

Echos et Glanures 1963

Bibliographie 1966

Les Livres de la semaine 1966

Supplément illustré
M. GENTY : Un procès médical sous l'Empire : l'affaire Baudelocque-Sacombe. — E. BOMBOY : L'embaumeur J.-N. Gannal (1791-1852).
Rubens et le nu féminin. — Les anciens batiments de la Faculté de Paris.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'externat des hôpitaux. Le jury est ainsi composé : MM. les Docteurs Degos, Cachera, Cattan, Rouquès, Patel, Merle d'Aubigné, Sicard, Redon, Suzor.

Académie de médecine. — *Prix décernés en* 1936. — Prix Alvarenga de Piauhy (1.200 francs), M. Sotirios B. Briskas, à Paris.

Prix Amussat (1.500 francs), Docteur Barthélemy, de Nancy, pour son ouvrage : Les diagnostics chirurgicaux au lit du malade.

Prix Apostoli (1.000 francs), MM. Alphen et Auclair, de Paris, pour leur ouvrage : Ondes courtes et électropyrexie.

Prix Argut (800 francs), Docteur Jean Cottet, de Paris, pour sa : Nouvelle technique de dosage des sels biliaires dans le sang.

Prix François Audiffred. M. Jacques Delarue, de Paris : Ensemble de travaux sur la tuberculose, 5.000 francs ; M. André Meyer, de Paris : La tuberculose pulmonaire occulte à expectoration bacillifère, 4.000 francs ; M. Bretey, de Bellevue (Seine-et-Oise) : Recherches sur la tuberculose, 3.000 francs ; MM. Machebœuf et Diéryck, de Paris : Recherches immuno-chimiques sur les bacilles tuberculeux, 3.000 francs.

Prix Baillarger (2.500 francs), M. Daumezon, de Paris : La Thérapeutique des maladies mentales.

Prix du baron Barbier (2.500 francs). Docteur Gajdos, de Paris : Les lipases sériques en pathologie hépatique, 1.000 francs, et Mlle le Docteur Marie-Thérèse Comby, de Paris, pour son ouvrage sur Les encéphalite aiguës post-infectieuses de l'enfance, 1.500 francs.

Prix Berraute : M. Thomas, de Paris, pour son ouvrage sur : Des tumeurs de poissons, 1.546 francs ; et MM. Troisier et Sifferlen, de Paris, pour leur travail : Leucose et sarcomatose des poules, 773 francs à chacun.

Prix Charles Boullard (2.000 francs), Docteur Covaciu-Ulmeanu, de Paris, pour son travail : Effort volontaire et chronaxie.

Prix Boulongne (6.000 francs). Docteur Bernard-Ménétrel, de Paris, pour son ouvrage : Le carbone activé intraveineux en thérapeutique.

Prix Bourceret (1.200 francs) Docteur Chauvois, de Paris : Circulation du sang (schéma nouveau).

Prix Jules Brault (5.000 francs). 1° Docteur Jean Hesse : Contribution à l'étude des troubles nerveux de la lèpre, 3.000 francs ; 2° Docteur André Maurice, de Paris, pour son ouvrage : La « lucilia sericata » en thérapeutique, 1.000 francs : et 3° M. le Docteur Lipstein, de Paris, pour son travail : Conservation et transmission du virus dans les récurrentes à « spirochæta novyi » et à « spirochæta recurrentis », 1.000 francs.

Prix Henri Buignet (1.600 francs), Docteur Tanret, de Paris, pour l'ensemble de ses travaux scientifiques.

Prix Cailleret (500 francs), Docteur Carel, de Paris, pour son ouvrage intitulé : Obésité, anté-hypophyse et métabolisme des lipides.

Prix Campbell-Dupierris (3.000 francs), Docteur Jean Régnier, pour son : Ensemble de travaux sur l'anesthésie.

Prix Capuron (2.000 francs), Docteur E. David, à Salies-de-Béarn.

Prix Maire Chevallier (9.000 francs), prix au mémoire intitulé : Tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte, par les Docteurs Mignot et Mollard, de Paris.

Prix Chevillon (3.000 francs), Docteur Jeanne Delon, pour son travail sur : Les tumeurs malignes du rein chez l'enfant.

Prix Clarens (500 francs), M. Guillaume, de Strasbourg, pour son ouvrage intitulé : Comment lutter contre les rats.

Prix du Docteur Emile Combe (3.000 francs). Au travail sur : Les tumeurs cutanées malignes, par MM. Cornil et Mosinger, de Marseille.

Prix de la Fondation Day. A titre d'encouragement une somme de 6.000 francs à la Ligue nationale contre l'alcoolisme, dont le siège social est à Paris.

Prix Desportes (1.500 francs). Docteur Cohen, de Paris, pour sa : Contribution à l'étude de l'accoutumance expérimentale à la morphine, 1.000 francs, et M. Dumesnil, de Paris, pour sa : Contribution à l'étude du bromure d'éthyle, 500 francs.

Prix Georges Dieulafoy (2.000 francs), Docteur André Bosquet, de Paris, pour son ouvrage : La stase iléale.

Fondation Ferdinand Dreyfous (1.400 francs), M. Daniel Mahoudeau, de Paris.

Prix Ernest Gaucher (1.800 francs), Mme le Docteur Amy Bernard-Pichon, de Paris pour l'ouvrage : La méningite hérédo-syphilitique subaiguë de l'enfant.

Prix Godard (1.000 francs), Docteur Anglade, de Paris : L'atélectasie pulmonaire. Mention honorable au Docteur J.-J. Gillon, de Paris, pour son étude : Des malformations congénitales des voies biliaires avec ictère chez les nourrissons.

Prix Guérétin (1.500 franc), MM. Marchal et Mallet, de Paris : Les télérœntgenthérapie totale dans les maladies du

sang et des organes hématopoïétiques, 800 francs. M. le Docteur François JOLY, de Paris : Les épanchements pleuraux des cardiaques, 400 francs. M. le Docteur Marcel MEYER, de Strasbourg : Les mycoses osseuses et ostéo-articulaires, 300 francs.

Prix Guillaumet (1.500 francs), Docteur LIÈVRE, de Paris, pour son ouvrage sur : l'Etiologie de l'incontinence nocturne de l'urine.

Prix Théodore GUINCHARD (8.000 francs) : Docteur POULAIN, de Saint-Etienne : Un essai de prophylaxie urbaine de la diphtérie.

Prix Guzman (un titre de rente de 2.500 francs), arrérages disponibles à M. le Docteur PATEY, en mission à Takio, pour son ouvrage sur : Le facteur myocardique dans la maladie de Bouillaud, chez l'enfant et chez l'adulte.

Prix Catherine Hadot (3.600 francs) : M. FIEHRER, du Kremlin-Bcêtre, pour son ouvrage : Le bacille tuberculeux dans l'intestin, 2.400 francs. M. JACQUELIN, de Paris, pour son ouvrage : Directives en pratique médicale, 1.200 francs.

Prix Théodore Herpin (de Genève) (3.000 francs), MM. MOARINESCO et KREINDLER, de la Faculté de médecine de Bucarest, pour leur ouvrage : Des réflexes conditionnels.

Prix du comte Hugo (1.000 francs), M. PIÉRY, de Lyon, ROSHEM, de Cannes, pour leur livre : Histoire de la tuberculose.

Prix Itard (2.400 francs), Docteur Jules COMBY, de Paris, pour son livre : Quatre cents consultations médicales pour les maladies des enfants.

Prix Laborie (8.000 francs) : le Docteur Roger COUVELAIRE, de Paris, pour son ouvrage : Œdèmes aigus et infarctus du pancréas.

Prix du baron Larrey (500 francs). Au mémoire : La maison des blessés de Longpré-les-Amiens (1597), par le captaine MAYONADE, d'Amiens.

Fondation Laval (1.200 francs), arrérages de ce prix à M. RISTELHUEBER, externe des hôpitaux.

Prix Leveau (2.000 francs). MM. VALLERY-RADOT et HAMBURGER, de Paris, pour leur mémoire : Les migraines.

Prix Clotilde Liard (5.000 francs) : Mme le Docteur ZAGDOUN-VALENTIN, de Paris, pour son mémoire : La posologie des sérums antitoxiques dans le traitement de la diphtérie.

Prix Magitot (1.000 francs) : Mlle THIERRY, de Paris, pour son ouvrage : Contribution à l'étude de l'anesthésie prolongée à l'évipan sodique.

Prix Magnan (3.500 francs) au mémoire qui a pour titre : Des voies d'entrée du tréponème dans l'organisme et de leur influence sur la virulence de la syphilis et spécialement de la syphilis nerveuse ; pour devise : Pourquoi, par M. Jean DUBLINEAU, d'Armentières.

Prix A.-J. MARMOTTAN (100.000 francs). A titre d'encouragement, 4.000 francs au Docteur Jean BERNARD, de Paris, pour son ouvrage : Polyglobulies et leucémies provoquées par les injections intramédullaires du goudron.

Prix A.-J. Martin (1.000 francs), au mémoire répondant à la question : Etude de la prophylaxie des maladies vénériennes dans les différents pays : état actuel de la question, par le Docteur CHAMPSAUR, de Paris.

Prix Merville (1.800 francs), au mémoire : Les néphrites dues à l'emploi des sels d'or dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par Mme Denise PIERRE-BOURGEOIS, de Paris.

Prix Georges Merzbach (12.000 francs), au mémoire : Le passé, le présent et l'avenir de la radioscopie systématique dans le dépistage de la tuberculose pulmonaire, d'après neuf années de radioscopie systématique dans l'armée, par MM. le médecin-général JULLIEN, le médecin lieutenant-colonel SIEUR et le médecin capitaine DUTREY, du Mans.

Prix MEYNOT (3.000 francs), Docteur Alain GASTON, de Paris : Le traitement des méningites otogènes.

Prix Monbinne (1.500 francs) : M. BACQ, de Liége, pour son ouvrage : L'intermédiaire chimique de la transmission nerveuse, 1.000 francs et M. MOUCHET, de Stamboul : Les artères coronaires du cœur chez l'homme, 500 francs.

Prix Orfila : (3.000 francs), au mémoire qui a pour titre : Dosage de l'or dans les recherches physiologiques et thérapeutiques, par M. Roger COQUOIN, de Paris.

Prix Oulmont (1.000 francs), M. MIALARET, de Paris.

Prix Pannetier (4.000 francs) à l'ouvrage : La bronchoscopie dans les affections broncho-pulmonaires, par MM. CHEVALIER JACKSON, CHEVALIER L. JACKSON, de Philadelphie, et Jacques VIALLE, de Nice.

Prix POTAIN (2.400 francs), les Docteurs COURTOIS-SUFFIT et ZEDET, pour leur ouvrage sur : La lutte contre les intoxications dans la fabrication des poudres et explosifs.

Prix Pourat (1.500 francs), au mémoire répondant à la question : L'excitabilité réflexe, par le Docteur SCHRIEVER, de Paris.

Prix Redard (5.000 francs), quatre mémoires ont été présentés. L'Académie décerne le prix à celui du Docteur PUTTI, de Bologne : Anatomia della lussazione congenita dell'anca.

Prix Ricaux (diabète) (5.000 francs), Docteur VALDIGUIÉ, de Toulouse : Contribution à l'étude du métabolisme des corps cétoniques.

Prix Ricaux (tuberculose) (5.000 francs), M. le Docteur BERTHET, de Grenoble : Rôle de voies lymphatiques dans la genèse de la tuberculose, 2.500 francs. M. le Docteur NICO, de Courbevoie : Sur la primo-infection tuberculeuse de l'adulte, 2.500 francs.

Prix Robin (600 francs), M. LÉONARDON, d'Angers, pour son ouvrage : Dosage de l'arsenic dans les eaux minérales.

Prix Sabatier (600 francs). Docteur Lucien DERMER, de Saint-Denis, pour ses : Recherches sur la perfusion du foie.

Prix SAINTOUR (5.000 francs, M. BESSEMANS, de Gand, pour ses : Travaux sur la syphiligraphie clinique et expérimentale.

Prix Stanski (1.500 francs), à l'ouvrage ayant pour titre : Ensemble de travaux sur des milieux de culture, par M. BERTHELOT et Mlle AMOUREUX, de Paris.

Prix Tarnier (4.000 francs), à Mlle KOURILSKY, de Paris, pour son ouvrage intitulé : La tuberculose pulmonaire chez la femme enceinte. Mention honorable à MM. les Docteurs COURTOIS et LECOQ, de Saint-Germain-en-Laye, pour leurs travaux sur : Les colibacilloses obstétricales, les infections puerpérales.

Prix Vautrin-George (1.000 francs). Au mémoire : Diagnostic bactériologique et traitement des endocardites secondaires infectieuses à évolution lente, par MM. MARCHAL et JAUBERT, de Paris.

Prix Vernois (800 francs), M. LAMY, de Melun : La désinfection terminale dans la lutte contre les maladies transmissibles, 200 francs. MM. LAFENÊTRE et DEDIEU, de Montpellier : Technique systématique de l'inspection des viandes de boucherie, 300 francs. M. le Docteur FEIL, de Paris : Le travail de l'ardoise et la pathologie professionnelle de l'ardoisier, 300 francs.

Concours pour le clinicat. — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, à 9 h. 30 du matin, pour les clinicats suivants :

Places mises au concours le jeudi 17 décembre 1936 : Clinicat de la tuberculose, sans indemnité, 2 ; clinicat cardiologique, avec indemnité, 1, sans indemnité 3.

CONDITIONS DU CONCOURS. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de 14 à 16

heures, jusqu'au mardi 15 décembre inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chefs de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine.

Sanatoriums Calmette à Villiers-sur-Marne (Aisne) et Emile Roux à Asnières près d'Evreux (Eure). — Un concours sur titres et sur épreuves est ouvert en vue d'établiune liste d'aptitude, pour deux médecins, aux fonctions de médecin des sanatoriums de la Renaissace sanitaire, valable pour l'année 1937.

Le traitement de début est fixé à 30.000 francs, auquel s'ajoute le bénéfice des avantages suivants : participation de 5 % à l'assurance-vieillesse, indemnité de charges de famille, logement éclairage, chauffage et blanchissage pour le médecin et sa famille possibilité de se procurer le vivres au prix d'achat de l'établissement.

Les candidats doivent être âgés de moins de 40 ans au 1er janvier 1937, être de nationalité française.

Les demandes sont reçues jusqu'au 31 décembre. Adresser la correspondance à M. le médecin-inspecteur des établissements de la Renaissance, 23, rue du Renard, Paris.

Prix de la Société des chirurgiens de Paris. — La Société des chirurgiens de Paris rappelle qu'elle décerne chaque année trois prix de mille francs chacun :

1° Prix de chirurgie générale (Prix Dartigues) ;
2° Prix de chirurgie gastro-intestinale (Grix Victor-Pauchet) ;
3° Prix de chirurgie gynécologique (Prix Paul-Delbet).

Les travaux, originaux et inédits, doivent être adressés au secrétaire général de la Société, Docteur Charles Buizard, 3, rue de La Trémoille (VIIIe), avant le 31 décembre, au moins en deux exemplaires et de préférence dactylographiés.

Société d'histoire de la pharmacie. — La prochaine séance aura lieu le samedi 19 décembre courant.

1° A 5 h. 15, dans le Petit-Amphithéâtre de la Faculté de Pharmacie de Paris, 4, avenue de l'Observatoire. Causerie de M. E.-H. Guitard, sous les auspices de l'Institut d'histoire des Sciences de l'Université de Paris : Histoire sommaire de la littérature pharmaceutique, dernière leçon : Le XIXe siècle.

2° A 6 h. 15, même salle, séance de la Société d'histoire de la pharmacie, sous la présidence de M. le doyen Radais, président : Communication de M. le Professeur Hafliger, de Bâle, sur la Ronde des morts et les apothicaires et diverses.

3° A 7 h. 30, au Café voltaire, 1, place de l'Odéon : dîner amical (dames admises). Prix : 32 francs. S'inscrire avant le 17 courant au secrétariat : 6, passage Verdeau, Paris (IXe), Tél. : Prov. 62-99.

Société de Stomatologie de Paris. — En raison des fêtes de Noël, la prochaine séance de la Société aura lieu le mardi 15 décembre.

Journées Médicales de 1937. — La prochaine et neuvième Session des « Journées Médicales » de la Faculté libre de médecine se tiendra les 7, 8 et 9 mai 1937.

L'euthanasie en Angleterre. — La Chambre des lords a rejeté le bill proposant l'établissement de l'euthanasie volontaire, c'est-à-dire le droit de donner la mort avec son consentement préalable à un malade irrémédiablement condamné ou à un incurable.

« Au lieu de former des infirmières pratiquement et moralement préparées à leur profession, on crée des demi-médecins qui, se basant sur l'enseignement qu'on leur a donné, s'arrogent le droit de donner des conseils et d'exercer illégalement la médecine, au détriment de la santé des malades et de la collaboration qui doit exister entre médecins et infirmières se cantonnant dans leur rôle.

« La raison de cette regrettable situation est double : elle réside, d'une part, dans la composition des programmes, d'autre part, dans la manière dont certains professeurs comprennent l'enseignement et certains membres des jurys les examens. » (Prof. J. Vanverts. — L'infirmière hospitalière. *L'Informateur médical*, 20 décembre 1936.)

TRAVAUX ORIGINAUX

L'intradermo-réaction de Frei

Par MM.

A. SÉZARY, Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

et

GEORGES-LÉVY, Chef de laboratoire à l'Hôpital Saint-Louis.

Frei (1) eut le premier l'idée en 1925, pour établir le diagnostic biologique de la maladie de Nicolas-Favre en recherchant l'allergie cutanée, d'injecter dans le derme de malades atteints de lymphogranulomatose inguinale le pus ganglionnaire dilué dans dix fois son volume d'eau physiologique et tyndallisé à 60° deux heures le premier jour, une heure le deuxième jour. Il inocule dans le derme de la partie supérieure du bras 1/10 de centimètre cube de cette dilution. Au bout de vingt-quatre heures, il voit apparaître une papule infiltrée de 3/4 à 1 cm. de diamètre, qui, le lendemain, est entourée d'une aréole inflammatoire de 2 à 3 cm. de diamètre. D'après lui, c'est le deuxième jour après l'injection que, dans tous les cas, la réaction aurait son intensité maxima. Elle serait spécifique. Négative chez les non lymphogranulomateux, elle serait positive chez les lymphogranulomateux et permettrait de rattacher à la maladie de Nicolas-Favre certaines affections ganglionnaires et même non ganglionnaires.

Dind (2), en 1926, montra qu'on pouvait obtenir une réaction analogue en employant comme antigène le produit de filtrage des ganglions lymphogranulomateux broyés dans du sérum physiologique.

La réaction de Frei a été ensuite vulgarisée et étudiée, en particulier par Hellerström, par Jersild ; en France, par Nicolas et Favre, par Ravaut, par nous-mêmes, par M. Pinard, par P. Chevallier et leurs élèves, etc.

En 1930, Hellerström et Wassen (3) inoculent dans le cerveau d'un singe des fragments de ganglions lymphogranulomateux et préparent un antigène avec la substance cérébrale broyée, émulsionnée dans du sérum physiologique et stérilisée.

Levaditi, Ravaut et Cachera ont repris ces études. Levaditi prépare à l'Institut Pasteur un antigène simien couramment employé en France actuellement.

Préparation de l'antigène lymphogranulomateux

On emploie communément comme antigène le pus retiré du bubon lymphogranulomateux (antigène de Frei), le produit de filtrage des ganglions lymphogranulomateux (antigène de Dind), l'émulsion de la substance cérébrale de singes infectés (antigène simien).

Nous ne ferons que signaler les antigènes obtenus par Strauss et Howard avec le pus dilué d'une pustule survenue à la suite d'une intradermo-réaction avec l'antigène de Frei, par de Gregorio et Murua avec la raclure de chancres lymphogranulomateux, par Hellerström et Wassen avec le liquide céphalo-rachidien d'un singe atteint de méningo-encéphalite d'origine lymphogranulomateuse.

1. Antigène de Frei. — On recueille par ponction le pus d'un bubon ramolli, mais non ouvert à la peau (pour éviter qu'il soit infecté secondairement). Certains auteurs pensent qu'il serait préférable de mélanger le pus de plusieurs bubons. Nous n'avons pas constaté que les antigènes polyvalents fussent supérieurs aux antigènes monovalents. Mieux vaut préparer un antigène avec un seul pus et vérifier son pouvoir pour reconnaître s'il peut être utilisé.

La ponction doit être faite aseptiquement avec une assez grosse aiguille, car le pus lymphogranulomateux est très épais et très visqueux. Ce pus est recueilli dans une boîte de Pétri. Pour le stériliser, on le tyndallise à 60° pendant une heure trois jours consécutifs, chaque séance de tyndallisation étant séparée de la suivante par un séjour de vingt-quatre heures à la glacière.

On dilue alors le pus dans du sérum physiologique au tiers (une partie d'antigène pour deux parties de sérum physiologique) et on vérifie par culture la stérilité du produit. Ce contrôle est absolument indispensable. Enfin on répartit en ampoules de 1/2 à 1 c.c.

La tyndallisation doit être faite trois jours de suite à 60°. Au-dessous de cette température, la tyndallisation peut ne pas être suffisante. P. Chevallier a rapporté trois cas de maladie de Nicolas-Favre provoqués chez des sujets sains par un antigène humain tyndallisé deux fois à 57°.

Au-dessus de 60° la chaleur affaiblit le pouvoir antigénique du réactif. A 80° elle l'atténue nettement (Frei). Hellerström a montré qu'un chauffage à 100° le détruit complètement.

Le pus ne doit pas être employé pur, car les réactions seraient trop intenses. Certains expérimentateurs le diluent au dixième, au septième, au cinquième, au quart. Dilué au tiers, il nous a paru avoir un pouvoir antigénique plus durable.

2. Antigène de Dind. — Les ganglions enlevés chirurgicalement sont débarrassés du tissu périganglionnaire. Puis ils sont coupés en petits fragments et broyés avec du sable stérilisé. La pulpe ainsi obtenue est diluée dans du sérum physiologique ou du bouillon. On filtre, on répartit en ampoules et on tyndallise trois jours consécutifs à 60°. On s'assure par culture de la stérilité du produit.

Nicolas, Favre et Lebœuf ont préparé un *antigène glycériné* de la façon suivante. Les ganglions débarrassés du tissu périganglionnaire sont coupés en deux ou trois fragments et suspendus par des agrafes dans des flacons à deux tubulures renfermant de la potasse caustique. Ils subissent ainsi une dessication durant quinze à dix-sept jours.

Les ganglions desséchés sont coupés alors en morceaux de la grosseur d'un pois et conservés dans un mélange à parties égales de glycérine et d'eau distillée.

L'antigène se prépare extemporanément en broyant quelques fragments de ganglions dans un mortier renfermant une faible quantité de bouillon de veau ou de sérum physiologique.

3. Antigène simien (1). — La souche qui sert à préparer l'antigène simien délivré par l'Institut Pasteur provient d'un ganglion inguinal excisé le 23 octobre 1930. Avec ce ganglion on a préparé une émulsion homogène qui fut inoculée dans le cerveau d'un *Macacus cynomolgus*. Le singe succomba au septième jour. On trouva dans les méninges et dans l'encéphale des altérations intenses. Cette souche s'est prêtée à des passages réguliers, dont le nombre dépasse actuellement la centaine.

Les souches sont d'autant plus actives que les lésions dont elles proviennent sont plus jeunes. Ravaut conseillait

(1) Une nouvelle réaction cutanée dans la lymphogranulomatose inguinale. *Klinische Wochenschrift*, n° 45, 5 novembre 1925, p. 2148.

(2) Troisième Congrès des dermatologistes de langue française, Bruxelles, 1926, 25-28 juillet.

(3) Méningo-encéphalite du singe après injection intracérébrale de produits de lymphogranulomatose inguinale. *Congrès intern. de Dermatologie de Copenhague*, 1930, p. 2047.

(1) Voir Jean Levaditi. — La maladie de Nicolas-Favre expérimentale. Thèse, Paris, 1936.

de prélever le suc ganglionnaire de préférence à la phase de crudité ou dans la zone périphérique des abcès.

L'écorce cérébrale, siège des lésions principales, est débarrassée de ses méninges et émulsionnée dans du sérum physiologique (une partie de matière cérébrale pour trois parties de sérum). Cette émulsion mise en ampoules de 1 c.c. est tyndallisée deux fois à vingt-quatre heures d'intervalle pendant une demi-heure au bain-marie à 56°.

4. Antigène murien. — Grace et Suskind préparent un antigène avec le cerveau de souris infectées. Le virus subit des passages successifs chez cet animal de façon à avoir un pouvoir antigénique plus grand. Un tel antigène resterait actif pendant environ six mois ; il serait spécifique.

5. Antigène-sérum (?) — Reiss a proposé comme antigène du sérum sanguin de sujets atteints de maladie de Nicolas-Favre. Ce sérum est additionné de 1/2 pour 100 d'eau phéniquée. La valeur d'un tel antigène a été controuvée par tous les auteurs qui ont cherché à la vérifier. Le même auteur a proposé également un mélange d'antigène de Frei et de sérum sanguin à parties égales.

Conservation du pouvoir antigénique

Les antigènes seront, de préférence, conservés à la glacière. Ils gardent leur pouvoir antigénique pendant un temps limité qui, d'après notre expérience, ne dépasse guère trois mois. Quelquefois cependant, ce pouvoir persiste plus longtemps (James). Il s'épuise brusquement, du jour au lendemain.

Les ganglions desséchés et conservés dans de la glycérine garderaient, d'après Nicolas, Favre et Lebœuf, leur activité pendant au moins un an.

Grace estime que le pus de bubon lymphogranulomateux peut être desséché dans le vide à froid sans perdre ses propriétés antigéniques. Il utilise un puissant appareil à vide muni intérieurement de deux récipients, l'un contenant de l'acide carbonique solide et communiquant avec l'extérieur, l'autre contenant de l'anhydride phosphorique solide. Le pus à dessécher est placé dans des boîtes de Pétri ouvertes, reposant sur le récipient refroidi. Sous l'influence de la pression, du froid et de la déshydratation agissant pendant au moins ving-quatre heures, le pus est transformé en une poudre blanc-jaunâtre, légère, dont le poids correspond au 1/5 environ de pus qui a servi à le préparer. Cette poudre, scellée dans des tubes en verre, sert ultérieurement pour la préparation de l'antigène de Frei. Il suffit de l'émulsionner dans du sérum physiologique et d'inactiver la suspension par la chaleur. Cet antigène donnerait des réactions concordant parfaitement avec celles que l'on obtient avec les autres. Il aurait un pouvoir antigénique légèrement plus marqué et devrait donc subir une dilution plus grande. Son intérêt consisterait surtout dans ce fait que le pus réduit en poudre conserverait indéfiniment ses propriétés antigéniques.

Nons avons essayé de répéter les expériences de Grace, le vide était fait dans un appareil muni de deux récipients contenant du CO^2 et du P^2O^5 solides, comme l'indique Grace. Mais, n'ayant pas à notre disposition d'appareil de grande puissance, nous n'avons jamais pu obtenir qu'une sorte de pellicule difficile à mettre en suspension homogène dans la solution physiologique. Avec cette dilution inactivée par la chaleur, nous avons obtenu des réactions sensiblement moins fortes qu'avec l'antigène de Frei.

Valeur comparée des antigènes

Tous les antigènes préparés avec du pus lymphogranulomateux ne sont pas utilisables. Pour des raisons que nous ignorons, certains ont un pouvoir antigénique trop faible ou nul. Mais c'est là l'exception. Et nous pensons que lorsque le pus d'un sujet atteint d'une adénite suppurée ne donne pas un antigène valable chez les lymphogranulomateux, on peut presque toujours en déduire que ce sujet n'est pas atteint de maladie de Nicolas-Favre.

Il est préférable de se servir du pus d'un malade qui n'a pas encore été traité. Il nous a semblé en effet que le pus de ceux qui avaient reçu des sels d'antimoine donnait un antigène d'une activité restreinte ou nulle : d'ailleurs, dans ce cas, il a souvent un aspect hémorragique spécial, comme nous l'avons constaté avec Bolgert.

Quant aux antigènes simiens, Levaditi, Durel et Renié estiment qu'ils sont de valeur très différente selon les animaux qui les ont fournis. Il en résulte que seule l'épreuve sur un malade peut nous renseigner sur leur pouvoir antigénique. Il ne faut utiliser que ceux dont on aura constaté l'activité.

Pour apprécier la valeur d'un antigène, il faut l'injecter à la fois à des sujets certainement lymphogranulomateux et à des témoins indemnes de lymphogranulomatose. Les réactions doivent être nettement positives chez les malades en phase allergique, chez lesquels des intradermo-réactions antérieures avec un antigène éprouvé ont été positives. Elles doivent être complètement négatives chez les témoins. Parmi les témoins, on prendra de préférence des malades atteints de bubons chancrelleux et d'adénopathies syphilitiques primaires.

Notons, avec Frei et Nicolas, que l'intradermo-réaction faite avec du pus ganglionnaire ne peut permettre un diagnostic étiologique que si le pus provient d'un autre malade, le porteur d'une adénite suppurée pouvant réagir vis-à-vis de son propre pus, quelle que soit l'étiologie.

La plupart des auteurs pensent que les antigènes de Frei et Dind et l'antigène simien ont une valeur à peu près égale. Nous n'avons l'expérience que de l'antigène de Frei et de l'antigène simien. L'antigène de Frei préparé dans notre laboratoire nous a toujours donné des réactions plus nettes que l'antigène simien.

Pour Nicolas, l'antigène préparé avec du pus a seul une valeur sinon absolue, du moins très grande. Lorsqu'on se sert d'un antigène préparé avec de la pulpe ganglionnaire, il semble qu'il puisse y avoir des réactions d'origine tissulaire lympho-ganglionnaire. Paul Chevallier n'a pu confirmer cette hypothèse et a toujours obtenu des résultats comparables avec l'antigène de Frei et l'antigène de Dind.

L'intradermo-réaction pratiquée avec le sérum sanguin de sujets atteints de maladie de Nicolas-Favre, selon la technique de Reiss, ne saurait être recommandée. Elle a donné à Cl. Simon et Rabeau, à P. Chevallier, à nous-mêmes, des résultats constamment négatifs. Avec le mélange sérum-antigène, la réaction est moins nette qu'avec l'antigène de Frei seul, comme si l'on employait simplement un antigène plus dilué.

Technique de l'intradermo-réaction

La peau étant nettoyée à l'éther ou à l'alcool, on injecte dans le derme un à trois dixièmes de centimètre cube d'antigène.

On se sert d'une seringue de Barthélemy et d'une aiguille très fine, courte et à biseau moyen. Les seringues et les aiguilles auront été soigneusement lavées à l'éther, à l'alcool et à l'eau distillée, puis stérilisées.

L'injection sera faite soit à la face externe du bras, soit à la face antérieure de l'avant-bras, soit à la face externe de la cuisse. Elle sera strictement intradermique, et non sous-cutanée. Lorsqu'elle est bien intradermique, il apparaît immédiatement une petite boule d'œdème blanchâtre, du diamètre d'une grosse lentille.

Il est bon de marquer sur la peau les limites de cette petite zone œdémateuse à l'aide d'un crayon dermographique.

En même temps que l'intradermo-réaction à l'antigène lymphogranulomateux, on pratiquera une intradermo-réaction au vaccin antichancrelleux et accessoirement à l'hémostyl et à la lymphe vaccinale. Les réactions de con-


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE

trôle doivent être complètement négatives pour qu'on puisse attacher une réelle valeur à la réaction de Frei. Si elles sont positives en même temps que celle de Frei, on en recherchera la légitimité. L'intradermo-réaction au vaccin antichancrelleux ne doit être positive que s'il y a association de chancrelle et de maladie de Nicolas-Favre ou si le sujet a eu antérieurement un chancre mou. Si les réactions-témoins sont positives d'une façon injustifiée, l'antigène apparaît dépourvu de spécificité, il doit être rejeté.

Modalités de la réaction

Souvent apparaît une demi-heure après l'inoculation une petite élevure urticarienne de la dimension d'une pièce de 50 centimes, parfois plus étendue et entourée d'un halo érythémateux. Cette *réaction précoce* ne dure que quelques heures : c'est une *réaction protidique* qui n'a aucun rapport avec l'allergie lymphogranulomateuse. Elle s'observe souvent chez des sujets sains et n'a aucune valeur pour le diagnostic de la maladie de Nicolas-Favre.

Seule vaut la *réaction tardive*, débutant en général le lendemain ou le surlendemain de l'inoculation, quelquefois seulement du troisième au huitième jour.

C'est une petite *papule*, plus appréciable au début au toucher qu'à la vue. Cette papule augmente rapidement de volume et prend un aspect inflammatoire. A sa période d'état, vers les troisième ou quatrième jours, c'est un véritable nodule dermique, ferme, surélevé, rouge, de 7 à 20 millimètres de diamètre. Il est entouré parfois d'une aréole érythémateuse qui disparaît en général assez rapidement. Mais le nodule lui-même persiste au moins pendant trois ou quatre jours, le plus souvent davantage, de huit à quinze et même vingt jours. Il disparaît progressivement et laisse parfois à sa place une tache pigmentaire qui ne s'efface que lentement.

Exceptionnellement la papule s'entoure d'une infiltration œdémateuse assez étendue, qui persiste pendant un ou plusieurs jours.

La *forme papuleuse* de l'intradermo-réaction, telle que nous venons de la décrire, est de beaucoup la plus fréquente. Elle est plus ou moins infiltrée selon les cas. A côté d'elle, on a décrit une forme *papulo-vésiculeuse* et une forme *papulo-pustuleuse*. La papule est alors recouverte d'une vésicule ou d'une pustule qui se rompent rapidement et laissent à leur place une petite croûte.

Dans des cas exceptionnels, il se forme un véritable *abcès dermique* qui renferme un pus riche en polynucléaires et parfaitement aseptique.

Ainsi donc, la lésion cutanée caractéristique de la réaction de Frei n'apparaît que tardivement, 48 heures après l'inoculation intradermique. Les élevures œdémateuses (urticariennes) qui apparaissent dans les heures qui suivent l'injection sont banales et n'ont aucun rapport avec la maladie de Nicolas-Favre. Il en est de même des réactions simplement érythémateuses qu'on observe quelquefois.

Parfois, la réaction est « *douteuse* ». On ne constate alors qu'une petite zone érythémateuse légèrement infiltrée. A notre avis, il ne faut tenir aucun compte d'une intradermo-réaction douteuse. Mieux vaut recommencer l'opération huit jours plus tard, après avoir vérifié la valeur de l'antigène.

Frei, Nicolas et Favre pensent que l'intensité de la réaction est en rapport avec l'atteinte plus au moins marquée de la peau qui recouvre l'adénite. Quand il y a de nombreux foyers ramollis, adhérents à la peau et surtout de nombreuses fistules, la réaction atteint son maximum.

L'intradermo-réaction serait également très positive dans les formes de lymphogranulomatose qui s'accompagnent de phénomènes généraux (fièvre, arthralgies, érythème, noueux).

La radiothérapie des ganglions semble parfois augmenter l'intensité des réactions chez les malades traités par cette méthode.

Date d'apparition et durée de l'allergie cutanée

L'intradermo-réaction de Frei n'est jamais positive au début de la maladie. D'après Ravaut, elle deviendrait positive de trois semaines à trois mois après l'apparition des premiers symptômes. Pour Hellerström, pour Nicolas, elle ne le serait le plus souvent qu'au bout d'un mois.

En réalité, la date d'apparition de la réaction est des plus variables. Parfois, elle est positive dès le dixième jour de l'affection, mais souvent plus tardivement, entre les quatrième et sixième semaines.

Frei, Nicolas, Favre et Lebœuf estiment que tant que la peau recouvrant l'adénite est intacte, la réaction peut être négative ; elle deviendrait positive quand les phénomènes inflammatoires atteignent la peau. Signalons toutefois qu'elle peut exister chez des malades atteints de formes inapparentes de la maladie, comme nous le verrons plus loin.

La durée de la période allergique est généralement très longue, comme l'ont montré Frei, Hellerström, Jersild. Hellerström a publié l'observation d'un malade chez qui la réaction était encore positive plus de trente-cinq ans après l'affection. Par contre P. Chevallier et Fiehrer ont vu d'anciens lymphogranulomateux ne plus réagir après un ou deux ans.

Histologie de la réaction de Frei

Sézary, G. Lévy-Coblentz, Mauric et Lenègre (1) ont étudié les lésions histologiques des intradermo-réactions à l'antigène de Frei. Ces lésions sont identiques à celles qu'on observe à la suite des intradermo-réactions au vaccin antichancrelleux ou à la tuberculine.

Elles consistent en un petit *foyer nécrotique* du tissu dermique qui se produit à l'endroit même où l'antigène a été déposé. Cette nécrose se produit rapidement. En 24 heures elle est déjà constituée.

La lésion initiale nécrotique s'entoure d'une réaction inflammatoire secondaire (polynucléaires et, au pourtour, infiltrat histiocytaire).

Les lésions cutanées dues à l'injection de vaccin antichancrelleux et de l'antigène de Frei ne ressemblent nullement à celles qui caractérisent le chancre mou ou la maladie de Nicolas-Favre. Il n'y a ni plasmocytes, ni infiltrat polymorphe avec cellules géantes.

Il s'agit bien dans les deux cas d'une réaction identique, dont la constitution dépend non pas du germe pathogène, mais de la nature allergique de la réaction.

C'est seulement plusieurs jours après qu'on peut voir aux lésions de la réaction allergique se substituer des lésions rappelant celle de l'affection causale.

La réaction de Frei doit être en effet considérée comme une réaction d'allergie. Positive chez les sujets en état allergique, elle est négative chez les sujets en état d'anergie, comme nous le signalerons plus loin.

Valeur de la réaction de Frei

1) La réaction de Frei est-elle spécifique ? — La réaction de Frei n'est qu'exceptionnellement positive chez les sujets non lymphogranulomateux.

Comme nous l'avons déjà dit, il ne faut tenir aucun compte des réactions douteuses. Dans ce cas, on renouvelle l'injection huit jours plus tard avec un antigène éprouvé.

Rappelons aussi qu'il est recommandable d'explorer la peau non seulement avec l'antigène lymphogranuloma-

(1) Sézary, G. Lévy-Coblentz, Mauric et Lenègre. Les lésions histologiques des intradermo-réactions au vaccin antichancrelleux et à l'antigène de Frei. *Société française de Derm. et Syph.*, 12 juillet 1934, p. 1602.

teux, mais encore, en même temps avec d'autres protéines de façon à dépister les sujets polysensibilisés. Chez ces derniers, la réaction de Frei est impossible à interpréter, elle n'a aucune signification. Cependant lorsque la réaction au vaccin antichancrelleux seule est positive en même temps que la réaction de Frei, il faut songer à la possibilité d'une association chancrello-lymphogranulomateuse. Nous avons observé cette association un certain nombre de fois.

De plus, nous devons nous souvenir que la durée de la période allergique à l'antigène de Frei est très prolongée et que des sujets depuis longtemps guéris de leur lymphogranulomatose peuvent conserver une intradermo-réaction positive. Ceci est pour l'interprétation de la réaction une cause d'erreur qui existe d'ailleurs pour tous les tests cutanés, celui d'Ito-Reensternia en particulier. D'où la nécessité d'interroger les malades et de rechercher s'ils n'ont pas eu antérieurement un bubon avec ou sans chancre.

Enfin, lorsque le résultat de la réaction ne concorde pas avec les données cliniques, il est bon de la recommencer.

Il faut aussi s'assurer que l'antigène est bien stérile : une infection secondaire de l'antigène par le staphylocoque par exemple, pourrait provoquer une réaction inflammatoire qui n'a rien de commun avec la réaction de Frei.

Certains auteurs estiment que la réaction de Frei peut être assez fréquemment positive en dehors de la maladie de Nicolas-Favre.

Gregorio l'aurait constatée chez des syphilitiques primaires et secondaires et 29 fois sur 53 chez des prostituées ne présentant aucune lésion vulvaire ou ano-rectale apparente.

Clément Simon, Bralez et Minck ayant fait des réactions de Frei chez 50 prostituées prises au hasard ont obtenu des intradermo-réactions positives dans 10 % des cas.

Mais lorsqu'il s'agit de prostituées, le résultat positif de la réaction pourrait s'expliquer par le simple fait d'un contact des malades, sans qu'elles aient eu de lésions apparentes, avec le virus lymphogranulomateux ; elles seraient porteuses de germes ou plutôt atteintes d'une infection inapparente.

De même que ces auteurs, nous avons observé, chez deux femmes apparemment indemnes de lymphogranulomatose, des réactions de Frei positives. Sans doute avaient-elles eu une infection inapparente. L'une était prostituée. Quant à l'autre, nous avons pu établir que son mari était atteint d'un bubon poradénique. C'est un fait que Kleiberg a également constaté.

De Blasio a fait avec l'antigène simien des intradermo-réactions à des jeunes tuberculeux de 8 à 17 ans : 8 fois sur 50, la réaction s'est montrée franchement positive. Cependant Paul Chevallier a vu que la réaction était souvent négative, alors qu'elle aurait dû être positive, chez des lymphogranulomateux atteints de tuberculose. Voilà deux données contradictoires, qui interdisent toute conclusion.

Babonneix, Touraine et Lafont, ayant fait 100 réactions de contrôle chez l'enfant, ont eu dans trois cas des réactions indiscutablement positives à un premier essai. Mais, renouvelées quatre à six jours après, une fois avec le même antigène, deux fois avec un antigène simien, les réactions ont été négatives.

La plupart des expérimentateurs qui ont étudié l'intradermo-réaction de Frei (Ravaut, Nicolas, Sézary, Flandin, Chevallier, Tzanck) lui accordent une valeur considérable et n'ont constaté que tout à fait exceptionnellement des résultats positifs en dehors de la maladie de Nicolas-Favre. Aussi avons-nous pu écrire que sa valeur était au moins comparable à celle des séro-réactions syphilitiques.

L'existence de réactions de Frei illégitimes peut s'expliquer aussi par la valeur différente des antigènes. Ceux-ci sont constitués par du pus provenant de malades ou d'animaux dont les humeurs contiennent peut-être des substances douées de pouvoirs antigéniques autres que ceux dus à la maladie de Nicolas-Favre. Avant d'être utilisé, chaque antigène devrait être soigneusement étudié à ce point de vue.

2) La réaction de Frei est-elle toujours positive dans la lymphogranulomatose inguinale ?

La reaction de Frei peut être négative dans certaines circonstances, au cours de la maladie de Nicolas-Favre.

1) Au début de maladie elle est négative. Elle ne devient guère positive qu'au bout de 15 à 30 jours.

2) Elle peut encore être négative lorsque le sujet est en état d'anergie. C'est ainsi que la réaction de Frei peut devenir passagèrement négative quand apparaît une maladie fébrile intercurrente, en particulier une poussée évolutive de tuberculose (P. Chevallier) ; elle redevient positive quand l'état de santé s'améliore.

3) Frei a montré qu'un sujet atteint de maladie de Nicolas-Favre et de syphilis secondaire pouvait avoir passagèrement une intradermo-réaction négative. Le test devient positif quand les accidents syphilitiques ont disparu. Le fait ne saurait être considéré comme constant, mais rappelons qu'il a été observé également avec la tuberculine.

La chancrelle pourrait également faire disparaître momentanément l'allergie lymphogranulomateuse, tandis que l'allergie chancrelleuse persiste. C'est un fait que nous n'avons pas constaté.

Enfin, dans certains cas exceptionnels, l'intradermo-réaction est et demeure négative, même quand la maladie de Nicolas-Favre est certaine et ancienne. Ce serait le cas de certains rétrécissements du rectum et même de certaines lymphogranulomatoses inguinales typiques (Pautrier et Weiss).

On peut se demander si dans ces cas on a bien contrôlé la valeur de l'antigène et observé complètement le mode opératoire de l'intradermo-réaction. L'éventualité doit être rarissime ; nous ne l'avons jamais constatée, sauf quand les antigènes avaient vieilli.

3) La réaction de l'antigène. — La recherche de l'allergie chez un malade n'est pas le seul moyen biologique que nous possédions pour établir le diagnostic de la maladie de Nicolas-Favre. L'intradermo-réaction de Frei utilise un antigène lymphogranulomateux chez un sujet dont l'affection n'est pas encore précisée.

Une autre méthode consiste à préparer un antigène avec le pus ganglionnaire dont il s'agit de déterminer la nature. On traite ce pus par les procédés utilisés pour préparer l'antigène de Frei, puis l'on fait avec cet antigène inconnu une intradermo-réaction chez un sujet atteint sûrement de lymphogranulomatose. Si le malade porteur du bubon a ou a eu une maladie de Nicolas-Favre, la réaction sera positive. Dans le cas contraire, elle sera négative.

Cette « réaction de l'antigène » peut rendre des services quand nous sommes démunis d'antigène de Frei ou quand il s'agit de rechercher le virus lymphogranulomateux dans certaines humeurs : épanchements articulaires, liquide céphalo-rachidien, etc. Mais elle n'est utilisable que si nous avons à notre disposition un sujet lymphogranulomateux consentant ou si l'on peut envoyer le pus ganglionnaire dans un hôpital où la réaction peut être pratiquée.

Certaines précautions sont ici indispensables. Tout d'abord, avant de préparer l'antigène, il faut s'assurer que le pus ne contient pas de pyogène ou de bacille de Koch. Il faut aussi rechercher si le porteur du pus n'est pas en même temps syphilitique, auquel cas, bien que le tréponème ne résiste pas à la tyndallisation et à la réfrigération, il est préférable de ne faire la réaction que chez un lymphogranulomateux également syphilitique. Les témoins habituels ne doivent pas être oubliés.

Ce procédé, que nous utilisons depuis plusieurs années, nous a été parfois très utile, en particulier récemment pour discuter l'origine lymphogranulomateuse d'une hydarthrose (Sézary et Mlle Salembiez).

Conclusions

La réaction de Frei a donc un grand intérêt pratique. Naturellement, elle ne doit être exécutée qu'avec une

technique correcte et des antigènes éprouvés. Comme pour toute méthode biologique, ses résultats doivent être interprétés d'après les données cliniques. Elle indique que le sujet est porteur d'une allergie lymphogranulomateuse. Cette allergie peut être due non seulement à une infection actuelle et apparente, mais encore à une infection ancienne ou inapparente. Cette dernière éventualité, l'emploi de mauvais antigènes ou l'oubli des réactions-témoins nous paraissent les causes les plus fréquentes des mécomptes obtenus par certains auteurs. Faite correctement, elle a une valeur au moins égale à celle des séro réactions syphilitiques.

Elle est incontestablement plus pratique que l'inoculation du pus au cerveau du singe ou de la souris.

C'est à elle qu'on doit les progrès importants réalisés récemment dans l'étude de la lymphogranulomatose subaiguë : démonstration de la nature lymphogranulomateuse de certaines rectites (Jersild, Frei, Hellerström), précisions sur les formes cliniques du chancre lymphogranulomateux et ses associations avec la chancrelle ou le chancre induré (Sézary avec Perrault, Lenègre, Bolgert, Drain, Facquet, Joseph), démonstration des rapports de la lymphogranulomatose avec certaines adénites atypiques (Ravaut, Chevallier, M. Pinard, Gougerot), avec certaines affections génitales chez la femme (Ravaut et Sénèque), certains éléphantiasis vulvaires (Jersild), certaines éruptions (Chevallier et Bernard, M. Pinard et Fiehrer, Nicolau, Sézary et Bardin), certaines conjonctivites (Levaditi, Bollack, Basch et Desvignes), certaines arthropathies (Carasco, Hissard et Lechevallier, Sézary et Madeleine Salambiez).

Grâce à l'intradermo-réaction de Frei, la maladie de Nicolas-Favre ne nous apparaît plus que comme la localisation inguinale d'une maladie dont il existe de multiples autres manifestations.

Le rôle des nerfs du rein dans les hypertensions artérielles (*)

Par P. MEILLAUD

Chef de Clinique à la Faculté de médecine de Paris

I

Au cours de notre dernière année d'internat, dans le service du Docteur Monier-Vinard, à l'hôpital Ambroise-Paré, nous avons eu à examiner et à suivre plusieurs malades chez lesquels le Docteur Chabanier, médecin-assistant de l'hôpital Ambroise-Paré, et chef de laboratoire à la Clinique d'urologie de l'hôpital Necker, avait fait pratiquer des décapsulations et des énervations rénales. Certains avaient été opérés pour des glomérulo-néphrites aiguës (1) ou pour des poussées aiguës au cours de glomérulo-néphrites chroniques. Les interventions, pratiquées en période de danger vital, avaient permis de franchir la « passe dangereuse ». Certains paraissaient ne conserver aucune séquelle de leur néphrite aiguë ; d'autres semblaient tellement améliorés qu'il leur était possible de reprendre, avec quelques précautions, une existence à peu près normale. Le mécanisme de ces améliorations paraissait assez obscur, quoique des faits semblables fussent depuis longtemps connus.

Des malades atteints de néphrite chronique, des brightiques, avaient également été soumis à ces interventions sur la capsule et les nerfs du rein. On sait combien l'on est habituellement désarmé devant ces malades. Or, quelques-uns, dont la fin paraissait une question de jours ou de semaines, s'étaient vu accorder, à la suite des interventions, un sursis tout à fait inespéré, et souvent une amélioration remarquable. Ces résultats, obtenus à l'encontre des prévisions habituelles, étaient des plus encourageants (2).

Certains de ces brightiques graves étaient, fortement hypertendus. Après les interventions, leur pression artérielle s'abaissait de façon très intéressante :souvent une chute de quelques centimètres de Hg. se faisait immédiatement, puis elle se prolongeait progressivement dans la quinzaine ou le mois qui suivait. Immédiate ou lente, elle était le plus souvent importante : 5 à 10 cm. Hg. pour la Max., un peu moins pour la Min. Sa durée ne pouvait encore être précisée ; dans la majorité des cas, elle semblait atteindre plusieurs mois.

Devant de tels résultats, le Docteur Chabanier s'était demandé si des hypertensions, non plus néphritiques, mais au contraire, *sans trouble décelable du fonctionnement rénal*, autrement dit des hypertensions pures, n'étaient pas justiciables de la même thérapeutique. Une jeune femme hypertendue, atteinte de troubles vasculaires cérébraux extrêmement graves, mais sans troubles rénaux notables, fut opérée. L'amélioration de l'état général et la baisse de la pression artérielle qui suivirent furent appréciables (3).

A dater de ce moment, un fait capital est acquis. Il est nécessaire de le confirmer, et en répétant l'expérience, d'en tirer profit pour étudier les rapports entre les nerfs du rein et le système régulateur de la pression artérielle. Peut-être même est-ce le premier pas d'une méthode thérapeutique très intéressante.

Au cours des mois qui suivent, nous étudions un certain nombre d'hypertendus chroniques sans troubles rénaux, susceptibles de bénéficier de l'énervation rénale. Nous soumettons successivement au Docteur Chabanier six malades qui sont opérés, sous sa direction, soit par le Docteur Gaume à l'hôpital Necker, soit par le Docteur Rouquès à l'hôpital A. Paré. Seules les deux premières observations ont été publiées jusqu'à ce jour (3), en raison du recul nécessaire pour juger les résultats. Elles motivent notre étude sur le rôle des nerfs du rein dans les hypertensions artérielles. Quant aux observations suivantes, leur intérêt paraît absolument comparable à celui des deux premières.

II

Voici le résumé succinct des deux observations publiées :

Obs. princeps. — Mme Le Fl..., 37 ans, admise le 4 décembre 1934 dans le service du Docteur Monier-Vinard.

Etat lacunaire important avec troubles pseudo-bulbaires, auxquels s'associe une paralysie bulbaire vraie (hémiatrophie linguale). Hypertension élevée : 25-15 en moyenne ; connue depuis quatre ans, stable. Pas de troubles rénaux appréciables. L'étiologie de l'hypertension et des troubles artériels ne peut être précisée.

Le 28 février 1935, le Docteur Rouquès pratique une décapsulation rénale droite (service du Docteur Desmarest, hôpital A. Paré). La pression artérelle s'abaisse progressivement à 18-12 au neuvième jour après l'intervention. Elle se fixe à ce stade. L'état général s'améliore.

Le 13 avril 1935, décapsulation rénale gauche. Le 24 mai, la pression artérielle est à 14-8. L'état général s'améliore considérablement. Les signes nerveux tendent à s'atténuer.

Puis une réascension assez rapide de la pression artérielle se produit ; elle atteint 23-15 le 10 août.

Le 12 août 1935, énervation du pédicule rénal droit, par le Docteur Gaume (service de M. le Professeur Marion à l'hôpital Necker). A la suite de cette intervention, la pression artérielle tombe rapidement à 18-12 et s'y fixe quelque temps.

Le 19 septembre 1935, énervation rénale gauche, alors que la pression artérielle est à 19 1/2-13. La chute est relativement légère, à 16 1/2-10 au bout de quelques jours.

Quand la malade quitte l'hôpital, le 27 octobre 1935, elle paraît transformée, tant son état général s'est amélioré. Sa pression artérielle est en légère réascension, à 17 1/2-12. Surtout, les troubles nerveux loin de s'aggraver rapidement comme ils le faisaient avant les premières interventions, ont rétrocédé légèrement dans l'ensemble.

◆◆

(*) Cet article résume la thèse de l'auteur : « Sur les hypertensions artérielles. Le rôle des nerfs du rein dans les hypertensions ». Un vol. de 295 pages, Maloine, éditeur, à Paris.

Obs. II. — Mme B..., 37 ans, entre le 26 juillet 1935, à l'hôpital A.-Paré, pour :

1° Une hypertension très élevée : 27-16 en moyenne, à peu près stable, d'apparence solitaire ;

2° Des accidents surtout nerveux en rapport avec cette hypertension :

Crises douloureuses abdominales, à type solaire, qui font suspecter une tumeur surrénale ;
Paralysie faciale périphérique ;
Crises jacksoniennes discrètes ;
Dysarthrie transitoire ;
Troubles intermittents de la miction.

Là encore, il n'y a pas de signes rénaux nets : simplement une légère élévation de la constante uréo-sécrétoire à 0,102.

Absence de notion étiologique précise.

Le 5 août 1935, alors que la pression artérielle est à 29-17, le Docteur Gaume procède à la décapsulation et à l'énervation pédiculaire du rein gauche. Douze jours après l'intervention, la pression artérielle s'est abaissée à 20-12.

Le 5 septembre 1935, décapsulation et énervation du rein droit. Dans les suites opératoires, un infarctus pulmonaire. La pression artérielle qui s'est abaissée à 13 1/2-8 deux semaines après l'intervention, remonte à 16 1/2-11 lorsque la malade sort de l'hôpital le 19 octobre 1935.

(Les nouvelles reçues de la malade à Pâques 1936 apprennent que si la pression artérielle est remontée à 24-14, l'état général est excellent. La malade n'a plus de troubles, ni subjectifs ni objectifs, ce qui est fort appréciable).

III

Au cours des différentes interventions, des *biopsies rénales* ont été faites.

Ces biopsies n'ont le plus souvent aucun inconvénient. Parfois, cependant, elles sont susceptibles de produire un saignement abondant, de compliquer l'acte et les suites opératoires. Aussi doit-on, à notre avis, les pratiquer avec prudence et même s'en abstenir chez les sujets fragiles.

Ces réserves exprimées, le biopsie rénale constitue une excellente méthode d'étude de rein dans l'hypertension. Chez nos malades, les lésions rénales sont essentiellement vasculaires. Pour la première, il s'agit d'une néphro-angio-sclérose bénigne ; mais en certains points les vaisseaux afférents tendent à s'oblitérer et leur paroi à se hyaliniser. Il s'agit donc d'une forme intermédiaire, avec tendance à la malignité.

Pour la seconde, les lésions sont celles d'une néphro-angiosclérose maligne, encore peu évoluée.

De tels examens anatomiques permettent d'apprécier avec facilité les dégâts très intenses que peuvent entraîner les altérations vasculaires du rein. Quand l'oblitération se produit, de larges zones parenchymateuses sont frappées de mort, ou tout au moins annihilées fonctionnellement. Mais ce n'est là qu'un stade habituellement tardif de la maladie.

Il sera surtout intéressant, si les méthodes d'énervation rénale prennent droit de cité dans l'hypertension solitaire, de surprendre les divers stades antérieurs des altérations rénales, en particulier les stades de début. Ainsi pourra être mieux précisé le retentissement de l'hypertension sur le rein, lorsque celui-ci n'est pas la cause première de l'hypertension.

IV

Comment les énervations rénales peuvent-elles agir dans un sens dépresseur ?

La notion d'hypertensions nées sûrement dans le rein affirme que cet organe est susceptible d'agir sur le système presseur. Mais pourquoi intervient-il aussi dans les hypertensions d'origine extra-rénale, ainsi que l'affirment les résultats des énervations chez les hypertendus sans néphrite ?

Nous nous sommes efforcé :

1° D'étayer solidement cette notion nouvelle : l'intervention du système nerveux rénal dans les hypertensions en général.

2° De préciser avec soin les données acquises, en pathologie et en physiologie, sur les rapports du rein et du système presseur. Nous avons passé en revue les connaissances actuelles sur :

a) Le mécanisme régulateur de la pression artérielle ;
b) La pathogénie des hypertensions ;
c) L'anatomie et la physiologie des nerfs du rein, et les méthodes d'énervation rénale.

V

Nous ne pouvons ici que résumer très brièvement les résultats de notre enquête, et rapporter les seuls faits qui serrent de près notre sujet.

Parmi les connaissances classiques sur le mécanisme régulateur de la pression artérielle, rien ne concerne les nerfs du rein d'une façon précise. Mais, depuis trois ans, divers chercheurs allemands et surtout autrichiens ont envisagé le problème, et déjà de remarquables études expérimentales sont acquises : nous les exposerons un peu plus loin. Précédés dans le domaine expérimental, les faits cliniques que nous avons observés avec notre maître le Docteur Chabanier, restent les premiers en date. Leur valeur est étayée par ces travaux expérimentaux. Braun et Samet (4) s'appuient sur la fréquence de l'hypertension dans les néphrites, d'une part, et des lésions vasculaires du rein dans les hypertensions, d'autre part, pour rechercher, expérimentalement, le lien entre les deux ordres de troubles : ils soupçonnent les nerfs du rein et prouvent la justesse de leur conception. Avec le Docteur Chabanier, au contraire, nous partons des effets dépresseurs de l'énervation rénale dans les néphrites pour aboutir à l'idée générale d'une intervention des nerfs du rein dans le concert presseur. Résultats cliniques et expérimentaux concordent remarquablement : un de nos buts est de juxtaposer ces travaux qui se corroborent et d'en tirer des conclusions déjà solidement étayées par ces doubles recherches.

VI

Comment le rein peut-il agir sur la régulation de la pression artérielle ?

Par trois processus élémentaires, susceptibles de se combiner :

mécanique,
humoral,
nerveux.

a) *Facteur mécanique.* — La théorie mécanique du barrage rénal ne comporte, dans sa forme grossière, qu'un intérêt historique. Si l'obstruction de la circulation rénale joue un rôle, ce n'est pas mécaniquement, c'est pas l'intermédiaire d'agents humoraux ou nerveux.

b) *Facteur humoral.* — Le rein sain ne produit pas d'hormones pressives (J.-Besançon) (5).

Peut-être le rein pathologique émet-il des toxines hypertensives ? Il semble en effet que chez certains hypertendus brightiques, on retrouve dans le sang des principes presseurs spéciaux. Peut-être la tyramine est-elle l'un d'entre eux (7) ?

Mais lorsque le rein, primitivement sain, n'est pas le responsable initial de l'hypertension ? Diverses hypothèses peuvent être tentées. On peut admettre, en particulier, qu'il intervient normalement dans la régulation de la pression artérielle, par la neutralisation et l'élimination de substances hypertensives physiologiques. Cette fonction supposée peut être faussée ou déficiente sous certaines influences, en particulier lorsqu'il se produit, en un point quelconque de l'organisme, un « appel à l'hypertension ». Nous verrons plus loin que les travaux de Pick (8), consécutifs à ceux de Braun et Samet, rendent cette hypothèse des plus plausible. L'intermédiaire qui agirait sur le rein pour déterminer ce trouble fonctionnel serait l'*élément nerveux.*

c) *Facteur nerveux.* — C'est donc, en fin de compte, à l'élément nerveux que l'on aboutit encore lorsqu'on recherche les liens entre le rein et le système presseur.

VII

Que sait-on actuellement des nerfs du rein ? Bien peu de chose, disent Papin et ceux qui, après lui, se sont préoccupés de ce sujet (9). Cependant, les points suivants semblent précisés :

a) *Anatomie* :

1° *La capsule du rein contient de nombreux filets nerveux* ; l'importance des nerfs capsulaires est telle qu'une énervation limitée au hile n'est que partielle.

C'est pourquoi, à la suite de Jaboulay, Papin, Fischer, on peut assigner à la décapsulation rénale un important rôle nerveux. La décapsulation est une énervation rénale partielle. Son rôle mécanique nous paraît peu appréciable.

Pour obtenir une énervation rénale aussi importante que possible, il paraît nécessaire d'associer décapsulation et énervation hilaire. C'est ce qui a été réalisé, en un seul temps pour chaque rein, dans notre seconde observation, et dans celles qui ont suivi.

2° *Les relations nerveuses entre le rein et la surrénale* sont à prendre en considération.

Les deux organes ont une innervation d'origine commune : plexus solaire et nerfs splanchniques. Il n'est pas indifférent de noter que le nerf adrénalino-sécréteur, nerf hypertenseur par excellence, envoie au rein et à la surrénale des filets qui ne se séparent qu'*in extremis* et échangent de nombreuses fibres.

Il existe en effet des anastomoses nerveuses très riches entre nerfs surrénaliens et nerfs rénaux :

D'une part entre les nerfs supérieurs du hile du rein et ceux de la surrénale.

D'autre part entre le riche réseau de la capsule du rein, et celui de la glande.

b) *Physiologie*.

1° Les nerfs extérieurs du rein *n'ont pas d'action trophique nette*, ainsi qu'en témoignent les transplantations réalisées par divers auteurs et les très nombreuses énervations rénales, expérimentales ou thérapeutiques.

2° *Ils n'ont pas non plus d'action excito-sécrétoire* ; leur suppression n'entrave pas le moins du monde le bon fonctionnement de l'organe.

3° Leur action vaso-motrice est constrictive, essentiellement, ainsi qu'en témoignent de multiples expériences. Les divers procédés d'énervation rénale donnent toujours une vaso-dilatation.

4° Par l'intermédiaire de leurs nerfs, les reins réagissent à l'hypertension et à l'hyperadrénalinémie par une vaso-constriction très importante, pouvant entraîner (au cours des crises hypertensives en particulier), des désordres fonctionnels graves.

5° Bien qu'ils soient soumis à de nombreuses influences nerveuses et hormonales, les reins sont *capables d'autonomie fonctionnelle et trophique*.

Cette autonomie à l'égard des nerfs extra-rénaux, dont témoignent les expériences de transplantation, d'énervation et de perfusion, est probablement réglée par le *système nerveux intra-rénal*. Ce système nerveux intra-viscéral, dont l'ensemble est encore mal identifié, mais dont certains éléments sont connus, jouerait donc un rôle capital dans la trophicité et la fonction de l'organe, en particulier dans les phénomènes d'*intermittence, glomérulaire* qui sont un des points les plus curieux de la physiologie de cet organe (10).

VIII

Nous avons déjà vu que Braun et Samet (1) se préoccupent après tant d'autres, des rapports qui peuvent exister entre le rein et l'appareil régulateur de la pression artérielle. Pour ces auteurs, «si le stade initial de toute hypertension durable dépend d'influx presseurs venus du rein, il doit être impossible de réaliser aucune hypertension expérimentale lorsqu'on énerve préalablement les reins de l'animal d'expérience».

Parmi les méthodes expérimentales qui permettent de produire une hypertension durable, deux surtout présentent une commodité et une efficacité satisfaisantes, entre les mains d'expérimentateurs exercés. Ce sont, d'une part, la « *défreination* » ou section des quatre nerfs dépresseurs (Hering, Heymans) (6) ; d'autre part, l'injection intracisternale de kaolin finement pulvérisé ; méthode du kaolin, de Dixon et Heller) (12). Le mécanisme de l'hypertension par le kaolin est encore incertain, dans ses détails ; mais on obtient par ce procédé une remarquable hypertension durable, d'origine centrale. Cette dernière méthode est particulièrement commode chez le chien.

Or Braun et Samet, qui obtiennent sans difficulté les résultats habituels d'hypertension durable par ces deux méthodes, *ne les obtiennent plus si les reins sont énervés*.

1° L'énervation rénale préalable empêche l'hypertension par le kaolin (1932-33), Hartwich confirme le fait.

De même l'hypertension par défreination fait défaut après énervation rénale préalable (Braun et Samet, 1934).

2° Inversement, chez des chiens hypertendus par le kaolin ou par défreination, l'énervation d'*un seul rein* suffit à ramener la pression artérielle à la normale.

3° Si chez ces animaux, *on extirpe le rein énervé*, la pression remonte au niveau antérieur (l'hypertension se reproduit. Au contraire, l'extirpation du rein non énervé ne modifie pas la pression artérielle (Braun et Samet, 1934-35).

Braun conclut : « Le rein est aussi important dans le mécanisme de l'hypertension générale et durable que la roue dentée dans le mouvement d'une montre.» Et il ajoute : « *L'hypertension ne peut survenir quand il existe dans l'organisme un rein énervé* ».

Il nous paraît difficile de trouver une plus remarquable confirmation expérimentale de nos observations cliniques, qui sont la traduction thérapeutique des expériences de Braun et Samet.

Celles-ci ont été en partie reprises et confirmées par Pick (8). Mais cet auteur a orienté ses recherches dans un sens nouveau : il s'est efforcé de déceler les modifications humorales produites par les méthodes hypertensives d'une part, par l'énervation rénale d'autre part. Les résultats de ses recherches paraissent d'un remarquable intérêt.

Pick prélève du sang frais à la fémorale d'un chien, et l'injecte aussitôt, à la seringue, dans la veine de la patte de devant du chien récepteur.

La transmission du sang de chien normaux à d'autres chiens normaux ne modifie pas leur pression artérielle. En revanche :

1° Le sang frais d'animaux hypertendus par le kaolin transmet à des animaux sains une hypertension qui dure plusieurs heures.

2° Le sang d'animaux aux reins énervés *abaisse* la pression des chiens hypertendus par le kaolin, alors que le sang de chiens normaux ne la modifie pas.

3° La pression artérielle de chiens aux reins énervés ne s'élève pas plus quand on leur injecte du sang d'animaux hypertendus par le kaolin que quand on emploie du sang d'animaux normaux.

La confirmation de ces expériences doit être attendue avant de leur attribuer une valeur définitive. Mais si cette confirmation se réalise, ce qui semble probable, un grand pas sera franchi dans l'étude du mécanisme des hypertensions.

En ce qui concerne l'énervation rénale, les expériences de Pick semblent démontrer qu'elle fait apparaître dans le sang — *lorsque les reins sont sains* — des principes antihypertenseurs très actifs, capables de neutraliser, au moins passagèrement, les principes hypertenseurs que contient le sang des animaux hypertendus par le kaolin. Nous rappelons que, selon Braun et Samet, l'énervation rénale n'abaisse pas la pression des chiens normaux, mais les rend impropres à l'hypertension. De même, le sang des chiens aux reins énervés abaisse, selon Pick, la pression des chiens hypertendus ; mais Pick ne parle pas de son action sur la pression habituelle de chiens normaux.

Les méthodes hypertensives employées (défreination, kaolin intracisternal) les énervations rénales de Braun et Samet, dont les premiers résultats sont confirmés par Volhard et

Hartwich, enfin les études humorales de Pick, constituent un système homogène dont l'intérêt est absolument remarquable. De nouvelles expériences ne tarderont pas à la confirmer, puis à l'enrichir.

IX

Ainsi l'énervation rénale dans les hypertensions chroniques de l'homme a une action antihypertensive extrêmement nette, qui est la sanction d'un fait physiologique précis, démontré par l'expérimentation : l'intervention nécessaire des nerfs du rein dans le système presseur lorsque la pression artérielle s'élève au-dessus de la normale.

Au point de vue pratique, cette intervention donne des résultats très utiles, puisqu'elle améliore considérablement des malades voués à des accidents de haute gravité. Cette amélioration persiste au delà de la chute de la pression artérielle (obs. II), souvent même elle s'accentue malgré la réascension relative et ce point mérite d'être étudié. Mais pourquoi la pression artérielle remonte-t-elle au bout d'un certain temps, venant gâcher, au moins en apparence, le bénéfice de l'intervention ?

Théoriquement, la chute de la pression artérielle qui suit une énervation rénale devrait ramener cette pression sensiblement à la normale, si tout se passait comme chez l'animal d'expérience. Or, il n'en est pas ainsi, et pour y parvenir, ne serait-ce que temporairement, nous avons été obligés de procéder à une double énervation, celle du second rein amenant une nouvelle chute de pression artérielle au-dessous du seuil déjà atteint, mais pas toujours à la normale. Que faut-il en déduire ?

Chez l'animal d'expérience, le rein est resté pratiquement sain. Chez nos malades, il est gravement altéré, ainsi que le démontre l'histologie. On peut donc penser que la fonction antihypertensive du rein énervé ne se réalise pleinement que si ce rein est sain. S'il est malade, cette fonction antihypertensive du rein énervé est plus ou moins atténuée, vraisemblablement.

Ceci ne résout d'ailleurs pas le problème de la durée limitée de l'action antihypertensive. Chez l'animal, cette limitation de la durée n'a pas été recherchée, à notre connaissance. Les animaux aux reins énervés n'ont pas été observés que pendant un délai de quelques semaines à quelques mois, suffisant pour affirmer la valeur de la chute de la pression artérielle, mais non pour en préciser la durée exacte. Mais un fait a attiré notre attention. Dogliotti et Mairano (9) ont étudié, dans un but très différent, l'énervation rénale chez le chien ; ils ont constaté que les nerfs réséqués se renouvellent complètement au bout de trois à quatre mois. Si ce fait est réel, en est-il de même chez l'homme, où l'énervation est moins facile et moins complète encore que chez le chien ? Est-ce la raison pour laquelle les chutes de pression artérielle restent transitoires ? C'est possible, mais nous ne saurions l'affirmer encore.

Quelle que soit l'imperfection actuelle de la méthode thérapeutique mise en œuvre par Chabanier, elle présente trop d'avantages tangibles et définitifs pour ne pas être considérée comme une méthode d'avenir, dont la diffusion et l'étude constante permettront certainement bien des progrès. Mais surtout, il reste qu'elle repose sur une notion physiologique nouvelle, d'importance capitale, affirmée à la fois par l'expérimentation et la clinique : *l'intervention active et nécessaire des nerfs du rein dans le concert hypertensif.*

X

Les nerfs du rein constituent donc un relai capital du système presseur. Des hypertensions d'origine extra-rénale ne peuvent être réalisées si ces nerfs sont interrompus (Braun et Samet). Leur action dans la genèse de l'hypertension semble à double effet, à la fois nerveux et humoral, conformément à la loi générale de la régulation de la pression artérielle.

On est frappé par l'opposition évidente qui existe entre ces « nerfs hypertenseurs », et les « nerfs hypotenseurs », ces fameux dépresseurs dont l'étude s'est prodigieusement enrichie au cours des quinze dernières années, grâce aux travaux de Hering, de Heymans, de Tournade, et leurs collaborateurs (6).

Outre leur *action hypotensive et freinatrice de l'adrénalino-sécrétion*, actuellement hors de conteste, les nerfs dépresseurs ont, sur les vaisseaux du rein une action qui, pour n'être pas directe, n'en est pas moins très importante :

La section des quatre nerfs dépresseurs produit, en même temps qu'une hypertension et une hypersécrétion adrénalinique, *une vaso-constriction rénale intense.* Cette vaso-constriction est indépendante de l'action directe de l'adrénaline sur le rein, comme l'ont montré Tournade, Malméjac, par le dispositif du rein irrigué (13). D'autre part, l'excitation centripète des dépresseurs produit *une vaso-dilatation rénale* : elle équivaut donc à une inhibition des nerfs du rein.

Ainsi l'opposition entre nerfs dépresseurs d'une part, nerfs du rein, d'autre part, est extrêmement nette. On peut penser que ces deux systèmes sont partiellement antagonistes et agissent, dans une certaine mesure, par inhibition mutuelle.

Ces aperçus physiologiques nouveaux soulignent, du point de vue théorique, l'incontestable intérêt pratique de l'énervation rénale chez les hypertendus (3).

BIBLIOGRAPHIE

(1) Chabanier, Lobo-Onell, Gaume et Lelu. — Glomérulo-néphrite aiguë diffuse, grave, guérie cliniquement et fonctionnellement après décapsulation. (*Presse Médicale*, 6 octobre 1934, p. 1568.)

(2) Chabanier, Lobo-Onell et Gaume. — Résultats de la décapsulation dans vingt-neuf cas de glomérulo-néphrites. (XXXIVe Congrès d'urologie, Paris, 8 octobre 1934.)

(3) Chabanier, Lolo-Onell et Gaume. — De la décapsulation et de l'énervation des reins dans les états hypertensifs. (Congrès d'urologie, Paris, 1935.) — De la décapsulation et de l'énervation des reins dans les états hypertensifs permanents. (*Presse Médicale*, 22 février 1936, p. 307.)

(4) L. Braun et Samet. — Recherches expérimentales sur la pression sanguine et le rein (III). (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 19 janvier 1934, page 66, et 2 février 1934, page 154.) — Recherches expérimentales sur la pression sanguine et le rein (IV). (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 1935, page 940.)

(5) Justin-Besançon. — Les fonctions internes du rein. (Thèse, Paris 1929.)

(6) Heymans, Bouckaert et Régnier. — Le sinus carotidien, Paris, 1933 (Doin).

(7) Heinsen et Wolff. — La tyramine, substance hypertensive de l'hypertension pâle. (*Zeitschrift fur Klinische Medizin*, 1935, tome 128, page 213.)

(8) Pick. — Transmission humorale de l'hyper et de l'hypotension. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 3 mai 1935, page 634.)

(9) Papin. — Les nerfs du rein. (*Encyclopédie française d'urologie*, 1919, page 471.) — La chirurgie du rein, 1928 (Chez Doin, à Paris.)

Dambrin. — Thèse, Toulouse, 1933.

Dogliotti et Mairano. — Innervation rénale et interventions fonctionnelles sur le rein. (*Archivio Italiano di chirurgia*, 1930, volume 37, page 109.)

(10) Richards et Schmidt. — La circulation glomérulaire. (*American Journal of Physiology*, 1924, tome 71, page 178.)

Haymann et Starr. — Expériences sur la circulation glomérulaire dans le rein des mammifères. (*Journal of expérimental medecine*, 1925, tome 42, page 641.)

(12) Dixon et Heller. — *Archiv. fur experimentelle Pathol. und Pharmak.* 1932, tome 166, page 265.

(3) Tournade. — Sur les réactions vaso-motrices du rein pendant l'excitation centripète du nerf de Cyon-Ludwig et du nerf vague. (Comptes rendus de la Société de biologie, 1932, tome 190, page, 879-881.)

Malméjac. — Nerfs dépresseurs et diurèse. (Comptes rendus de la Société de biologie, 1934, tome 116, page 532.)

« J'ai souvent rêvé d'un censeur de génie, inaccessible aux intrigues, surgissant tel la statue du Commandeur, dans les Salles de rédaction, dans les Sociétés savantes, déchirant l'article inutile, faisant taire le bavard. Au bout de l'an, la montagne toujours plus haute de la « Science » médicale » se réduirait à une taupinière ». (P. Mauriac. *Presse médicale* 28 nov. 1936.)

CLINIQUE MÉDICALE

Les laryngites graves tardives de la rougeole[1]

Par R. DUPÉRIÉ

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Bordeaux

Les diverses épidémies de rougeole sont plus ou moins fertiles en complications laryngées. Au cours d'une épidémie qui se développa à Bordeaux, au printemps 1933, nous fûmes frappé de la fréquence et de la gravité de l'atteinte laryngée chez les petits rougeoleux soignés dans notre service de l'hôpital des Enfants. Ces laryngites graves tardives laissèrent au second plan les autres complications morbilleuses habituelles, et imprimèrent un caractère particulier à cette épidémie. Ces faits firent l'objet de la thèse d'une de nos élèves, Mlle G. Le Roux, externe des hôpitaux (thèse de Bordeaux, 1935) et ce sont les conclusions de ses recherches que nous allons développer devant vous.

Il faut bien distinguer tout d'abord ces laryngites morbilleuses tardives qui font l'objet de cette leçon, de la laryngite catarrhale qui appartient au tableau clinique normal du début de la rougeole, partie prenante du catarrhe oculonasal classique, et de la laryngite striduleuse ou faux-croup, si fréquente à la période d'invasion de la rougeole et qui n'est que l'exagération de la précédente.

Les pédiatres se sont depuis longtemps préoccupés de ces laryngites tardives graves de la rougeole. Avant l'ère microbienne ils mirent en doute leur nature morbilleuse, et les rapprochèrent du croup diphtérique auquel elles étaient cliniquement analogues ; de nombreux auteurs admirent que dans bien des cas « la diphtérie venait donc compléter l'œuvre de destruction commencée par la rougeole ». La biologie, avec la découverte fréquente, dans ces cas, du bacille de Klebs-Lœffler, et l'amélioration du pronostic par la sérothérapie antidiphtérique parut confirmer cette opinion. Mais toutes ces laryngites graves tardives ne sont pas diphtériques ; et on pense actuellement que des germes autres que le bacille de Lœffler peuvent les provoquer : le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque.

La fréquence de cette laryngite aiguë post-morbilleuse est très variable selon les épidémies. Tous les ans, à l'hôpital des Enfants, on a l'occasion d'en observer quelques cas. C'est essentiellement une complication de la rougeole de l'enfance. Sur toutes les rougeoles observées par Nisim-Lévy à l'hôpital Claude-Bernard (thèse Paris, 1626) cet auteur note que chez 652 rougeoleux de moins de 15 ans il y eut 21 cas de croup, tandis que sur 369 adultes ou enfants au-dessus de 15 ans, il n'y en eut que deux cas.

* * *

En clinique, comment se présentent ces laryngites? Elles font suite à l'éruption morbilleuse, apparaissant presque toujours du quatrième au treizième jour de la rougeole, quelquefois même beaucoup plus tard ; ainsi, dans un cas publié dans la thèse de notre élève J. Dubarry, une laryngite sténosante se déclara un mois après la rougeole.

Il s'agit soit d'un croup morbilleux, soit d'une laryngite ulcéreuse sous-glottique. Le croup est presque toujours primitif, c'est-à-dire non précédé d'angine, mais il peut quelquefois succéder à un coryza diphtérique. Plus rarement, il peut faire suite sans intervalle de rémission au catarrhe morbilleux laryngé de la période d'invasion, qui peut revêtir lui-même l'aspect de la laryngite striduleuse. West, en 1843, a tracé de ce croup morbilleux une description restée classique : tantôt il débute par une crise de suffocation, avec dyspnée laryngée intense ; l'enfant est angoissé et aphone, il a une respiration courte, très difficile ; ces crises peuvent emporter le malade en quelques heures ; — tantôt, au contraire, ce croup de la rougeole a une marche insidieuse, et dit West, le degré des troubles existant pendant la vie ne donne pas une idée exacte de l'importance des désordres locaux que l'autopsie peut révéler ; l'enfant paraît sérieusement atteint et la rougeole ne suffit pas à expliquer la gravité de son état ; cependant il n'existe aucun indice d'un trouble spécial dans un organe ; l'enfant est assoupi, parle à voix basse, a de la répugnance à avaler ; la respiration est exempte de tout sifflement croupal ; — d'autres fois enfin, la laryngite peut débuter par une dyspnée légère, à type laryngé, sans polypnée, dyspnée inspiratoire, mais avec des crises paroxystiques caractérisées par du tirage sous-sternal, intercostal, sus-claviculaire mais surtout du tirage sus-sternal caractéristique d'un obstacle laryngé. La toux peut être à la fois grasse et rauque si elle n'est pas éteinte, et si la voix est également claire c'est que les cordes vocales sont libres, que les lésions sont alors sous-glottiques. Quand il y a laryngite à fausses membranes, atteinte des cordes vocales, la toux et la voix sont assourdies, puis complètement éteintes.

L'examen laryngoscopique au miroir est impossible. Cependant, avec une spatule spéciale, Variot et Glover purent voir l'orifice laryngé. Chevallier Jackson avec sa technique perfectionnée de la laryngoscopie directe nous a fait connaître ces deux saillies œdémateuses fusiformes rougeâtres, débordant le bord libre des cordes vocales, avec sécrétions purulentes recouvrant les ulcérations.

Le processus infectieux ne tarde pas à s'étendre à la trachée, aux bronches. Le syndrome laryngé perd bientôt de sa netteté ; il s'y surajoute des signes de broncho-pneumonie, mais la respiration est si diminuée que l'auscultation est très difficile. Martinez Vargaz a bien montré le facteur de gravité que sont ces broncho-pneumonies plus ou moins silencieuses. Certains de ces petits malades au cours de crises paroxystiques ou de tentatives de tubage peuvent rejeter des fausses membranes, quelques-unes très longues, moules trachéaux, quelquefois bifurqués signant l'atteinte des grosses bronches.

L'état général ne tarde pas à s'altérer profondément ; ces enfants sont prostrés et pâles, tour à tour angoissés et abattus. La température plus basse depuis le pâlissement de l'exanthème remonte. Les accès de suffocation se répètent, aboutissant au syndrome asphyxique. Certains accès peuvent par leur gravité entraîner la mort. Chez d'autres malades la convalescence s'installe lentement avec un cortège d'asthénie et de dépérissement prolongés.

* * *

Au point de vue du diagnostic, plusieurs éventualités peuvent se présenter en présence d'un rougeoleux dyspnéique. S'agit-il d'une dyspnée par broncho-pneumonie ? Elle s'accompagne de polypnée, de battements des ailes du nez, de tirage sous-sternal. En cas d'obstacle laryngé, au contraire, les mouvements respiratoires sont ralentis, la voix et la toux sont modifiées, il y a du tirage sus-sternal ; mais la broncho-pneumonie complique souvent la laryngite suffocante. Les signes des deux affections sont intriqués, il faut savoir déceler l'une et l'autre.

On a reconnu l'origine laryngée de la dyspnée. Quelle est maintenant sa cause ?

N'avons-nous pas affaire à une laryngite morbilleuse à type striduleux due à la congestion de la muqueuse fragilisée par l'exanthème et qui peut persister plus longtemps

(1) Leçon du Cours de perfectionnement d'oto-rhino-laryngologie du Professeur Portmann (Bordeaux, juillet 1936) recueillie par le Docteur J. Dubarry, chef de Clinique.

que d'habitude ? Ou bien s'agit-il d'une laryngite secondaire microbienne diphtérique ou autre, venant compliquer la rougeole ? L'élément diagnostic le plus valable ici est encore la date d'apparition du trouble laryngé: la laryngite secondaire est exceptionnelle, précoce, tandis que la laryngite morbilleuse est contemporaine de la période d'invasion. Rare au début de l'éruption, la laryngite secondaire apparaît le plus souvent lorsque l'éruption est à son acmé ou commence à pâlir. De plus, en général la laryngite morbilleuse s'amende et guérit lorsque se développe l'exanthème, et ce fait s'oppose à l'aggravation progressive de la laryngite due à une infection secondaire.

Il s'agit donc d'une laryngite aiguë secondaire post-morbilleuse ; il importe alors de connaître le germe microbien en cause. Pour les classiques, la réponse est presque unanime, il s'agit du bacille diphtérique, et de fait, on traite dans ce sens. L'examen d'une fausse membrane rejetée confirme souvent la nature diphtérique de la laryngite. A noter qu'ici toutes les formes de bacilles diphtériques sont aussi dangereuses les unes que les autres et qu'un croup à bacilles courts nécessite la même sérothérapie que s'il s'agit de bacilles longs.

Mais la fausse membrane ne signifie pas fatalement diphtérie. D'autres germes peuvent donner un enduit semblable à la surface d'une muqueuse érodée : nous publiâmes, en 1911, avec Muratet, une laryngite à fausses membranes à pneumocoques ; quelquefois le streptocoque est en cause. De plus, dans nombre de cas, la laryngite post-morbilleuse n'est pas pseudo-membraneuse : il s'agit d'une laryngite sous-glottique, œdémateuse et ulcéreuse. Cliniquement, elle se distingue du croup morbilleux véritable par l'irrégularité de son évolution, par l'absence de toux rauque et de voix étouffée, par l'existence de crises de dyspnée paroxystique avec toux et voix claires, et c'est là sa particularité essentielle. Ces petits malades doivent presque toujours être tubés ; or le détubage ne ramène ici jamais de fausses membranes et en outre, le tube est oxydé par places, présentant des taches brunâtres caractéristiques des ulcérations.

Quel est l'agent de ces laryngites ulcéreuses ?

Sans doute le bacille de Klebs-Lœffler est capable de les provoquer. Pourquoi dans ces cas fait-il pareilles lésions tout à fait différentes de celles qu'il produit habituellement ? Peut-être faut-il tenir compte du terrain spécial, de l'anergie morbilleuse et de ce fait d'un réveil de virulence de microbes banaux associés ; pathogénie invoquée aussi pour certaines laryngites graves sous-glottiques d'origine grippale. Mais on peut trouver aussi le pneumocoque, le streptocoque ou le staphylocoque. Dans les huit cas étudiés de près dans la thèse de Mlle Le Roux, le bacille diphtérique existait seul trois fois, dont deux fois dans des laryngites à fausses membranes ; deux autres fois, il était associé au staphylocoque et, sur ces deux cas, on trouvait une laryngite à fausses membranes. Les cinq autres cas, à savoir, un à bacille diphtérique pur, un à bacille diphtérique associé au staphylocoque et les trois laryngites à staphylocoques, appartenaient à la forme ulcéro-œdémateuse sous-glottique. En somme, chez nos malades, les fausses membranes ont été observées dans la plupart des cas dus au bacille diphtérique pur ou associé au staphylocoque, tandis que dans les cas à staphylocoques purs, il s'agissait de laryngites ulcéro-œdémateuses. C'est donc l'espèce microbienne en cause qui paraît conditionner le type de la laryngite. Nos constatations viennent d'ailleurs confirmer les chiffres apportés par Munoz Seca qui dans 36 cas de sténose laryngée post-morbilleuse note 22 croups diphtériques et 14 non-diphtériques.

***

La laryngite secondaire de la rougeole a un pronostic grave. La muqueuse déjà altérée par l'exanthème et le catarrhe se défend mal contre une infection secondaire. Dans une des dernières statistiques publiées, Lapeyre note 15 décès sur 33 cas.

Plus l'enfant est jeune, plus la mortalité est élevée ; plus la laryngite est précoce, plus elle est grave. Depuis l'ère de la sérothérapie antidiphtérique, la laryngite ulcéreuse sous glottique paraît plus grave que la laryngite pseudo-membraneuse. Les cinq croups morbilleux de la thèse de Mlle Le Roux guérirent tandis que les trois laryngites ulcéreuses moururent.

Fréquemment ces enfants atteints de laryngite sous-glottique deviennent des « tubards », candidats aux broncho-pneumonies et aux infections secondaires auxquelles ils ne tardent pas à succomber.

L'observation IV de la thèse de Mlle Le Roux est caractéristique : cet enfant de 3 ans, tubé, détubé et retubé cinq fois en quatorze jours mourut malgré la sérothéraple intensive et le propidon ; jamais il n'a expulsé de fausses membranes et l'ensemencement des mucosités de la gorge deux fois répété n'a montré que du staphylocoque.

Quand ces laryngites ulcéreuses guérissent, c'est habituellement au prix d'une sténose laryngée cicatricielle, assombrissant par conséquent le pronostic lointain.

***

Quel que doive être le résultat de l'ensemencement des mucosités pharyngées, en présence d'un morbilleux qui, au cours ou au déclin de son éruption est pris de crises de suffocation, la sérothérapie antidiphtérique s'impose intensive et immédiate.

C'est l'avis de tous les pédiatres, exprimé récemment encore par H. Grenet. Il faut lui adjoindre un traitement antispasmodique : isolement, atmosphère chaude, humide et balsamique, applications chaudes sur la gorge. Au point de vue médicamentedx : bromure, belladone, antipyrine, gardénal, sirop de co éine, morphine même pour certains. Si l'ensemencement indique la présence de bacilles de Lœffler on continue la sérothérapie antidiphtérique ; s'il s'agit d'un autre germe, on essayera dans la mesure du possible une médication spécifique adaptée à ce germe : sérum antipneumococcique, sérum antistreptococcique de Vincent. Certaines laryngites à staphylocoques paraissent réagir favorablement au propidon. Actuellement l'anatoxine staphylococcique doit être tentée en surveillant étroitement le cœur.

Tous les auteurs sont d'accord pour retarder le plus possible l'intervention chirurgicale qui traumatisera une muqueuse déjà très infectée. Néanmoins, on a le plus souvent la main forcée par l'intensité ou la fréquence des accès de suffocation. Presque toujours, comme pour le croup diphtérique habituel, c'est le tubage qui est pratiqué ; mais trop souvent, lors du détubage, soit spontané, soit provoqué, de nouveaux accès de dyspnée réapparaissent, nécessitant le retubage et faisant de ces malades des « tubards ».

Dans les formes ulcéro-œdémateuses sous-glottiques, on s'est demandé s'il ne valait pas mieux pratiquer d'emblée la trachéotomie. Les opinions sont partagées. Pour notre part, nous croyons que le tubage et la trachéotomie ont les mêmes inconvénients et les mêmes dangers chez ces malades : tubards et canulards se valent, et la broncho-pneumonie se rencontre avec une égale fréquence chez les uns et chez les autres. Les sténoses paraissent même plus graves après la trachéotomie.

Nous conseillons donc de commencer par le tubage, de le refaire, si besoin est, une autre fois et, en cas de nouvel échec, de reprise des accès asphyxiques, de pratiquer la trachéotomie.

Les toni-cardiaques devront évidemment être adjoints à ces thérapeutiques.

Quant à la prophylaxie de ces accidents, la vaccination par l'anatoxine antidiphtérique viendra certainement réduire le nombre des croups diphtériques post-morbilleux. Peut-être l'anatoxine staphylococcique nous rendra-t-elle un jour les mêmes services en ce qui concerne les laryngites œdémato-ulcéreuses.

THÉRAPEUTIQUE

Effets de la thérapeutique par les préparations d'or sur la menstruation

L'or a été préconisé pour la première fois par DIOSCORIDE avant l'ère chrétienne pour des fins thérapeutiques. Son emploi a été vulgarisé par AVICENNE et par PARACELSE. Bien des médecins ont été hantés par l'idée plus ou moins clairement exprimée que le roi des métaux était le roi des médicaments. On l'a souvent employé en association avec le mercure, soit de façon avouée, soit en cachette. Après avoir connu, à diverses reprises, la plus grande vogue et le plus grand oubli, l'or est redevenu un médicament d'actualité tant pour combattre la tuberculose que pour combattre la syphilis.

***

L'or était employé, autrefois, principalement sous forme de chlorure. Actuellement on utilise des sels qui comportent un radical sulfhydrile, des sels en « thio » et il semble que l'association du soufre et de l'or comporte une activité thérapeutique que ne possèdent pas les deux composants isolément.

***

Un mot d'abord sur les propriétés physiologiques que les anciens attribuaient aux préparations d'or. L'or, pour eux, était un excitant énergique : il accélérait le pouls et augmentait la chaleur Faut-il rapprocher cette vaso-dilatation du fait signalé par HEUBNER, en 1907, c'est à savoir que l'or est puissamment vaso-dilatateur. Cette « fièvre aurique » passagère s'accompagne d'hypercrinies diverses (salivation, sueurs, diurèse). L'or exciterait, également, le système nerveux. TROUSSEAU décrit une exaltation des fonctions intellectuelles et FONSSAGRIVE a parlé d'une ivresse aurique. A ce titre, on l'a employé dans la lypémanie et l'hypochondrie. « Les fonctions de l'estomac, dit TROUSSEAU, deviennent plus actives, plus régulières, ce qui se juge surtout par l'augmentation de l'appétit, par la rapidité des digestions ». Enfin, d'après le même auteur « la constipation est une conséquence assez ordinaire de l'emploi des médicaments auriques, et il doit en être ainsi puisque l'absorption intestinale semble être augmentée ».

L'or se fixe dans le tissu réticulo-endothélial et sur le système nerveux : on en trouve de grandes quantités dans l'encéphale. L'élimination se fait principalement par l'urine : 75 à 85 %.

Je voudrais revenir sur un fait que j'ai déjà signalé et qui a, peut-être (?), quelque intérêt : alors que le mercure est un puissant décalcifiant de l'organisme, nous avons obtenu, après injection de sels d'or, des taux calciques supérieurs à la normale, un peu supérieurs seulement, d'ailleurs. Mais, en matière de traitement antisyphilitique, il convient peut-être de se rappeler ce pouvoir légèrement récalcifiant et d'opposer l'or au mercure sur ce point (1).

***

L'or est, de temps à autre, employé dans le traitement de la syphilis (2). En principe, il n'est pas employé en première ligne ; on le réserve aux syphilis qui résistent (1) à l'arsenic, au bismuth (2), au mercure ou aux sujets qui sont intolérants pour ces substances. Il est curieux de noter que ces syphilis polyrésistantes sont sensibles à l'or et qu'au contraire une syphilis banale, susceptible d'être traitée par les médicaments classiques, bénéficie peu de ce médicament ; il y aurait, donc, si je puis m'exprimer ainsi, des syphilis qui « appellent » l'or.

Si l'or améliore les lésions syphilitiques, il faut remarquer qu'il négative lentement le Wassermann.

Enfin, il importe de signaler que l'or, se fixant sur le système nerveux, pourrait bien être particulièrement indiqué dans certaines localisations cérébrales de la syphilis.

Là encore, il convient de remarquer que les anciens préconisaient l'or dans les maladies de l'encéphale et de la moelle.

***

L'or a été très employé au cours des dernières années contre la tuberculose. Sans nous risquer dans ce domaine de la pathologie, nous pouvons résumer l'opinion de la majorité des phtisiologues en disant que ce médicament donne, parfois, de très réelles améliorations, mais que ses succès sont très inconstants. Il ne semble pas que nous ayons une explication satisfaisante de ces différences (3). Des conclusions mitigées analogues s'appliquent à l'emploi de l'or dans les tuberculoses cutanées et dans le lupus.

***

L'or a été employé avec des succès divers dans la lèpre, dans le psoriasis, dans la scrofule (4), dans le goitre, dans le rhumatisme chronique (5). Dans son *Manuel pratique des maladies vénériennes*, GILBERT rapporte un cas de végétations qui furent guéries par l'usage interne du chlorure d'or.

***

L'emploi thérapeutique des sels d'or ne va pas sans d'assez fréquents phénomènes d'intolérance. Les Anciens avaient signalé que les préparations auriques pouvaient donner des éruptions diverses. De très nombreuses observations ont été publiées depuis que l'emploi de l'or s'est vulgarisé pour combattre la tuberculose et la syphilis. On a signalé des vertiges, des céphalées, des accidents cutanés parfois étendus et pénibles, des accidents muqueux et, en particulier, des stomatites, des purpuras, des accidents rénaux (6).

Les aurides seraient nettement plus fréquentes dans les formes fibreuses de la tuberculose que dans les formes caséeuses.

Si certains auteurs, malgré ces divers accidents dont ils sont

---

(1) H. VIGNES et H. POTÉ. — Action du mercure et du bismuth sur la teneur de l'organisme en calcium. Action de l'arsenic, de l'argent, de l'or et de l'iode. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. 110, juillet 1932, p. 1204 et 1206.

(2) Contre la syphilis, GLAUBER préconise l'or dés 1646, et Gervais UCAY, en 1688, concluait qu'on ne saurait assez exagérer les vertus de ce remède. Nous passerons sur une très copieuse littérature et en particulier sur le travail de CHRESTIEN pour arriver à CULLERIER qui, en 1811, sur treize malades obtint deux guérisons, deux améliorations, quatre cas inchangés et cinq cas de marche croissante du mal. RICORD, VELPEAU sont fort sceptiques. Mais le sage TROUSSEAU reconnaissait qu'il y a une part de vérité dans les propriétés antisyphilitiques attribuées à l'or. DIETRICH, en 1840, dénie à l'or toute vertu antisyphilitique, mais le regarde comme un puissant moyen à opposer à la cacchexie hydrargyrique. En 1889, DUJARDIN-BEAUMETZ considérait l'or comme le médicament des accidents secondaires qui résistent au mercure. Ultérieurement NEISSER et d'autres auteurs, encore, ont employé la cyanure d'or et de potassium qui serait très actif mais qui est difficile à utiliser de par le fait de sa toxicité. TRUFFI, KOLLE ont obtenu d'intéressants résultats par le chlorure d'or dans la syphilis expérimentale, mais c'est surtout à la suite des travaux de LEVADITI, en 1925, que l'or a été employé. LEVADITI a utilisé le thiosulfate d'or et de sodium déjà préconisé contre la tuberculose et, à la différence des expérimentateurs précédents, il dénie absolument (ce qui est peut-être bien absolu) toute valeur au chlorure d'or et considère comme indispensable l'ion sulfhydrile. En France, c'est JEANSELME et BURNIER en 1927, puis GOUGEROT qui ont introduit l'or dans le traitement de la syphilis humaine. L'or peut rendre les plus grands services ainsi que le montre la monographie de LEBŒUF et MOLLARD (*Les sels d'or en dermatologie et syphiligraphie*. Masson, éd., 1932).

(1) FONSAGRIVES reconnaissait une réelle utilité à l'or dans certaines syphilis « résistant ou répugnant au mercure » (nous dirions avec mercuro-résistance ou mercuro-intolérance), dans les syphilis invétérées qui ont usé le mercure, dans celles qui s'accompagnent d'un état constitutionnel grave, dans le phagédénisme syphilitique des scrofuleux.

(2) Dans une observation d'Yves BUREAU, il s'agissait d'une syphilitique qui, au cours d'un traitement par le bismuth, fit des accidents syphilitiques rebelles à l'arsenic et au bismuth et qui guérit par l'or rapidement. (Syphilis polyrésistante guérie par les sels d'or. *Gazette médicale de France*, 1er décembre 1932).

(3) KOCH, en 1890, constata que le cyanure d'or et de sodium a un pouvoir bactéricide considérable *in vitro* sur le bacille de la tuberculose. Mais les essais cliniques ne donnèrent que des résultats médiocres étant donné la toxicité de ce sel. C'est seulement en 1924 que l'or entra dans le traitement de la tuberculose à la suite des travaux de MOLLARD et de l'emploi des dérivés soufrés.

(4) En particulier FORGET, élève de Baudelocque, en 1838, publie une observation de blépharite ciliaire, adénopathie cervicale et écrouelles guéries par l'or.

(5) FORESTIER, 1931.

(6) LE BLAYE (1932) rapporte deux observations d'accidents rénaux où les doses employées étaient pourtant minimes (dix centigrammes de chrysalbine dans un cas, de l'or colloïdal à « doses quasi-homéopathiques » dans l'autre).

les premiers à reconnaître l'existence, persistent à utiliser l'or, il en est d'autres qui restent méfiants (1).

***

Les accidents de la chrysothérapie et, en particulier, les purpuras peuvent se compliquer de métrorragies et de ménorrhagies. Dans un cas de Leboeuf et Mollard, chez une tuberculeuse, on vit, lors de la quatrième injection d'or laquelle fut pratiquée pendant les règles, apparaître du purpura et une augmentation du flux menstruel. Dans le cas de Jacquelin et Alanic, on vit se développer une anémie à type agranulocytaire, aplastique, mortel dont un des premiers signes fut un allongement et un accroissement de la menstruation. Deux confrères roumains viennent de publier un cas de ce genre (2).

Il s'agissait d'une malade de 35 ans, qui vient consulter pour un lupus érythémateux fixe du nez, apparu depuis quelques années. Les auteurs commencent le traitement par des piqûres de bismuth, qui sont généralement mieux tolérées et exposent moins aux accidents que l'or. Mais, après trois injections, la malade ayant fait une stomatite, on dût interrompre ce traitement bien que le lupus, en dehors de tout traitement local, se fût déjà sensiblement amélioré. On commença, alors, un traitement aurique par le thiosulfate double d'or et de sodium et on administra en injections intraveineuses le 11 mars cinq centigrammes ; le 16 mars dix, le 18 mars, quinze. Le 23 mars, quand la femme vint pour l'injection suivante de vingt centigrammes, elle signala qu'elle avait depuis cinq jours ses règles. Le 30 mars, elle vint pour la dose de vingt-cinq centigrammes et dit qu'elle avait ses règles depuis onze jours ; elle accusait aussi un prurit vulvaire, apparu en même temps que les règles. On lui prescrit une préparation de calcium et on ajourna les piqûres. Le lupus érythémateux était, d'ailleurs, en voie de disparition. Le lendemain, la ménorrhagie ainsi que le prurit cessèrent, avant même l'ingestion du sel calcique. Le 17 avril, on lui fit vingt-cinq centigrammes de crisalbin. Deux jours après, le 19 avril, elle eut de nouveau une menstruation qui dura, cette fois, cinq jours, au lieu de un à deux jours qu'elle durait au cours des dernières années. Ses règles, autrefois, avaient été abondantes. Mariée à 24 ans, la menstruation garda cette abondance, ayant une durée de huit jours, subissant des retards de huit à dix jours. Elle a eu trois grossesses, mais n'a mis au monde qu'un seul enfant, les deux autres grossesses ayant été interrompues par des curettages à la suite des pertes. La menstruation a été réduite à une durée de un à deux jours à la suite de ces curettages et était devenue douloureuse.

Mais, à côté de ces faits où l'or influe sur la menstruation par l'intermédiaire d'un trouble de la crase sanguine, donc par un mécanisme pathologique, il en est d'autres où l'action médicamenteuse semble s'exercer directement sur le système nerveux utérin et sur la circulation pelvienne par un mécanisme physiologique. Ce sont des faits que j'ai observés souvent et, je m'empresse de l'ajouter, qui sont connus depuis longtemps.

Je voudrais à ce propos rappeler quelques données antérieures : elles se résument en ceci, c'est que l'écoulement menstruel et l'orgasme vénérien seraient favorisés par l'or.

Certains auteurs ont comparé les effets de l'or sur les vaisseaux du bassin à ceux de l'aloès, d'où le retour du flux menstruel supprimé, d'où le rappel de la fluxion hémorroïdaire. Trousseau enseignait qu'il y a bénéfice à employer l'or dans les cas d'aménorrhée et de dysménorrhée, dans l'aménorrhée des jeunes filles strumeuses surtout, disait il. Il le considérait comme un puissant emménagogue. Par ailleurs, après avoir signalé que l'or augmente l'excitation sexuelle chez l'homme et qu'il peut déterminer du priapisme, il considère que cette action excitante sur le système générateur se manifeste chez la femme moins par des appétits vénériens exagérés que par l'augmentation du flux et de la fluxion menstruels. D'ailleurs, il résulte de cette action que, soit à la ménopause, soit chez les femmes exposées aux métrorrhagies, il convient de se méfier de son emploi.

Plus récemment, Frank P. Davis rappelait que l'or est un stimulant des organes génitaux au point de vue du désir sexuel et de l'érection et qu'il augmentait la menstruation ; il serait utile dans l'atrophie testiculaire ; on pourrait l'employer en association avec le mercure. Il rendrait, même, des services en cas de prolapsus utérin (?) et de vaginisme. C'est un des remèdes dont l'auteur se loue le plus et qu'il emploie le plus fréquemment en pratique gynécologique.

L'action hypérémiante exercée par l'or sur les organes génitaux amenait Trousseau à conseiller la méfiance chez les femmes enceintes. Léon Bernard, Charles Mayer et Sakellaropoulos qui ont employé l'or chez les femmes enceintes tuberculeuses ne semblent pas avoir observé de faits de cet ordre. Je ne saurais donner d'opinion sur ce point faute d'avoir observé un nombre suffisant de cas.

Henri Vignes.

(1) « Des dermatites tardives, dit le Professeur Ide, ne sont pas rares et sont déclarées d'origine aurique par les spécialistes au grand étonnement du médecin traitant. Ces dermatites présentent des localisations assez spéciales frappant à la fois des zones très épidermisées comme un psoriasis et les zones tendres des plis des membres comme un eczéma. Mais chose étrange, ces dermatites s'accompagnent d'irritation des muqueuses, évidente à la bouche et aux yeux, tandis que des symptômes gastro-intestinaux, œsophagiens et trachéiques semblent indiquer des lésions généralisées aux muqueuses les plus diverses. L'or cherche, donc, à sortir par tous les épithéliums, mais en les irritant » (*Revue médicale de Louvain*, n° 1, 1935).

(2) Waintraub et Leibovici. — Un cas de ménorrhagie au cours de la chrysothérapie. *B. et M. de la Soc. Méd. des Hôp. de Bucarest*, mai 1936, p. 159.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

L'origine de l'hyperuricémie goutteuse a été l'objet de nombreuses hypothèses. Parmi celles-ci, il en est deux principales : l'hyperuricémie est due à un trouble du métabolisme aboutissant à une surproduction d'acide urique ; 2° l'hyperuricémie est due à une insuffisance de l'élimination rénale de l'acide urique.

Aucune des recherches jusqu'alors entreprises n'ayant apporté de résultat qui autorise à admettre que l'hyperuricémie soit la résultante d'une de ces causes plutôt que de l'autre — ou même des deux à la fois. MM. Marcel Labbé, P.-L. Violle et F. Nepveux ont repris de nouveau cette étude. Voici leurs conclusions :

« En définitive, de ces longues recherches et discussions, il apparaît que l'hyperuricémie goutteuse ne saurait résulter ni d'une hyperproduction urique, même aux dépens des albumines, ni d'une insuffisante destruction par défaut d'uricolyse, ni d'une rétention due à un rein anormal, mais avoir pour cause, sans que nous puissions d'ailleurs en donner le mécanisme, une difficulté d'élimination par un rein normal d'un acide urique présentant un état physico-chimique anormal.

« Cette hypothèse, sans être entièrement nouvelle, nous semble toutefois reposer, du fait de nos recherches, sur une base plus solide. »

(Marcel Labbé, P.-L. Violle et F. Nepveux. Goutte et hyperuricémie. *La Presse Médicale*, 25 juillet 1936.)

Parmi les causes d'hypocalcémie, les affections rénales et tout particulièrement les néphrites chroniques à un stade avancé de leur évolution, occupent une place importante.

Dans vingt et un cas d'affections rénales généralement graves, le taux de la calcémie a été recherché. Les résultats — exprimés en milligrammes par litre — ont été les suivants :

Deux fois, un taux de calcémie au-dessus de la normale : 105 milligrammes par litre et 104. Il s'agissait d'une néphrite azotémique chez un artério-scléreux hypertendu, grand fumeur, et d'une intoxication par le sublimé, le malade étant arrivé moribond à l'hôpital, où il ne vécut que quarante-huit heures.

Trois fois, un taux de calcémie à peu près normal : 98, 97, 94. Dans un des cas, il s'agissait d'un malade bien plus cardiaque que brightique ; dans un autre cas, d'une néphrite hémorragique avec peu de signes d'insuffisance rénale.

Huit fois, un taux de calcémie faible : 91, 90, 90, 85, 85, 85, 83, 82. Il s'agissait, dans six cas, de néphrite azotémique typique ; dans deux cas, néphrite chez un diabétique, néphrose lipoïdique, le taux de l'azotémie n'était pas élevé.

Cinq fois, un taux de la calcémie très faible : 76, 76, 75, 75, 70. Dans quatre cas, il s'agissait de néphrite azotémique chronique ; dans un cas de lithiase rénale avec déficit fonctionnel rénal important.

Une fois, un taux de calcémie de 60 : néphrite azotémique.

Une fois, un taux de 54 : néphrite tuberculeuse bilatérale avec très forte azotémie.

Une fois, un taux de 52 : néphrite azotémique.

Il n'apparaît pourtant pas que, dans l'état actuel de nos connaissances, le dosage du calcium du sang puisse pratiquement beaucoup aider à poser le diagnostic de néphrite, diagnostic qui est d'ailleurs généralement évident et facile à confirmer par l'examen des urines et la recherche du taux de l'urée dans le sang.

On ne possède pas encore assez de documents pour affirmer que l'hypocalcémie pourra contribuer à préciser le type de l'affection rénale.

Tout au plus, la faiblesse du taux du calcium pourra-t-elle donner une indication pronostique le plus souvent superfétatoire.

L'hypocalcémie des maladies graves du rein paraît une bonne raison de revenir à l'administration de sels de chaux dans le traitement des néphrites.

Il resterait à savoir si l'ingestion ou l'injection pures et simples de ces sels calciques suffit à relever le taux de la calcémie et s'il ne faudrait pas appuyer leur effet passager par l'administration de parathormone ou de vitamine D, possédant une action fixatrice durable.

Il faut aussi se demander si une recalcification intensive ne risquerait pas en favorisant les dépôts calcaires dans les artères, les reins et ailleurs, d'aggraver des lésions contre les troubles fonctionnels desquelles on s'efforce de lutter.

(M. Roch et Eric Martin. De la fréquence et de l'importance de l'hypocalcémie des brightiques. *Paris Médical*, 17 octobre 1936.)

La ponction ganglionnaire apporte les éléments nécessaires au diagnostic de la lymphogranulomatose maligne. Bien étudiée et convenablement interprétée, elle offre sur la biopsie l'avantage pratique d'être facile à exécuter, et bien acceptée par tous les malades. Non seulement elle fournit des résultats d'une valeur égale à ceux des coupes tissulaires, mais encore permet elle, grâce aux examens répétés, une étude suivie de l'évolution de la maladie ainsi qu'un contrôle rapide et continu du traitement institué.

(P. Emile-Weil, P. Isch-Wall et Mme Suzanne Perlès. Diagnostic de la maladie de Hodgkin par la ponction ganglionnaire. *La Presse Médicale*, 3 octobre 1936.)

L'étude des cutiréactions à la tuberculine chez 6.607 enfants, 3.743 garçons et 2.864 filles âgés de 0 à 2 ans (non compris), soignés à la *Clinique Médicale des enfants* pendant une période de quinze années (1er janvier 1921 au 31 décembre 1935), permet de conclure :

1° Le nombre des enfants infectés par le bacille de Koch est très faible pendant les deux premiers mois, augmente ensuite avec l'âge.

2° Le nombre des tuberculoses actives se comporte de façon analogue.

3° Pendant la première année, tous ou presque tous les enfants infectés par le bacille de Koch ont des tuberculoses actives ; pendant la deuxième année, la proportion des enfants infectés, qui ont des tuberculoses inactives, est importante, vraisemblablement parce que l'organisme se défend mieux.

4° Pendant la deuxième année, les filles sont plus souvent que les garçons infectées par le bacille de Kock et ont plus souvent des tuberculoses actives, vraisemblablement parce qu'elles présentent certaines prédispositions.

(M. Nobécourt et S. B. Briskas. Cutiréactions à la tuberculine chez les enfants de la naissance à 2 ans. *La Presse Médicale*, 9 septembre 1936.)

Obstétrique

La seule cause des avortements habituels n'est pas la syphilis, comme trop de medecins le croient. Certes, la syphilis est responsable d'un très grand nombre de cas ; mais que d'autres causes ! insuffisance thyroïdienne, insuffisance de calcium, troubles ovariens, etc.

Il faut penser à l'avitaminose E dans certains cas et il m'apparait comme indiqué d'avoir recours aux préparations de vitamine E dans bien des cas dont l'étiologie reste imprécise. « Si, plus haut, j'ai dit : « *Je crois bien* avoir eu de bons résultats », c'est que, par timidité, j'ai presque toujours employé en même temps d'autres médications et que mes arguments, de ce fait, ne sont pas irréfutables. »

(Henri Vignes. — Emploi thérapeutique des préparations à base de vitamine E. *Journal des Praticiens*, 1er août 1936.)

L'extrait de lobe postérieur d'hypophyse est, dans la lutte contre l'hémorragie de la délivrance, une arme de premier ordre et des plus maniables en recourant à la dose d'une unité internationale par centimètre cube, dose que l'on répète autant qu'il le faut.

Sauf contre indication, dans tous les cas où l'hémorragie de la délivrance est à craindre, on peut, avec avantage, utiliser l'hypophyse *préventivement* à la fin de la période d'expulsion ou de suite après elle et à doses minimes.

L'emploi curatif de l'extrait hypophysaire est à mettre en œuvre sans retard dès que se manifeste l'inertie utérine avec hémorragie persistante. Il faut l'injecter avant même d'évacuer la cavité utérine dans les cas justiciables de la D. A. ou de la révision utérine ; et il faut en réinjecter aussitôt après. La voie d'introduction correspond à divers degré d'urgence :

Voie sous-cutanée dans les cas moyens ;
Voie intraveineuse dans les cas sérieux ;
Voie intramusculo-utérine transpariétale dans les cas graves.

Aux mêmes triples catégories de cas conviennent respectivement : le sérum physiologique intraveineux, le sérum de Normet, la transfusion sanguine, soit citratée, soit mieux encore de veine à veine.

(V. Le Lorier. — Quelques considérations cliniques et thérapeutiques à propos des hémorragies de la délivrance. *Le Bulletin Médical*, 25 juillet 1936.)

Thérapeutique clinique

Un cas typique de coxarthrie, s'accompagnant depuis deux ans de douleurs violentes, a été complètement soulagé par une série d'injections d'émanation de radium. — La suppression des douleurs se maintient actuellement depuis deux ans.

Les lésions radiographiques persistant, on ne peut mieux souligner que par ce cas la *dissociation remarquable entre les perturbations fonctionnelles et les lésions anatomiques* de l'arthrite chronique non tuberculeuse de la hanche.

(Marcel Labbé, L. Justin-Besançon et A. Atchildi. L'élément fonctionnel dans la coxarthrie. A propos d'un cas soigné par injections d'émanations de radium. *Revue du rhumatisme*, janvier 1936.)

Thérapeutique

L'oxyéthérothérapie consiste dans l'injection sous-cutanée de vapeurs d'éther véhiculées par un courant d'oxygène.

Elle se propose de conjuguer dans la lutte contre certaines affections pulmonaires aiguës, les broncho-pneumonies de l'enfance en particulier et la coqueluche, les propriétés thérapeutiques de l'éther et celles de l'oxygénothérapie hypodermique.

Dès maintenant l'oxyéthérothérapie apparait, d'autre part, comme un excellent moyen de prophylaxie des complications dans les affections pulmonaires de l'enfant (disparition de la broncho-pneumonie depuis plusieurs années dans la clientèle d'une consultation de nourrissons).

L'oxyéthérothérapie est enfin un bon moyen de traitement des affections pulmonaires aiguës et chroniques de l'enfant ; elle est en particulier un bon moyen de traitement de la coqueluche.

(J. Jarricot. — Oxyéthérothérapie hypodermique. *La Presse Médicale*, 22 août 1936.)

L'opothérapie hépatique par voie musculaire ou veineuse doit être associée au traitement bismuthique comme action préventive, chez les syphilitiques amaigris, chez les syphilitiques hépatiques, chez les syphilitiques à mauvais état général. Cette méthode doit être utilisée chez tout sujet que le bismuth fatigue considérablement ou anémie. Enfin, dans les grosses stomatites bismuthiques l'opothérapie hépatique semble activer la guérison. Cette thérapeutique mérite d'être connue par tous les praticiens.

(Edwin Sidi et André Paris. — L'opothérapie hépatique injectable dans le traitement de l'asthénie bismuthique. *Journal des Praticiens*, 5 septembre 1936.)

Varia

En thérapeutique gynécologique, le calcium semble être un excellent adjuvant pour lutter contre les hémorragies abondantes consécutives au post-abortum, mais il semble qu'il faille lui reconnaître plus d'action encore sur les métrorragies rebelles

de certaines métrites, et de certaines affections endocriniennes où le rôle de l'intervention chirurgicale est discutable.

(J. Moreau. — Le calcium en chirurgie. *Paris Médical*, 10 octobre 1936.)

***

Les Américains viennent de remettre en honneur un ancien procédé de drainage hypogastrique évitant la taille : la ponction sus-pubienne de la vessie faite avec un gros trocart qui permet de passer une sonde laissée à demeure.

(Docteur A. Grandjean. — L'hypertrophie prostatique et son traitement. Octobre 1936.)

***

Il faut avoir gémi soi-même, les yeux fermés, la main comprimant l'oreille, en proie à l'atroce souffrance d'une otite et avoir senti en *en quelques secondes* ce douloureux orage s'apaiser sous l'influence d'un bain de glycérine phéniquée au 1/50[e] dans l'oreille, pour pouvoir proclamer avec reconnaissance que la glycérine phéniquée est un merveilleux médicament ! C'est le spécifique de la douleur de l'otite congestive, et aucun autre médicament ne peut lui être comparé dans ce rôle.

A-t-il une autre indication ? Je ne crois pas. Il y a déjà vingt-quatre ans, le Docteur Lermoyez, dont j'étais l'interne, insistait sur les dangers de la glycérine phéniquée dans les oreilles suintantes ; il insistait sur la nécessité d'employer une solution entièrement déshydratée, de l'acide phénique neigeux, dissous dans de la glycérine anhydre, et de suspendre l'usage de ce médicament dès que la sécrétion auriculaire commence à s'installer.

L'acide phénique devient irritant et caustique au contact de l'eau. J'ai bien souvent observé des otites externes ainsi produites et entretenues par l'usage intempestif de la glycérine phéniquée, et cette notion de la nocivité de la glycérine phéniquée, en milieu humide me paraît entièrement exacte. Réservons-la donc aux oreilles douloureuses et sèches pour lesquelles elle est inégalable.

(André Moulonguet. — La glycérine phéniquée en otologie. Réponse à une enquête de *La Vie Médicale*, 25 octobre 1936.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 8 décembre 1936

M. Brouardel donne lecture du palmarès des prix décernés en 1936 (V. aux *Nouvelles*).

M. Rist prononce l'éloge de Hérard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 novembre 1936

Episodes d'expectoration bacillifère dans les abcès du poumon. — ***M. P. Ameuille, Mme Dubois-Verlière*** *et* ***M. O. Hercelles*** rappellent que parmi les formes d'association tuberculose et abcès du poumon, il en est une très singulière faite du passage de bacilles tuberculeux dans les crachats des suppurations non tuberculeuses, fétides ou non. Grâce à un tour de main spécial, ils ont pu inoculer des quantités importantes de ces crachats au cobaye sans les tuer ; ils sont ainsi arrivés à déceler le passage du bacille tuberculeux dans 40 % d'une première série de cas. En répétant l'inoculation chaque semaine pendant plus de deux mois dans les cas négatifs, ils ont pu observer dans deux de ces cas des passages épisodiques et monter ainsi la proportion à près de 60 %.

M. Sergent distingue deux cas : d'une part, celui dans lequel le passage de bacilles tuberculeux s'explique par l'effondrement d'une vieille lésion bacillifère par le processus abcédant ; d'autre part, celui dans lequel il s'agit d'une réactivation d'un ancien foyer à l'occasion de la déficience de l'état général provoquée par l'évolution de l'abcès.

Une expérience sur l'atélectasie pulmonaire. — *MM.* ***Léon Binet*** et ***Ch. Jaulmes*** utilisent une préparation de poumon de chien isolé, perfusé et artificiellement ventilé. Ils démontrent, avec photographies à l'appui, que du seul fait d'une hypoventilation, des lésions d'atélectasie peuvent apparaître et que ces lésions sont guéries de façon durable par l'hyperventilation.

Angine de poitrine. Opération de Danielopolu. Guérison. — *MM.* ***B. Théodoresco*** et ***Aslau***.

Phlegmon gazeux cervical à bacillus funduliformis. — *MM.* ***A. Lemierre, A. Laporte*** et ***Bloch Michel*** rapportent l'observation d'un homme qui, trois jours après le début d'un abcès péri-amygdalien, présenta un adéno phlegmon cervical.

En quarante-huit heures, cet adéno-phlegmon fusa jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région présternale. Il s'agit d'une collection gangréneuse donnant à la palpation une sensation de crépitation gazeuse. L'incision donna issue à une grande quantité de pus fétide contenant un streptocoque hémolytique aérobie et un bacillus funduliformis.

Il n'y eut pas de septicémie et le malade guérit facilement.

Cette observation met une fois de plus en lumière le rôle du bacillus funduliformis dans la production des abcès amygdaliens et péri-amygdaliens. Elle montre qu'en pareille circonstance ce germe est capable de déterminer non seulement des septicémies, elles-mêmes consécutives à des thrombo-phlébites amygdaliennes et peri-amygdaliennes, mais aussi des adéno-phlegmons d'un caractère spécial, à tendance rapidement extensive, complication purement locale cependant, et dont le pronostic est beaucoup moins grave.

Forme anurique de la maladie de Hodgkin. — *MM.* ***Duvoir, Pollet, Basset*** et ***Mme Logeais*** rapportent l'observation d'une malade atteinte de lymphogranulomatose maligne depuis trois ans qui présenta à deux reprises, a un mois d'intervalle, une anurie complète avec œdèmes, azotémie, diminution des lipides et inversion du rapport sérine-globuline du sérum. L'absence de toute autre cause décelable d'anurie, la coexistence d'une poussée évolutive de lymphogranulomatose maligne, la curabilité rapide par la radiothérapie lombaire, ont amené les auteurs à attribuer cette anurie récidivante à la maladie de Hodgkin, sans qu'ils puissent préciser son mode d'action, vraisemblablement compression uretérale ou infiltration renale. Il leur paraît cependant légitime d'isoler une véritable forme anurique de la maladie de Hodgkin.

Atélectasie pulmonaire, apnée du nouveau-né et hémorragie méningée. — *MM.* ***Robert Debré, Julien Marie, Maurice Lamy*** et ***de Font-Réaulx*** rapportent l'observation d'un nouveau-né prématuré présentant un syndrome respiratoire ayant débuté le septième jour de la vie par de la toux ; le vingt et unième jour apparaît une crise d'apnée, puis des troubles du rythme respiratoire s'accentuant pour réaliser une dyspnée très remarquable caractérisée par des périodes de tachypnée (150 mouvements environ à la minute) séparées par des pauses respiratoires.

Les examens radiologiques permettent d'affirmer une atélectasie du poumon droit. Une tentative bronchoscopique pour déboucher les bronches lobaires droites et un pneumothorax artificiel pour essayer de replacer en position médiane la masse cardio-médiastine sont mis en œuvre. Finalement, l'enfant meurt le cinquante-neuvième jour. L'autopsie confirme l'atélectasie du poumon droit et de certaines zones du poumon gauche mais revèle en outre une hémorragie méningée sous-piale bulbo-protubérantielle.

Les auteurs insistent sur les conclusions suivantes : 1° une observation complète et typique démontre qu'une atélectasie pulmonaire pure, cliniquement primitive, du tout petit enfant peut être provoquée par une hemorragie méningée ; 2° que cette atélectasie peut s'accompagner de troubles graves du rythme respiratoire ayant la même origine ; 3° que l'hémorragie méningée peut en pareil cas être tout à fait latente par ailleurs, le liquide rachidien étant normal.

Il importera donc dans l'avenir, dans tous les cas appartenant à ce groupe morbide, d'étudier à la fois les troubles

graves du rythme respiratoire chez le nouveau-né, les syndromes de toux et de dyspnée sans fièvre ni signes infectieux, de vérifier à cet égard l'association de ces troubles avec une atélectasie pulmonaire et de chercher leur origine dans une hémorragie méningée.

Maladie de Hogdkin à forme de fièvre ondulante. — ***MM. H. Grenet, P. Issac-Georges*** et ***A. Brault*** rapportent l'histoire d'un enfant de 14 ans 1/2 qui fut atteint d'une fièvre ondulante : celle-ci se poursuivit pendant plusieurs mois avec une extrême régularité, sans s'accompagner d'aucun autre signe physique qu'une splénomégalie d'ailleurs moderée. Toutes les épreuves de laboratoire (séro-diagnostic de la fièvre de Malte, intradermo-réaction à la mélitine, séro-diagnostic typhique, hémocultures) demeurèrent négatives. Lorsqu'on finit par soupçonner la possibilité d'une lymphogranulatose, d'après les indications données par Lemierre et Reilly ; on fit une biopsie d'un ganglion sus-claviculaire, peu volumineux et l'examen histologique fait par Delarue montra des lésions caractéristiques, avec cellules de Sternberg. La radiothérapie splénique d'abord, puis l'irradiation totale, ne donnèrent aucun résultat, et l'enfant succomba après une évolution de huit mois. L'autopsie n'a pu être faite.

M. Brûlé relate un cas très voisin chez une adulte. Les poussées fébriles s'accompagnaient chaque fois d'une augmentation de volume de la rate. Tous les examens de laboratoire restèrent négatifs. Malgré l'absence d'adénopathies palpables et une formule sanguine un peu spéciale (leucopénie et mononucléose), l'auteur pense qu'il s'agit probablement d'une forme ondulante de maladie de Hodgkin.

M. Lemierre insiste sur l'extrême difficulté du diagnostic de la forme febrile ondulante de la lymphogranulomatose maligne, d'autant plus que les signes cliniques sont réduits au minimum et qu'il existe souvent dans ces cas une leucopénie avec mononucléose.

M. Debré pense qu'il faut systématiquement penser à la maladie d'Hodgkin dans tous les cas de fièvre ondulante ne faisant pas leur preuve. Le diagnostic, qui doit toujours être soulevé, ne peut être confirmé que par la biopsie.

Recherches sur l'intoxication cyanhydrique. — ***MM. Henri Bénard*** et ***Félix-Pierre Merklen***, rappellent que les faibles doses d'acide cyanhydrique ou de cyanure déclenchent une véritable « dyspnée cyanhydrique » à laquelle il faut rattacher l'angoisse traumatique signalée par Milian au cours d'injections intraveineuses de cyanure de mercure. Cette stimulation respiratoire est avant tout d'origine réflexe, due à l'excitation des zones reflexogènes vaso-sensibles, en particulier de la zone sino carotidienne, ou plus exactement du corpuscule carotidien annexé à la bifurcation carotidienne.

L'action toxique des fortes doses d'acide cyanhydrique ou de cyanure est due, non à la formation de cyanhémoglobine, mais à la suppression des phénomènes d'oxydation, au blocage des oxydations cellulaires et tissulaires.

Les auteurs rapportent à ce propos les résultats de leurs recherches sur la diminution de la consommation d'oxygène de lapins ou d'organes isolés et perfusés sous l'influence du cyanose de potassium. Ils discutent l'action curative, dans l'intoxication cyanhydrique de l'hyposulfite de soude, que leurs recherches paraissent mettre en doute, tout au moins quant à son emploi isolé, même par voie intraveineuse.

Séance du 27 novembre 1936

Aspects cliniques et modes évolutifs des tuberculoses mixtes (pulmonaires et ostéo-articulaires associés). — ***MM. P. Bourgeois*** et ***Mario Lebel*** apportent un certain nombre de constatations concernant l'evolution des tuberculoses pulmonaires et ostéo-articulaires associées chez l'adulte. Ces tuberculoses mixtes comportent toujours un pronostic grave, sauf dans le cas où la tuberculose pulmonaire evolue longtemps après la guérison de la tuberculose osseuse. Dans ce cas particulier, la localisation pulmonaire prend volontiers le type fibreux et reste souvent discrète.

La gravité de l'évolution est en rapport avec le nombre des articulations atteintes ; il faut signaler que le pronostic n'est pas trop mauvais lorsque le malade est porteur d'une petite suppuration unique, localisée.

Dans les cas où l'intervention s'impose sur le foyer osseux, il faut faire le minimum. Si le traitement chirurgical est nécessaire, il vaut mieux enlever le foyer osseux plutôt que chercher à tarir la suppuration.

M. Paraf fait remarquer que dans ces cas de tuberculoses pulmonaire et osseuse associées, le pneumothorax a une influence favorable sur les lésions ostéo-articulaires.

M. Comby rappelle que les localisations osseuses de la tuberculose ne préservent nullement les malades contre l'évolution d'une tuberculose pulmonaire et surtout d'une localisation méningée ultérieures.

M. Jacob rapporte le cas d'un étudiant en médecine qui fit d'abord une affection aiguë de type typho-bacillose. Il guérit malgré un état général grave et l'apparition d'une otite tuberculeuse laissant après elle une fistule permanente. Par la suite, il présenta successivement une tuberculose osseuse du cubitus avec abcès froid, une sacro-coxalgie, une tuberculose pulmonaire très bénigne qui guérit parfaitement après un séjour de six mois en sanatorium, enfin une otite tuberculeuse de l'autre côté. L'auteur insiste sur la bénignité habituelle des tuberculoses pulmonaires survenant chez les malades ayant déjà une localisation osseuse.

M. Rist partage l'opinion de M. Bourgeois mais est plus entreprenant que lui au point de vue thérapeutique. Il ne faut pas abandonner les lésions osseuses des tuberculeux pulmonaires, mais les immobiliser et ponctionner les abcès. Ce qu'il faut éviter, c'est l'intervention chirurgicale sous anesthésie générale. Il faut préférer l'anesthésie locale à la rachianesthésie qui peut être suivie d'une éclosion d'une méningite.

M. Flandin avance que, parmi les anesthésiques généraux, le chloroforme et l'éther sont les plus dangereux ; par contre le protozyde d'azote et le cyclopropane sont beaucoup moins nocifs. L'emploi du bistouri électrique est à conseiller au cours des interventions sur les foyers tuberculeux pour éviter la propagation des bacilles de Koch dans la circulation.

Evolution d'une néphrose lipoïdique postérieure à une néphrite aiguë Influence favorable d'une rougeole intercurrente. — ***M. B. Weill-Hallé, Mlle Papaïoannou*** et ***M. S. Lévi*** rapportent que l'action favorable de la rougeole sur le syndrome œdémateux des néphroses lipoïdiques est communément observé. L'observation qu'ils relatent est cependant intéressante à un double point de vue : 1° la succession de deux poussées néphropathiques ayant évolué successivement comme une nephrite banale (cylindres, pas d'hyperlépidémie, evolution rapide) puis comme néphrose pure isolée (pas de cylindres, syndrome humoral typique, évolution prolongée) ; 2° l'amelioration très rapide, presque immédiate coïncidant avec l'éruption de la rougeole.

M. Apert rappelle les deux cas qu'il rapporta il y a trois ans et qui furent les premiers dans lesquels fut constatee la remarquable cedation des œdèmes de la néphrose lipoïdique sous l'influence d'une rougeole intercurrente.

M. R. Clément pense que l'influence de la fièvre sur la néphrose lipoïdique pose un problème intéressant du point de vue pathologie génerale. Il a eu l'occasion de constater l'amélioration du syndrome néphrose lipoïdique sous l'influence, soit d'une rougeole, soit d'une fièvre typhoïde, soit de la pyrexie provoquée par des injections d'huile soufree. Il croit que c'est bien la fièvre qui modifie heureusement l'état humoral de ces malades.

M. Marquézy relate le cas d'un enfant de 3 ans atteint de néphrose lipoïdique pure qui fut améliorée en six mois par le traitement classique (régime carné, extrait thyroïdien). La survenue d'une rougeole banale amena en quelques semaines la guerison clinique et la disparition complète des signes humoraux de la néphrose. Il pense que ce résultat particulièrement favorable s'explique par ce fait qu'il s'agissait d'un syndrome de néphrose lipoïdique pure, sans que le malade ait jamais présenté le plus leger signe de néphrite associée.

M. Weill Hallé pense que l'action élective de la rougeole est plus probable que l'action favorable de la fièvre dans le cas qu'il rapporte.

Michelle Zagdoun-Valentin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 novembre 1936

Pince automatique pour fermer le vagin dans l'hystérectomic totale. — ***M. G. Pascalis*** présente une pince automatique, dérivée de celle de von Potz permettant dans l'hystérectomie totale de fermer, par des agrafes, le vagin avant de le sectionner.

Traitement chirurgical du cancer du poumon. — **M. *Pascalis*** après avoir rappelé les difficultés du diagnostic précoce du cancer pulmonaire, insiste pour qu'on n'attende pas de l'évolution la confirmation ou l'infirmation de celui-ci, car la chirurgie ne peut rien pour les cas avancés. Seule la pleurotomie exploratrice précoce peut améliorer le pronostic de cette redoutable affection. C'est une opération simple et sans réelle gravité.

Vues nouvelles sur le cancer. (Pathogénie et traitement). — **M. *Ch. Taguet*** attire l'attention sur le rôle important de la médecine de demain dans la lutte contre le cancer. Après avoir passé en revue les thérapeutiques anticancéreuses les moins discutées, il fait le bilan des résultats obtenus et constate que si les progrès dans la technique operatoire précoce, si une meilleure utilisation des radiations ont amélioré ces résultats, ces derniers sont loin d'être complets. Le perfectionnement de ces moyens thérapeutiques n'empêchera pas que leur champ d'action sera toujours limité ; car ce n'est pas seulement la manifestation locale du cancer qu'il faut détruire, c'est le terrain cancéreux qu'il faut modifier et cela, c'est du domaine de la médecine. A l'appui de ce point de vue, l'auteur dit un mot du cancer expérimental qui bien que virulent ne modifie pas le terrain puisqu'il n'est jamais producteur de metastase, et le met en parallèle avec certains corps dits cancérigènes, qui, eux, préparent ce terrain en perturbant les métabolismes. Après un aperçu sur les prédispositions héréditaires, et les causes exo et endogènes, l'auteur envisage nettement la solution du problème sous l'angle de la prophylaxie et constate que le Congrès international de Bruxelles a officiellement encouragé ces directives nouvelles.

Opacification expérimentale post-mortem de l'appareil circulatoire. — **M. *R. Heim de Balsac*** presente un certain nombre de clichés d'opacification de l'appareil circulatoire réalisée suivant sa methode. Les cavités cardiaques et les gros vaisseaux apparaissent ainsi, mis en évidence à leur place, dans le thorax, par une véritable « dissociation radiologique ». La topographie radiologique de ces organes est ainsi etablie avec certitude et précision. L'analyse de la silhouette cardio-vasculaire ainsi réalisée sous toutes les incidences par l'auteur, lui permet de décrire une anatomie radiologique cardio-vasculaire tres particulière. Divers exemples lui permettent de montrer toutes les déductions radio-cliniques qui résultent de ces recherches exposées par ailleurs en détail.

G. Luquet.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Le tétrachlorure de carbone comme parasiticide

Le tétrachlorure de carbone, disent MM. Sigalas et Dervillée (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1er nov. 1936), nous apparaît aujourd'hui, à la faveur des recherches les plus récentes, comme un agent thérapeutique nettement dangereux. Il est doué certes d'une action parasiticide énergique, il est d'autre part peu coûteux, mais ces avantages sont loin de compenser les inconvénients qui peuvent résulter de l'administration par voie digestive de ce carbure d'hydrogène. La voie cutanée, lorsque le revêtement tégumentaire est normal, apparaît certes comme moins nocive, et de ce fait le CCl_4 peut rendre quelques services dans le traitement de certaines parasitoses externes. Encore doit-il être utilisé, dans ce cas, avec la grande circonspection, par un personnel averti et de façon à ce que l'inhalation de vapeurs soit réduite au minimum.

Les troubles de la circulation coronarienne

Mallet (*Journal des Praticiens*, 4 novembre 1936), rappelle que, dans une récente revue générale sur les troubles de la circulation coronarienne, le Professeur Clerc, P.-N. Deschamps et Boucomont se sont attachés à mettre principalement en évidence les facteurs de l'ischémie du myocarde et le rôle capital du spasme coronarien.

C'est la raison, dit Mallet, qui a fait essayer l'aminophylline, vaso-dilatateur coronaire, comme antalgique cardiaque.

Par le même mécanisme, elle mesure en outre une meilleure nutrition du ventricule ; le débit systolique s'en trouve accru (Smith, Miller et Graber). Enfin, augmentant le diamètre des vaisseaux du faisceau de His, elle régularise le rythme. On emploiera donc caréna, aminophylline pure :

1° Dans l'angine de poitrine comme préventif des crises à la dose de 0 gr. 30 à 1 gr. par jour en trois ou quatre fois. Elle éloigne indiscutablement le retour des crises et peut les supprimer définitivement. Son action est beaucoup plus prolongée et beaucoup plus élective que celle des nitrites sur les coronaires.

2° Dans l'infarctus du myocarde, dans les douleurs atroces de la thrombose coronarienne, pendant la période qui succède à la phase aiguë, il faut recourir à l'aminophylline (caréna).

3° Dans l'oppression douloureuse des cardiaques, des aortiques, des urémiques, l'aminophylline lève cette sensation de poids, de barre thoracique si particulière et si pénible. Les aortites, les insuffisances aortiques, les anévrysmes aortiques avec algie médiastinale devraient constituer des indications formelles. Chez les cardio-aortiques qui restent facilement anhélants après une cure toni-cardiaque, l'aminophylline fait disparaître l'oppression ; elle donne du souffle aux cardiaques. De même, l'insomnie des cardiaques est heureusement influencée par cette médication, l'oppression de décubitus est supprimée.

L'aminophylline fournit une arme de choix avant d'entreprendre la morphine. Le plus souvent, il ne sera pas nécessaire d'utiliser la morphine car caréna s'est toujours révélée comme une médication antalgique, parfaitement tolérée et sans accoutumance, même après un usage quotidien de plusieurs mois ou de plusieurs années.

Les manifestations cutanées de la colibacillose

Pour M. Strominger, de Bucarest (*Congr. d'urologie*, octobre 1936) le colibacille et l'entérocoque paraissent jouer un rôle considérable dans la production des dermatoses. L'élimination des microbes par la peau jouerait peut-être un certain rôle dans leur pathogénie.

Il insiste particulièrement sur l'urticaire récidivante et sur les différentes formes de zona.

Il cite deux observations, dont l'une avec urticaire récidivante depuis cinq ans et qui n'a guéri qu'après le traitement anticolibacillaire ; l'autre également une urticaire rebelle, accompagnée de zona thoracique. Le coli a été retrouvé en culture pure dans l'urine des deux malades.

Dans les urticaires, le zona et les diverses dermatoses rebelles il faut penser à la colibacillose, qui pourra nous donner la clef du diagnostic, et du traitement.

Deux cas de kystes dermoïdes de l'ovaire tordus sur leur pédicule : syndrome de colique néphrétique

M. Martin-Laval, de Marseille (*XXXVIe Congr. d'Urologie*, octobre 1936) a observé deux cas de syndrome de colique néphrétique avec crises douloureuses subintrantes pouvant faire penser à la migration d'un calcul urétéral et qui étaient provoqués, en réalité, par la torsion d'un kyste dermoïde de l'ovaire.

Le danger des traitements préventifs inutiles de la syphilis

M. le Professeur Gougerot rapporte les deux cas suivants dans *La Presse médicale* (31 octobre 1936) :

Le premier a frappé un médecin : vieux garçon, il se laissait tenter par le charme féminin une à deux fois par semaine ; mais syphilophobe, il faisait à chaque fois l'ancien traitement préventif qui consistait à avaler pendant quelques jours des comprimés d'arsenic pentavalent. Au bout de quelques mois il eut des troubles hépatiques et de la polynévrite arsenicale avec douleurs, abolition des réflexes qui mirent deux ans à disparaître

Le deuxième fut autrement grave : pour une contamination hypothétique, une femme de 33 ans eut une érythrodermie arsenicale dont elle mourut.

Cet ensemble de raisons montre toutes les difficultés et l'importance pratique des traitements préventifs.

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'on leur première place. »

MONTAIGNE.

La » Science nouvelle » du pendule n'est qu'une nouvelle « Science occulte » — *Voici les conclusions d'un article de M. Guinchaux paru sous ce titre dans la* REVUE SCIENTIFIQUE (28 novembre 1936) :

« En terminant son bel ouvrage sur la baguette, Chevreul recommandait de bien distinguer les vérités dogmatiques des vérités expérimentales : pour les premières, croyez, pour les secondes, raisonnez. La foi, avait déjà dit Blaise Pascal, est différente de la preuve : elle fait dire credo et non scio. La confusion peut nuire aux unes et aux autres, elle retarde en tous les cas, la connaissance de la vérité. Or, rien jusqu'ici ne permet d'entrevoir la trace d'une science nouvelle dans les phénomènes dits radiesthésiques ; ce n'est certainement pas en multipliant les observations sans méthode, sans critique, sans statistiques que les rares observateurs assez instruits pour raisonner, arriveront à créer une telle science. En refusant de tenir compte de la loi de Baudouin, ils entassent des faits sans valeur, comme le physicien qui prétendrait enrichir nos connaissances sur le champ magnétique terrestre, en étudiant la boussole près d'une place publique traversée par un réseau de courants industriels dont il mépriserait l'effet.

« Par contre, ces phénomènes sont fructueusement exploités par beaucoup d'ignorants pour créer une doctrine nouvelle. Utilisant la propriété de l'homme, de produire les mouvements auxquels il pense, invoquant des analogies scientifiques inexactes, interprétant à contre-sens des phénomènes dont ils ignorent l'explication, quelques professeurs de radiesthésie parviennent à capter la confiance des masses, à se faire attribuer des honoraires élevés pour rechercher des sources, des mines, des trésors, des maladies, des objets ou des personnes égarées. Le pendule indique tout ce qu'on désire savoir, aussi facilement que la somnambule extra-lucide. Le mode de divination est d'ailleurs le même, la pensée aiguillée par tous les renseignements possibles ; seule, la façon de traduire la pensée diffère : le crémastomancien prend un pendule quand la devineresse prend des tarots ou du marc de café.

« Il y a là un danger, non seulement pour les individus, mais pour la société et aussi pour la nation dont la sécurité peut être compromise par des indications purement imaginaires. A ce dernier point de vue, je reconnais pourtant que cette folie de Perrette, qui avait un instant fait des victimes dans l'armée, est en notable décroissance ; l'échec d'expériences récentes faites à Toulon, sur la recherche de sous-marins, a freiné l'emballement des chefs un moment entraînés par les affirmations de quelques énergumènes. Faire des essais était un devoir ; les continuer après constatation de leur inutilité serait une faute qu'ils ne commettront pas.

« A défaut de preuves, les radiesthésiens prétendent que leur « science » n'est pas encore faite mais qu'il ne faut pas la nier, pour ne pas risquer plus tard de faire machine en arrière. Faire machine en arrière est peut-être incompatible avec une doctrine dogmatique mais nullement avec une doctrine expérimentale. La science ne tient compte, dans ses affirmations actuelles, que des données expérimentales actuelles ; elle n'aurait aucun scrupule à admettre demain des conclusions tirées de faits inconnus aujourd'hui. Vers 1885, j'entendis à Caen un grand mathématicien affirmer, dans une conférence publique, que l'avion était un mode de transport non pratique, inférieur au ballon. Ceci n'empêcha pas le conférencier d'apporter lui-même des données importantes à ce nouveau mode de transport et d'en développer l'essor quand il devint ministre de l'Air quelque trente ans plus tard. Il faut être ébloui par l'esprit dogmatique pour imaginer qu'un scientifique admettra l'exactitude d'un fait par crainte d'être obligé demain de le reconnaître exact. Il refuse seulement de bâtir sur des fondations dont il a, aujourd'hui, reconnu l'inexistence. Comme Archimède, il attend, pour soulever le monde, d'avoir trouvé un point d'appui.

« Dans le même ordre d'idées, j'ai pu constater maintes fois que les radiesthésiens ne comprennent pas toujours la mentalité scientifique : ils confondent : ne pas nier et croire. Si un scientifique entend dire que la lune est en nougat, il ne le nie pas, il dit : je n'en sais rien, parce qu'il n'a pas, actuellement, le moyen de prouver le contraire, et cette ignorance ne l'humilie pas du tout. Le radiesthésien se trompe en croyant que cette réponse comporte un doute, qu'elle signifie : « la lune est peut-être bien en nougat ». Triste vestige d'un enseignement millénaire purement dogmatique, où la tradition a été la seule raison Croire la parole du maître, ou la nier, étaient les seules alternatives possibles ; la contrôler d'abord n'était pas examiné.

« La conclusion de cette étude sera conforme à celle qu'a publiée récemment M. Marcel Boll : la radiesthésie actuelle n'a pas plus de valeur scientifique que les contes de fées qui charmaient notre enfance. Sa valeur pratique est celle des vieilles « sciences occultes » parmi lesquelles elle doit être rangée : l'astrologie, la cartomancie, la nécromancie, la chiromancie..., mais son titre de sœur benjamine lui donne aujourd'hui une vogue plus grande ; elle représente, de ce fait, pour quelques débrouillards, une affaire commerciale importante. »

Où va la médecine ? — *Le Professeur R. Leriche l'envisage comme conclusion générale du t. VI de l'*ENCYCLOPÉDIE FRANÇAISE. *Mais avant de définir le monde d'idées où « elle vit présentement, le monde des idées qui la mènent », il montre qu'il y a nécessité, dans nos jugements, de faire preuve d'une certaine modestie :*

« En se pénétrant des enseignements de l'histoire si touffue de la médecine, on verra, dit M. Leriche, que le progrès dans la connaissance ne s'est jamais fait d'une façon continue et suivant une ligne ascendante. CASTIGLIONI a écrit dans un maître livre : « C'est avec les plus étranges interférences et les plus extraordinaires retours que la pensée médicale est allée du démonisme des anciens à la thérapeutique suggestive des modernes, de l'organothérapie biblique à l'opothérapie, de la pathologie humorale d'HIPPOCRATE à l'endocrinologie. Souvent, l'idée des prophètes audacieux, de précurseurs géniaux, fut abandonnée et enterrée, et d'antiques erreurs qui semblaient oubliées pour toujours, revinrent à la lumière. »

Sans doute, la médecine contemporaine possède des techniques et une méthode que n'avaient pas les anciens, et qui doivent la mettre à l'abri des erreurs. Elle a rejeté la scolastique, les abstractions, le goût des systèmes. Et l'on peut penser, légitimement, que les progrès futurs vont sortir, désormais, régulièrement, du jeu normal des moyens supérieurs d'investigation qu'elle s'est donnés. Mais les méthodes ne sont que des instruments de l'esprit. C'est l'esprit qui les vivifie et qui, tout en étant appuyé sur elles, les domine et les oriente. Et l'esprit est faillible, malgré tout. Notre époque aurait donc tort de croire qu'elle ne peut plus se tromper. Nous devons rester modestes, pénétrés de la relativité de nos connaissances et de nos idées.

En fait, nos recherches, retrouvent, sans cesse, devant elles l'éternel pourquoi des choses qui nous entraîne toujours plus loin. Et l'on peut très bien concevoir qu'une erreur d'aiguillage

ou d'interprétation puisse un jour conduire la médecine dans une impasse, avec tous les semblants d'un contrôle rigoureux. La méthode est infaillible, mais nos esprits peuvent encore être abusés. Il serait également possible que la recherche nous mène à retrouver, par un long détour, une vieille idée ensevelie, et que notre grand art n'ait été, en fin de compte, qu'œuvre de terrassier dans un temple ensablé.

Peut-être aussi, la biologie n'arrivera-t-elle jamais à se suffire à elle-même, à trouver en elle-même sa définitive raison d'être. Si confiants que nous soyons dans la valeur éternelle des disciplines de la critique expérimentale, nous devons être pénétrés de l'infirmité de notre situation d'homme : celle-ci ne nous permet de voir les choses qu'en nous-mêmes, que par nous-mêmes, et toujours peut-être nous empêchera de connaître l'absolu biologique du monde vivant.

Mais, ceci dit, il faut rejeter toute hésitation inquiète à l'égard de ce qui est hors de nous. La médecine n'a pas à en connaître. Sans arrière-pensée, elle doit aller droit à son propre but qui est la connaissance de l'homme physique tout entier, afin de le soulager si l'équilibre est détruit, de le guérir si possible et de retarder le moment de sa mort.

Et c'est pour cela que nous avons à préciser ici le sens de l'évolution actuelle de la médecine. Evidemment, il ne s'agit pas de la pratique même de l'art médical, de l'art appliqué, astreint au particulier, à l'individuel ; il ne peut s'agir que des idées qui le guident et l'inspirent.

Tout en paraissant vivre seulement d'un empirisme traditionnel, la médecine professionnelle s'appuie, en effet, chaque jour davantage sur les leçons de la recherche pure. C'est elle qui, sans cesse, et souvent inaperçue, règle les gestes les plus humbles de nos activités quotidiennes. Car, bien qu'elle soit vouée à une particularisation constante, la médecine cherche toujours à l'appuyer sur des lois, expressions provisoires des apparences kaléidoscopiques que prennent les faits quand ils sont groupés.

Elle fait un effort soutenu vers ce qui est général, parce qu'elle sait que c'est de là seulement que peuvent lui venir les clartés qui illuminent ses actions et la dirigent. Pour cela, elle emploie la méthode de toutes les sciences : elle part de l'observation, s'élève jusqu'à l'idée sur laquelle elle raisonne par induction ou déduction, et à l'occasion de laquelle elle expérimente. Chercher où va la médecine, c'est donc essayer de définir le monde d'idées où elle vit présentement, le monde des idées qui la mènent.- »,

Le serment d'Hippocrate à Lyon. — JOURNAL DES PRATICIENS (21 novembre 1936) :

Après un léger retard, le serment d'Hippocrate vient d'etre rétabli à Lyon. C'est bien ce qu'a voulu m'apprendre à l'Académie de médecine, l'éminent doyen de la Faculté, M. le Professeur Lépine. Toutes nos félicitations. Il ne reste plus que Nancy et Lille pour suivre le mouvement. Le serment d'Hippocrate n'est pas une panacée ; mais avec le rappel des qualités morales inséparables de l'exercice professionnel, il constate une tentative d'arrêt dans la progression vers la descente.

Le Professeur Charles Laubry. — De *M. le Docteur J. Crinon* dans l'INFORMATEUR MÉDICAL (20 novembre 1936) :

.... Avec l'avènement de Laubry au titre de professeur, c'est une autre leçon que nous avons à tirer.

D'une solide carrure, d'un esprit tissé de scepticisme et de pondération, Laubry se forgea une de ces personnalités qui manquent trop dans l'élite de notre profession. A telle enseigne que, depuis vingt ans, le monde profane, qui ignore nos arcanes universitaires, le saluait d'un titre professoral qu'il ne possédait pas et qu'on est tout surpris aujourd'hui de constater le retard apporté à consacrer la valeur d'un homme qui, depuis si longtemps, faisait école.

Nourri d'une sève bourguignonne qui lui a donné le courage et la probité, Laubry faisait déjà figure d'un chef, il y a quarante ans, au temps de notre jeunesse turbulente et généreuse ; il polarisait les énergies tumultueuses et calmait d'une tape ou d'un sourire les plus écervelés d'entre nous.

Sa rhétorique n'était pas familière de cette verbosité qui assure la palme dans les tournois académiques, mais elle était toute de précision, de logique et de bon sens, qualités secondes, il est vrai, pour briller dans nos écoles, vertus constructives, néanmoins, et dans le domaine clinique où il travailla. Laubry a pu, grâce à elles, édifier un enseignement et se construire une renommée.

Et c'est ainsi qu'il apparut qu'il n'y avait pas de raisons pour que les maladies du cœur, cet organe qui est le domaine de l'ultimum moriens, ne connussent pas dans nos Facultés le même honneur que celui réservé aux maladies des rognons et qu'elles restassent dans une tutelle didactique.

Au surplus, lorsqu'un maître comme Laubry bénéficie d'un prestige mondial, la France se devait tout de même de reconnaître le mérite d'un de ses meilleurs cliniciens.

Ah ! je sais bien que cette consécration devait heurter quelques-uns : songez que Laubry n'a pas « passé par la filière ». Il m'est avis que son mérite n'en est que plus grand : le titre qui vient de lui être donné n'est pas dû à l'ancienneté, cette pourriture d'hôpital, mais au labeur persévérant de toute sa vie. Et s'il est des titres qui se superposent, il est des lauriers qui brillent tout de même plus les uns que les autres. Les lauriers de Laubry sont de ceux-là.

Aussi, en embrassant Laubry, l'autre jour, après le tour de « sacristie » qui termina sa leçon, et où il reçut les félicitations de centaines de personnes, je me sentais ému, comme si ma génération tout entière tirait orgueil de tant de savoir et de tant de volonté enfin glorifiés

Ce qu'est la dénatalité française. — *Le* BRUXELLES-MÉDICAL (29 nov. 1936) *nous le dit* :

La décroissance de la natalité en France prend une allure alarmante. Le nombre des naissances a atteint son maximum à la fin du second Empire : il s'est élevé à 1.034.000 en 1868. En 1934, il est tombé à 677.000, en 1935, à environ 650.000 (dont près de 50.000 naissances de fils étrangers) ; il a donc diminué de 384.000, soit de plus d'un tiers, bien que la population se soit accrue, pendant cette période, de 3 millions d'immirants et de naturalisés, ce qui l'a portée de 38 millions d'habitants à 41. Et la diminution est de plus en plus rapide : elle atteint tout près de 100.000 en cinq ans, de 1930 à 1935.

Le nombre des naissances par mariage a diminué beaucoup plus vite encore : en 1800, on enregistrait en France, en moyenne 4,5 naissances pour 1 mariage ; à la fin du siècle dernier on en comptait encore 3, aujourd'hui 2,2 seulement : plus de 50 % de diminution. C'est une véritable révolution démographique : en quatre générations la France est passée de la grande famille à la famille anormalement petite, à la famille atrophiée.

« Le *Pessima medicorum invidia* est aujourd'hui plus vrai que jamais. Pour n'avoir pas réussi à en triompher, notre profession voit diminuer chaque jour son caractère libéral, et le médecin risque de perdre la belle place qu'il aurait dû savoir se faire dans l'organisation moderne de la Santé publique.

Les rivalités professionnelles existent à tous les degrés de l'exercice de la médecine ; elles sont aussi farouches dans la plus humble bourgade, où exercent deux praticiens, courbés sous le même labeur, vivant la même rude vie du praticien rural, que dans les cercles scientifiques les plus fermés, où l'on n'accède qu'après une succession d'épreuves, de concours, d'élections, qu'après avoir cueilli toutes les distinctions, tous les honneurs et tous les profits. Ce sont les mêmes reproches, les mêmes griefs qui s'expriment et, dans des termes si semblables, qu'il s'agit évidemment là d'une fâcheuse tournure d'esprit conceptionnelle, impossible à modifier. » (Dr R. MASSART. — Les rivalités professionnelles. *Le Concours Médical*, 18 novembre 1936.)

Otez de la plupart de nos mémoires les pages qui y sont données à une inutile éloquence, celles que l'érudition y usurpe, et celles que la stricte discussion de l'objet réprouve, qu'y restera-t-il souvent ? BICHAT.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Précis de parasitologie, par E. Brumpt. Cinquième édition entièrement remaniée. Deux volumes formant 2.140 pages avec 1.085 figure et 4 planches en couleurs. (Coll. de Précis médicaux) Reliés toile 200 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain Paris.

Les études parasitologiques ont été nombreuses et des plus importantes au cours de ces dernières années. Aussi la nouvelle édition du Précis de M. Brumpt qui manquait depuis plusieurs années et était constamment demandée se présente-t-elle comme un livre nouveau, mise au point élaborée après un tri minutieux de l'immense accumulation des documents récemment publiés.

Le plan d'exposition est resté le même : une étude morphologique permet d'identifier les parasites et de les classer en suivant les règles de la nomenclature scientifique. Une étude biologique permet de préciser leur habitat, leurs fonctions de nutrition et de relation, leurs tropismes, leur mode de reproduction, les modalités de leur évolution, enfin l'action du milieu ambiant qui permet de connaître leur distribution géographique actuelle et de prévoir leur dissémination future.

Les parasites étant connus ainsi que leurs voies de sortie et d'accès, leur rôle pathogène est étudié, ainsi que les conditions étiologiques générales et individuelles qui favorisent les infections et déterminent leur symptomatologie plus ou moins complexe.

Enfin la parasitologie poursuivant surtout un but pratique, qui est la destruction, des paragraphes spéciaux sont consacrés au diagnostic, au traitement, à la prophylaxie.

Les progrès réalisés dans le domaine de la parasitologie depuis 1927 sont d'une importance dont le nouvel état de ce volume témoigne. On a établi le mode de transmission de certains spirochètes, décelé les animaux réservoirs de virus de plusieurs fièvres récurrentes de l'homme. Le mode de transmission des leishmanioses viscérales et cutanées a été définitivement élucidé. Les Trypanosomes se sont avérés un parasite de l'homme plus fréquent qu'on ne le croyait. L'étude du paludisme humain et en particulier l'organisation de sa prophylaxie ont progressé par la découverte de nouveaux médicaments antipaludiques. Les agents déterminants de quatre maladies du groupe des rickettsioses ont été découverts. La réceptivité de nombreux mammifères à la fièvre jaune a été prouvée, parmi lesquels la souris a permis d'obtenir un virus fixe neurotrope utilisable comme vaccin.

D'autre part, la partie de cet ouvrage consacrée à l'étude de la mycologie a été entièrement remaniée. Un chapitre de généralités a été rédigé, pour permettre de mieux comparer les parasites végétaux aux parasites animaux. Les recherches les plus importantes à signaler ici portent sur les champignons levuriformes qu'il a été possible de classer. De nombreuses espèces nouvelles sont signalées, ainsi que de nouveaux procédés pour leur identification.

L'auteur estime que l'étiologie de toutes les infections abordées dans ce livre est actuellement connue.

Accrue d'environ 500 pages, la nouvelle édition est illustrée de nombreuses figures nouvelles et originales, provenant des collections constituées : par l'auteur en parasitologie animale, par le Dr Maurice Langeron en mycologie. Une table alphabétique très complète rend aisé l'usage d'un ouvrage remarquable que seront heureux de retrouver, ainsi rénové, aussi bien les médecins métropolitains que les médecins coloniaux, les zoologistes et les étudiants.

Syphilis, par M. Degos. 1 vol. in-16, cart. 18 fr., Maloine, édit., Paris.

Ce précis s'adresse à l'étudiant et au médecin praticien sous forme succincte, il constitue une mise au point très complète des idées actuelles sur l'évolution clinique, la sérologie, et le traitement de la syphilis.

Cytologie du liquide céphalo-rachidien normal chez l'homme, par H. Jessen. Un volume de 168 pages, 40 francs. Masson et Cie, éditeurs.

Ce travail critique a reçu une empreinte pratique. L'auteur a revu la plus grande partie des nombreuses méthodes employées jusqu'à ce jour, il en a fixé l'importance respective afin de pouvoir, à l'aide de modifications personnelles, les rendre pratiques pour un emploi systématique et établir ainsi une base pour les recherches ultérieures.

Ce travail remplit une lacune ; il expose ce que nous savons et ne savons pas de la cyto-physiologie du liquide céphalo-rachidien humain.

Les métrorragies ménopausiques et post-ménopausiques. (*Etude étiologique, clinique et biologique*), par MM. Raymond Imbert, Michel Mosinger et H. Haimovici, de Marseille, 1 vol. in-8 200 pages, 28 figures, broché : 20 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris VIe.

Cet ouvrage écrit sous l'inspiration de M. le Prof. Fiolle est « un manuel pratique où les médecins et chirurgiens trouveront les indications les plus précises » en même temps qu'un ouvrage qui fait une part légitime à la spéculation.

Vérités sur le diagnostic radiesthésique médical, par le Docteur Alfred Roux. Un volume 168 pages. E. Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

L'auteur veut faire profiter ses confrères de son expérience. Il a voulu aussi enseigner la prudence aux radiesthésistes non-médecins, leur indiquer quel rôle exact ils peuvent remplir en radiesthésie médicale, et leur montrer le danger d'une interprétation défectueuse en ce domaine dans les réactions du pendule et de la baguette.

Ses observations nombreuses, faites pour la plupart au titre purement expérimental, avec des médecins et contrôlées par ces derniers, sont une réponse péremptoire aux attaques de plus en plus nombreuses dirigées contre les médecins radiesthésistes, par des auteurs généralement mal documentés et insuffisamment instruits des phénomènes radiesthésiques.

Ce livre sera utile non seulement aux médecins, auxquels il fera comprendre toute la valeur de la radiesthésie en tant qu'adjuvant de la clinique, mais aussi aux malades qu'il mettra en garde contre le charlatanisme conscient ou inconscient et répandu à l'heure actuelle.

Divers

L'Amour sous les verrous. *Les prisons révolutionnaires,* par Henri d'Almeras. 1 vol. in-8°, 20 fr. Albin Mchel, éditeur, 22, rue Huygnes, Paris.

M. Henri d'Almeras, historien érudit dégagée de pédanterie, se retrouve dans ce livre vivant, richement documenté, agrémenté comme tous ceux qui l'ont précédé, d'anecdotes savoureuses prises aux sources les plus sûres.

Pour mieux comprendre l'antiquité classique, par L. Laurand. 1 vol. in-8°, 15 fr. A. Picard, édit., 82, rue Bonaparte, Paris.

M. Laurand, auteur du *Manuel des études grecques et latines*, a réuni dans ce volume des articles qui traitent de points non étudiés dans le *Manuel*. Les sujets en sont très divers. A signaler une étude sur les médecins militaires dans les armées grecques et romaines.

Les Livres de la semaine

Gaudichard. — **Vade-Mecum de syntonisations radiesthésiques. Microthérapie. Thérapeutique. Phytothérapie.** 104 p. Br. : 10 fr. (*Vigot frères.*)

Morin (Edmond). — **Guide pratique de l'infirmière-hospitalière. Les bandages. Union des femmes de France.** 80 p. Br. : 2 fr. (*Vigot frères.*)

Okkels (Harald). — **La glande thyroïde.** Coll. Actualités scientifiques et industrielles n° 407. 54 p. Br. : 15 fr. (*Hermann et Cie.*)

Thomas Hunt Morgan. — **Embryologie et génétique.** Br. : 18 fr. (*N. R. F.*).

Marseillier (S.). — **Les dents humaines. Morphologie.** (25/16), XII-140 p. 68 pl. Br. : 35 fr. (Gauthier-Villars).

Morgan (Thomas-Hunt). — **Embryologie et génétique.** Coll. L'avenir de la science. Br. : 18 fr. N. R. F.

Agenda médical historique. Laboratoires Substantia, 3, rue Pagès, Suresnes.

Le Gérant : Dr Victor GENTY CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873. — N° 51 LE NUMÉRO : 50 Centimes 19 DÉCEMBRE 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Travaux originaux

E. SERGENT : La pneumonectomie vue par un médecin ... 1977
B. CUNÉO : De l'origine endocrine de l'hypertrophie prostatique ... 1982
LOEPER, BIOY, GILBRIN et TONNET : L'oxycarbonémie endogène ... 1992

Sociétés savantes

Académie de Chirurgie ... 1996
Réunion des Sociétés de Pédiatrie ... 1999

Nouvelles ... 1971

Echos et Glanures ... 2003

Bibliographie ... 1988

Les Livres de la semaine ... 2006

NOUVELLES

Faculté de Paris. — *Thèses.* — 14 décembre. — M. MAURAGE : Etude de l'endocrinoïde maligne lente. — M. CHAUTEMPS : Les artérites juvéniles. Etude clinique physio-pathologique thérapeutique.

15 décembre. — M. GOGUE : Etude de la réduction sanglante des luxations rétro-lunaires du carpe par voie dorsale. — M. QUINIOU : Etude de la rachi-percaïnisation selon les méthodes et genèse de Sebrechts. — M. MARONIS : Etude comparée de l'urographie et de la pyélographie dans les affections rénales. — M. VANNIER : La mortalité par cancer dans le département de la Manche. — Mlle CAUCHOIS : Douze ans de service social à l'hôpital Trousseau. — M. DESJEUX : Etude du purpura staphylococcique. — M. RIZZOLO : Vaccination antivariolique aux États-Unis.

16 décembre. — M. LE BAYON : Les varices. Caractère mendélien recessif. — Mlle COTTON : Toxi-infection alimentaire et bacille paratypnique.

18 décembre. — M. HÉRISSÉ : Traitement par la suture immédiate des plaies de la main et des doigts par accidents du travail. — M. BOISSEAU : Traitement du pied-bot varus équin congénital chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte. — M. BIOSI CHILINA : Etude des lésions périfocal du mal de Pott dorsal. — M. VASSOR : Fracture de la diaphyse fémorale chez l'adulte par un nouveau procédé de synthèse externe.

19 décembre. — M. COUEDIC : Traitement des troubles fonctionnels de l'insuffisance veineuse par l'extrait d'hamamélis intramusculaire. — Mlle DEROT-PICQUET : Les hépato-néphrites.

21 décembre. — M. GORDON : Les antihormones. — M. BEASSE : L'acide ascorbique et son rôle en thérapeutique.

22 décembre. — M. JANNIC-BLET : De quelques parathyroïdectomies. — M. LERNER : Sur les cryptoleucémies. — Mlle AVELINE : Recherches du bacille tuberculeux par la culture des selles. Résultat. — Mlle FENYES : Etude des kystes épithéliaux à la rate. — M. MÉRIC : Etude du mécanisme d'action des procédés de collapsothérapie de la tuberculose. — M. RICOUX : Notions actuelles sur la cellulites et son traitement.

Thèses vétérinaire. — 15 décembre. — M. BLAIZOT : Ecthima contagieux du mouton et de la chèvre.

17 décembre. — M. BEDOISEAU : Météorologie et médecine vétérinaire.

21 décembre. — M. LEMOINE : Botrymycose chez les animaux dermatiques.

Vacances de Noël et du jour de l'An. — La Faculté (cours, travaux pratiques et examens) sera fermée du jeudi 24 décembre 1936 au dimanche 3 janvier 1937 inclus.

Secrétariat. — Les bureaux du secrétariat seront fermées :

1° le samedi 26 décembre ; 2° du mercredi 30 décembre 1936 au dimanche 3 janvier 1937 inclus.

Bibliothèque. — La bibliothèque sera fermée le jeudi 24 et le samedi 26 décembre 1936 et du mardi 29 décembre 1936 au dimanche 3 janvier 1937 inclus.

Elle srea ouverte le lundi 28 décembre, mais seulement de 14 à 18 heures.

Hôpitaux de Paris. — *Mutation des électro-radiologistes.* — A Bretonneau (en remplacement de M. le Docteur Lobligeois, atteint par la limite d'âge), M. le Docteur Lomon, de l'hôpital Hérold.

A Hérold, M. le Docteur Gibet, titularisé.

A Bichat (en remplacement de M. le Docteur Beaujard, atteint par la limite d'âge), M. le Docteur Lehman, de l'hôpital Broca.

A Broca, M. le Docteur Gilson, de l'hôpital Tenon.

A Tenon, M. le Docteur Lepennetier, titularisé.

A la clinique Baudelocque (en remplacement de Mme de Brancas, décédée), M. le Docteur Petit, titularisé.

Mutation des oto-rhino-laryngologistes. — A l'hôpital Saint-Antoine (en remplacement de M. le Docteur Grivot, atteint par la limite d'âge). M. le Docteur Haphen, de l'hôpital Saint-Louis.

A Saint-Louis, M. le Docteur Bouchet, titularisé.

A la consultation de l'hôpital Ambroise-Paré, M. le Docteur Leroux, de la consultation de Cochin.

A la consultation de l'hôpital Cochin, M. le Docteur Maduro.

Clinique gynécologique. (Hôpital Broca, 111, rue Broca. Professeur : M. Pierre Mocquot.) — *Gynécologie.* Cours de perfectionnement.) — M. le Professeur Pierre Mocquot, assisté de MM. R.-C. Monod, R. Palmer, R. Moricard, J. Guillot, P. Lejeune et Mlle M. Wolff, fera ce cours du lundi 4 janvier au samedi 16 janvier 1937, avec la collaboration de MM. L. Mallet, électro-radiologiste des hôpitaux ; J. Pulsford, assistant d'électro-radiologie des hôpitaux et J. Longuet.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants en fin d'études désirant acquérir la pratique des méthodes actuelles de diagnostic et de traitement en gynécologie. Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades. Un certificat sera délivré à la fin du cours.

PROGRAMME DU COURS. — Lundi 4 janvier, 9 h. 30 : Inscription ; 10 heures : Opérations par le Professeur MOCQUOT ; 10 heures : Consultation par M. PALMER ; 15 heures, M. PALMER : Diagnostic gynécologique. Méthodes d'exploration.

Mardi 5 janvier, 9 h. 30, M. LEJEUNE : Technique de la diathermie et des diathermo-coagulations ; 10 heures : Consultation par le Professeur MOCQUOT ; 10 heures : Opérations par les assistants ; 10 h. 30 : Electro-coagulations par M. LEJEUNE ; 11 h. 30, M. MORICARD : Biopsies utérines (projections) ; 17 heures, M. PALMER : Blennorragie. Métrites. Leucorrhées.

Mercredi 6 janvier, 9 h. 30, M. PALMER : Technique de l'hystéroscopie ; 10 heures : Opérations par le Professeur MOCQUOT ; 10 heures : Consultation par Mlle WOLFF ; 11 heures, M. LEJEUNE : Technique de l'hystéro-salpingographie au lipiodol ;

17 heures, M. MORICARD : Physiologie génitale. Hormones de l'ovaire et de l'antéhypophyse.

Jeudi 7 janvier, 9 h. 30, M. PULSFORD : Technique des applications d'ondes courtes ; 10 heures : Consultation d'endocrinologie gynécologique par M. MORICARD ; 10 heures : Opérations par les assistants ; 10 h. 30 : Electro-coagulations par M. LEJEUNE ; 11 n. 30 : Applications de radium par M. MALLET ; 17 heures, M. GUILLOT : Rétro-déviations utérines. Prolapsus génitaux.

Vendredi 8 janvier, 9 h. 30. M. PALMER : Technique de l'insufflation tubaire ; 10 heures : Opérations par le Professeur MOCQUOT ; 10 heures : Consultation par M. LEJEUNE ; 11 heures : Consultation de stérilité, insufflations tubaires, par MM. PALMER et LEJEUNE ; 17 heures, M. PALMER : Myomes utérins. Conservation ovarienne.

Samedi 9 janvier, 9 h. 30, M. PULSFORD : Technique de la radiothérapie des myomes utérins ; 10 heures : Examen des malades à opérer par le Professeur MOCQUOT ; 11 heures : Leçon clinique par le Professeur MOCQUOT ; 17 heures, M. LEJEUNE : Avortement et complications.

Lundi 11 janvier, 9 h. 30. M. GUILLOT : Tuberculose utéro-annexielle ; 10 heures : Opérations par le Professeur MOCQUOT ; 10 heures : Consultation par M. PALMER ; 17 heures, M. MORICARD : Dystrophies vulvo-vaginales, utérines, ovariennes et mammaires d'origine hormonale.

Mardi 12 janvier, 9 h. 30. M. LONGUET : Grossesse extra-utérine ; 10 heures : Consultation par le Professeur MOCQUOT ; 10 h. 30 : Electro-coagulations par M. LEJEUNE ; 11 h. 30, M. MORICARD : Examen histologique des lésions annexielles (projections) ; 17 heures, M. PALMER : Annexites. Abcès pelviens. Péritonites d'origine génitale.

Mercredi 13 janvier, 9 h. 30, M. MORICARD : Technique du diagnostic biologique de la grossesse sur la lapine ; 10 heures : Opérations par le Professeur MOCQUOT ; 10 heures : Consultation par Mlle WOLFF ; 11 heures : Hystéro-salpingographies par M. LEJEUNE ; 17 heures, M. PALMER : Cancers de l'utérus. Métrorragies.

Jeudi 14 janvier, 9 h. 30, M. R.-C. MONOD : Traitement du cancer du sein ; 10 heures : Consultation d'endocrinologie gynécologique par M. MORICARD ; 10 heures : Opérations par les assistants ; 11 h. 30, M. MALLET : Technique du traitement radiothérapique du cancer du col utérin ; 17 heures, M. LEJEUNE : Stérilités.

Vendredi 15 janvier, 9 h. 30. M. GUILLOT : Tumeurs kystiques et solides de l'ovaire ; 10 heures : Opérations par le Professeur MOCQUOT ; 10 heures : Consultation par M. LEJEUNE ; 11 heures : Consultation de stérilité et insufflations tubaires par MM. PALMER et LEJEUNE ; 17 heures, M. PALMER : Phénomènes douloureux.

Samedi 16 janvier, 9 h. 30, M. PULSFORD : Technique de l'électrothérapie des métrites ; 10 heures : Examen des malades à opérer par le Professeur MOCQUOT ; 11 heures : Leçon clinique par le Professeur MOCQUOT ; 17 heures, M. MORICARD : Hormonothérapie.

Le droit à verser est de 200 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Hôpital de la Pitié. (Clinique médicale. Professeur : M. A. Clerc.) — *Cours de perfectionnement sur les maladies du cœur et des vaisseaux*, sous la direction du Professeur A. Clerc et de M. Ch. Aubertin, agrégé, médecin de la Pitié, assistés de MM. Baumgartner, Donzelo, Mouquin, Delherm, E. Bordet, E. Géraudel, André, Bascourret, Delamare, Grellety-Bosviel, Lenègre, Robert Lévy, Schwob, Sée, Sterne, S. Vialard, B. Zadoc-Kahn, Frain, Fischgold, Rogé, et Perrot, un cours de perfectionnement commencera le lundi 11 janvier 1937, à 10 heures, à l'hôpital de la Pitié, pavillon la Rochefoucauld (service 6).

PROGRAMME DU COURS (Des explications pourront être données en anglais). — 1° Le matin, à 10 heures, plus spécialement, leçons cliniques, radioscopie, électro-cardiographie et phonocardiographie théoriques, avec exercices pratiques (lecture des tracés électriques et des orthodiagrammes, etc.).

Lundi 11 janvier, M. E. BORDET : Technique générale radioscopique. — Mardi 12 janvier, M. A. CLERC : Policlinique. — Mercredi 13 janvier, à 10 heures, M. BORDET : L'ombre du cœur à l'état normal. Nouveaux procédés d'exploration radiologique du cœur. — Jeudi 14 janvier, M. GÉRAUDEL : Principes et techniques graphiques. — Vendredi 15 janvier, M. GÉRAUDEL : Notions anatomiques et physiologiques. Tracés mécaniques et électriques. — Samedi 16 janvier, à 10 heures, M. FRAIN : Signes radioscopiques de la dilatation et de l'hypertrophie du cœur ; à 11 heures, M. CLERC : Présentation de malades. — Lundi 18 janvier, M. GÉRAUDEL : Troubles de fonctionnement du sinus. — Mardi 19 janvier, M. CLERC : Policlinique. — Mercredi 20 janvier, M. SURMONT : Affections valvulaires. — Jeudi 21 janvier, M. GÉRAUDEL : Extrasystoles. — Vendredi 22 janvier, M. GÉRAUDEL : Blocage sino et atrio ventriculaire. — Samedi 23 janvier, à 10 heures, M. FRAIN : Péricardite, symphyse. Malformations congénitales ; à 11 heures, M. CLERC : Présentation de malades. — Lundi 25 janvier, M. FRAIN : Pédicule cardiaque normal. Aortites. — Mardi 26 janvier, M. CLERC : Policlinique. — Mercredi 27 janvier, M. FRAIN : Anévrisme aortique. — Jeudi 28 janvier, M. GÉRAUDEL : Fibrillation et flutter auriculaires. — Vendredi 29 janvier, M. GÉRAUDEL : Déformations de l'électro-cardiogramme ventriculaire. — Samedi 30 janvier, à 10 heures, M. FRAIN : Artérites pulmonaires. Veines caves ; à 11 heures, M. CLERC : Présentation de malades. — Lundi 1er février, M. GÉRAUDEL : Rythme nodal. Rythmes complexes. — Mardi 2 février, M. CLERC : Policlinique. — Mercredi 3 février, M. FISCHGOLD : Kymographie. — Jeudi 4 février, M. CLERC : Présentation de malades.

2° L'après-midi : *a*) de 15 à 16 heures : Démonstrations pratiques (examen des malades, électro-cardiographie, artériographie, phono-cardiographie, etc.) sous la direction de MM. Clerc et Aubertin, dans leurs services à l'hôpital de la Pitié, par les assistants et les internes (les auditeurs seront individuellement exercés aux diverses manipulations) ; *b*) à 16 heures : Conférence théorique ; *c*) à 17 heures : Exercices pratiques de radioscopie et d'orthodiagraphie sous la direction de M. Frain. Une démonstration spéciale de kymographie aura lieu dans le service de M. Delherm, radiologiste de l'hôpital de la Pitié.

Lundi 11 janvier, M. CLERC : Insuffisance cardiaque. — Mardi 12 janvier, M. ANDRÉ : Péricardites et adhérences du péricarde. — Mercredi 13 janvier, M. B. ZADOC-KAHN : Endocardites infectieuses. — Jeudi 14 janvier, M. VIALARD : Le cœur dans le rhumatisme articulaire aigu. — Vendredi 15 janvier, M. SÉE : Lésions congénitales du cœur. — Samedi 16 janvier, M. DONZELOT : Infarctus du myocarde. — Lundi 18 janvier, M. R. LÉVY : Irrégularités du rythme cardiaque. — Mardi 19 janvier, M. LENÈGRE : Bradycardies. — Mercredi 20 janvier, M. R. LÉVY : Tachycardies. — Jeudi 21 janvier, M. DELAMARE : Généralités sur les lésions valvulaires. — Vendredi 22 janvier, M. SCHWOB : Glandes endocrines et pathologie cardiaque. — Samedi 23 janvier, M. BASCOURRET : Exploration des artères. Sphygmomanométrie. — Lundi 25 janvier, M. AUBERTIN : Hypertension artérielle. — Mardi 26 janvier, M. MOUQUIN : L'angine de poitrine et son traitement. — Mercredi 27 janvier, M. B. ZADOC-KAHN : Artérites oblitérantes des membres. — Jeudi 28 janvier, M. AUBERTIN : Aortites et anévrismes aortiques. — Vendredi 29 janvier, M. CLERC : Artérites pulmonaires. — Samedi 30 janvier, M. GRELLETY-BOISVIEL : Exploration des veines phlébites. — Lundi 1er février, M. MOUQUIN : Hygiène et médication générale des maladies du cœur. — Mardi 2 février, M. STERNE : Médications vasculaires. — Mercredi 3 février,

M. Bascourret : Digitaline et ouabaïne. — Jeudi 4 février, M. Baumgartner : Chirurgie des affections cardiaques.

Après le cours, des certificats d'assiduité pourront être délivrés, à la demande des auditeurs. Prix du cours complet : 250 francs.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures, et salle Béclard, tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi). Le registre sera clos quatre jours avant l'ouverture du cours.

Ecole de médecine de Besançon. — M. le Docteur Pierre Gomet est institué, pour neuf ans, professeur suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales.

Ecole de médecine de Dijon. — M. Quanquin, chef de physiologie, est prorogé dans ses fonctions du 1er novembre 1936 au 30 septembre 1937.

Ecole de médecine de Limoges. — M. Malabon, pharmacien, est déléguée jusqu'à l'issue d'un prochain concours, dans les fonctions de supplément de la chaire d'histoire naturelle.

Concours pour les places de médecins de sanatorium. — Le concours annoncé antérieurement pour deux places de médecin dans les sanatoriums de Villiers-sur-Marne (Aisne) et d'Arnières (Eure), de la Renaissance sanitaire, aura lieu le jeudi matin, 7 janvier, à 9 heures, à l'hôpital Laënnec (Service de la clinique de la tuberculose de M. le Professeur Bezançon).

Il comprendra une épreuve clinique avec examen de deux malades comportant pour chaque malade un quart d'heure de réflexion et un quart d'heure d'exposition (résultats de l'examen clinique, radiographique, diagnostic, indications prophylactiques et thérapeutiques.

Envoyer avant le 31 décembre les mêmes pièces que celles exigées pour les candidats aux fonctions des sanatoriums publics, à M. le médecin-inspecteur des Etablissements de la Renaissance, 23, rue du Renard, Paris.

Service de santé. — *Mutations semi-mensuelles*. — Le médecin colonel Duval, de l'hôp. Robert-Picqué, Villenave-d'Ornon, sous-dir. du Serv. de santé de la 18e région.

Le médecin lieutenant-colonel Guibert, de l'hôp. Bégin, Saint-Mandé, à l'hôp. Legouest, Metz.

Les médecins capitaines : Deumier, de la base d'aérostation, Toulouse, à la base aérienne du camp d'Avord ; Reissier, du 81e d'inf., au 2e B. C. P. ; Cavailles, de la dir. du Serv. de santé de la 16e région, à la section techn. du Serv. de santé, Paris ; Crosnier, du Val-de-Grâce, à l'hôp. Bégin, Saint-Mandé ; Marot, de l'Ecole du Serv. de santé, Lyon, à l'hôp. mixte de Montpellier ; Marchetti, de la place de Lyon, au 5e bat. de dragons portés ; Augène, du 2e chasseurs à pied, aux troupes du Maroc ; Baumelou, du 25e chasseurs alpins, à la dir. du Serv. de santé de la 16e rég. ; Serres, du 5e bat. de l'air, à la base aérienne de Bordeaux-Mérignac ; Hubert, de la base d'aérost. d'Epinal, au 81e d'inf. ; Baylot, du 37e d'inf., au 25e chasseurs alpins ; Tarain, des troupes du Maroc, au 13e d'inf. ; Lacroix, du 5e bat. de dragons portés, à l'Ecole du Serv. de santé ; Deumié, de la base aérienne de Pau, au centre d'examen méd. de la région de Paris.

Les médecins lieutenants : Bureste, du 117e d'inf., aux troupes du Maroc ; Vidailhet, du 18e d'inf., à la base aérienne de Pau ; Rescanières, du 5e génie, au 146e d'inf. ; Armengaud, de l'hosp. mixte du Mans, au 117e d'inf. ; Berest, du 5e d'inf., aux troupes de Tunisie ; Joffre, de l'hôp. du camp de Mailly, au 5e d'inf. ; Grau, de l'hôp. Bégin, Saint-Mandé, au 18e d'inf. ; Velluz, de l'hôp. Dominique-Larrey, Versailles, au 5e génie ; Guichard, de l'hosp. mixte de Verdun, au 4e dragons portés.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'externat*. — Questions posées :

Anatomie. — 1. Trou ovale (constitution et contenu) ; 2. Description du ligament latéral externe de l'articulation tibio-tarsienne ; 3. Insertions et innervation du muscle petit-pectoral ; 4. Rapports de l'artère fémorale, à son origine, sous l'arcade crurale ; 5. Enumérer sans les décrire les muscles du pouce et indiquer leur innervation.

Pathologie médicale. — 1. Description du frottement péricardique ; 2. Renseignements fournis par le laboratoire pour le diagnostic de la fièvre typhoïde à ses différentes périodes (sans la description des techniques ; 3. Caractères du foie dans l'asystolie ; 4. Examen de la cavité bucco-pharyngée dans la scarlatine non-compliquée ; 5. Manière de rechercher la raideur méningée ; 6. Examen physique du corps thyroïde dans la maladie de Basedow.

Pathologie chirurgicale. — 1. Signes physiques de la luxation antéro-interne récente de l'épaule (variété sous-coracoïdienne) sans la radiographie ; 2. Diagnostic différentiel entre l'hydrocèle vaginale et la hernie inguino-scrotale ; 3. Signes physiques de l'abcès du sein au cours de l'allaitement ; 4. Enumérer les principales causes d'hématurie d'origine rénale.

Composition du jury du concours de l'externat :

Anatomie. — MM. les Docteurs Redon, Patel, Cattan.

Pathologie médicale. — MM. les Docteurs Cachera, Rouquès, Degos.

Pathologie chirurgicale. — MM. les Docteurs Merle d'Aubigné, Sicard, Suzor.

Le concours de stomatologiste des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. les Docteurs Marie et Couhepé.

Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine. (Professeur : M. Maurice Leoper). — Le Professeur Th. Hernando, de la Faculté de médecine de Madrid, fera le jeudi 14 janvier, à 11 heures, à l'Amphithéâtre Hayem de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, une leçon sur : La porphyrie. Ses manifestations digestives, cutanées et oculaires.

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine. — Périodiquement, les médecins sont sollicités de fournir avec ou sans photographie, leur biographie scientifique avec une souscription en principe réservée à la fourniture de la pubication. Les prétextes divers sont invoqués pour légitimer ces pratiques. La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine croit devoir rappeler que, constituant une réclame plus ou moins déguisée, elles sont contraires au règlement de déontologie et que cette forme de pubicité a été justement condamnée par les groupements médicaux. (*Communiqué*.)

Société amicale des Médecins alsaciens (27, rue de la Ville-l'Evêque, Paris-IIIe). — La prochaine réunion de cette Société aura lieu le mardi 22 décembre, à 19 h. 30, à l'Aéro-Club, 6, rue de Galilée. Elle sera suivie d'un dîner auquel les dames et les confrères de passage sont cordialement invités.

La liste des membres est en préparation et tous sont instamment priés de faire parvenir les indications qu'ils désirent y voir figurer, avec leur cotisation, 20 francs, au trésorier, Docteur Brucker, 17, rue des Pyramides. Compte de chèques-postaux, Paris 382-23.

TRAVAUX ORIGINAUX

La pneumonectomie vue par un médecin [1]

Par M. **Emile SERGENT**

Depuis que le développement des recherches cliniques sur le domaine de la pneumologie avait progressivement permis aux médecins d'acquérir des notions de plus en plus étendues et précises sur les causes, les formes anatomo-cliniques et les éléments de diagnostic des maladies du poumon et, particulièrement, des suppurations broncho-pulmonaires et du cancer primitif, ils n'en étaient, hélas ! que mieux autorisés à constater la trop fréquente impuissance de leurs ressources thérapeutiques. Témoins des drames auxquels ils assistaient sans pouvoir les conjurer, ils souhaitaient que les chirurgiens consentissent enfin à faire pénétrer dans le thorax leurs armes libératrices, convaincus qu'ils y accompliraient les miracles qui avaient suivi leur incursion dans l'abdomen et qu'ainsi se réaliserait la prévision émise en 1881 par Gluck, le père de la chirurgie endothoracique. Cependant, le contenu de la cavité thoracique et surtout les poumons restèrent pour les chirurgiens un épouvantail, jusqu'à ces vingt dernières années.

Aujourd'hui le poumon est devenu un champ de bataille sur lequel la victoire inscrit chaque année de nouveaux fleurons. Pour atteindre cette glorieuse étape, la chirurgie pulmonaire a su tirer profit de deux grandes expériences : celle de la grande guerre et celle de l'étroite collaboration médico-chirurgicale, l'une et l'autre inséparables, d'ailleurs, parce qu'unies par l'indissoluble lien qui agglutine l'observation clinique et les suggestions thérapeutiques qu'elle engendre.

Maudissons le souvenir de la guerre, mais reconnaissons que, sur le domaine médico-chirurgical, elle a eu, pour nous cliniciens, la valeur et les conséquences d'une vaste expérimentation. Dans cette pensée nous pouvons trouver quelque adoucissement aux souvenirs douloureux que nous a laissés cette affreuse tuerie.

Personnellement, je me souviendrai toujours de ces innombrables blessés de poitrine, réunis dans un service spécial de l'hôpital militaire du Vésinet, dont j'étais le médecin-chef, ayant comme collaborateurs, au cours de leur séjour temporaire à l'arrière, Renon (de Niort) et le regretté Lechevallier (de Cambrai). Je me souviendrai toujours de ces grands blessés de poitrine atteints de suppuration pulmonaire tenace à la suite de blessure pénétrante du thorax ; chez les uns, le projectile restait inclus, entretenant la suppuration ; chez les autres, il n'avait fait que traverser le thorax, mais avait introduit dans le poumon les germes infectieux.

Que faire ? Rester inertes, attendre l'extension du processus de suppuration, la cachexie, l'hémoptysie terminale ? Courir le risque d'une intervention dont la technique restait encore vague et imprécise ? Plusieurs fois, en suivant les règles du repérage précisées par Marion, nous avons pu extraire le projectile ; plusieurs fois, prenant la responsabilité du chef, j'ai fait ouvrir le thorax et le poumon pour drainer la collection intrapulmonaire et j'ai eu la joie de voir guérir ces malheureux. Plusieurs fois, avec le regretté Tuffier, j'ai suivi la même conduite. Combien d'autres médecins et chirurgiens ont agi de la même manière ? Pierre Duval, notamment, n'a-t-il pas été un de ceux qui ont eu la même audace et n'ont pas reculé devant le spectre d'un pneumothorax opératoire, toujours possible ?

Telle fut, en réalité, la période de début, la période de tâtonnements, la période de préparation à l'étape magnifique dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui.

C'est de cette époque que date, pour ma part, la conviction que j'ai acquise de la nécessité d'une étroite collaboration entre le médecin et le chirurgien, en vue de parvenir à établir les indications et les contre-indications de l'intervention chirurgicale dans les affections pulmonaires et d'en préciser le mode et la technique, suivant les cas.

C'est pourquoi j'ai considéré qu'il était impossible, pour un médecin, de discuter la question, si actuelle, de la pneumonectomie, sans évoquer le souvenir de cette étape primordiale de la chirurgie pulmonaire, qui a scellé l'union indissoluble du médecin et du chirurgien.

Bien des fois, déjà, j'ai eu l'occasion d'insister sur la nécessité de cette étroite et constante collaboration médico-chirurgicale. Ayant pu en constater, depuis dix ans, les heureux résultats dans le service de mon cher et éminent ami Archibald, à Montréal, j'ai conçu le projet de la réaliser chez nous et j'ai pu, en dépit de quelques oppositions, parvenir à organiser un service mixte, tout d'abord dans ma vieille Charité, avec la collaboration de Baumgartner, Kourilsky et Iselin, et, maintenant, à Broussais, avec celle de Robert Monod.

Je pense que c'est pour cette raison que le Congrès de chirurgie m'a fait le grand honneur de me demander de prendre part à la discussion du rapport de MM. Monod et Bonniot sur la pneumonectomie.

***

Je resterai sur le domaine qui est celui du médecin dans la collaboration médico-chirurgicale. Je ne considérerai que les indications et les contre-indications, car c'est au chirurgien qu'il appartient de régler les conditions de l'intervention opératoire, lorsque l'opportunité en a été admise.

Toute la question est, d'ailleurs, exposée très clairement dans le Rapport de MM. Monod et Bonniot qui contient, en outre, un historique complet. Si bien que je me bornerai à présenter quelques considérations générales, qui sont les résultats de mes constatations et de mes observations personnelles. Toutefois, je ne saurais m'abstenir de m'incliner devant les larges horizons que nous ouvrent les perspectives de la pneumonectomie. Nous voyons se lever l'aurore de la réalisation de notre rêve médical : *faire disparaître, en l'extirpant, le mal contre lequel toutes nos ressources thérapeutiques restent impuissantes.*

Cependant, si éblouissantes que soient ces perspectives, ne nous laissons pas aveugler par leurs feux étincelants et, dans le but même d'assurer leur avenir, attachons-nous à distinguer les limites de leur puissance.

La *pneumonectomie* est, dans son sens exact, *l'exérèse de tout un poumon*. Elle est l'extrême aboutissement de tous les procédés opératoires qui, depuis le simple drainage ou *pneumotomie* — qui peut suffire à l'évacuation et à la guérison de certaines collections suppurées — ont successivement cherché, soit à *réaliser la destruction sur place* d'un foyer de suppuration locale, plus ou moins nettement circonscrit (*méthode de Graham, cunéo-pneumectomie progressive de Coquelet, pneumectomie atypique fragmentaire progressive de Baumgartner, pneumo-résection fragmentaire de R. Monod*), soit à *supprimer par extirpation* tout le lobe contenant le foyer pathologique (*lobectomie de Robinson et de Lilienthal*).

Ces divers procédés opératoires — avec leurs variantes

(1) Communication faite au Congrès de chirurgie dans la discussion qui suivit l'exposé du Rapport de MM. Robert Monod et Bonniot.

plus ou moins marquées — trouvent leur indication respective dans les différentes maladies du poumon justiciables de l'intervention chirurgicale.

Quelles sont donc ces affections pulmonaires, auxquelles nous pourrions réserver le qualificatif de « médico-chirurgicales » ? Quel est le procédé opératoire qui peut être le plus indiqué pour chacune d'elles ? Quelles sont les conditions, les circonstances, dans lesquelles, pour chacune de ces affections, l'intervention chirurgicale, sous une forme quelconque et, notamment, sous la forme de l'extirpation, est formellement contre-indiquée.

Telles sont les considérations que je vais examiner.

***

Quelles sont donc, tout d'abord, les affections pulmonaires auxquelles on peut réserver le qualificatif de « médico-chirurgicales » ?

Il est entendu que je n'ai en vue que les interventions chirurgicales portant directement sur le poumon, ce qui exclut toute allusion à la thoracoplastie dans ses diverses modalités.

Je ne puis que souscrire, pour ma part, aux idées exprimées par les auteurs du Rapport, pour ce qui est de la *tuberculose pulmonaire, des kystes divers, des tumeurs bénignes.*

Pour ce qui est de la *tuberculose pulmonaire*, je considère, en dépit de quelques suggestions qui me sont parvenues et de quelques observations isolées, que la chirurgie ne doit pas s'aventurer, actuellement tout au moins, au delà du domaine déjà si vaste sur lequel elle nous a apporté une si riche moisson. Sans doute, l'idéal serait l'exérèse complète, l'extirpation intégrale d'un foyer paraissant strictement limité à un lobe ou à un poumon ; mais, comment avoir la certitude de cette délimitation absolue et comment ne pas redouter la possibilité d'une généralisation provoquée par le bistouri du chirurgien ?

Quant aux *kystes divers*, et particulièrement aux *kystes congénitaux*, mon avis est qu'ils ne se révèlent aux cliniciens que lorsque une circonstance quelconque en provoque l'infection, auquel cas ils rentrent dans le domaine des suppurations collectées, pour lesquelles l'intervention chirurgicale devient nécessaire sous une forme qui varie suivant les cas : drainage simple ou exérèse par destruction sur place ou par extirpation (lobectomie ou pneumonectomie), ainsi que nous allons le voir à propos des abcès du poumon.

Avec les rapporteurs je ne garde, comme justiciables d'une pneumonectomie éventuelle, que les *abcès du poumon*, les *bronchectasies* et le *cancer primitif.*

***

Quel est le procédé opératoire le plus indiqué pour chacune de ces affections ?

Pour ce qui est des *abcès du poumon*, je reste fidèle aux principes directeurs que j'ai indiqués, avec Baumgartner et Kourilsky, dès 1929, et que nous avons précisés dans notre rapport, avec Iselin, au Congrès de médecine de Paris, en octobre 1932. Je reste d'autant plus fidèle à ces principes directeurs que l'expérience des années n'a fait que m'en démontrer l'exactitude. Vous n'aurez pas à recourir à la lobectomie, ni encore moins à la pneumonectomie totale, si vous ne laissez pas passer l'heure de la simple pneumotomie ou de la pneumectomie fragmentaire progressive, en vous fiant à des procédés thérapeutiques, plus ou moins en vogue, qui bénéficient de la fréquence des guérisons spontanées des abcès aigus, voire même des abcès putrides d'emblée (25 % au moins) ou des accalmies trompeuses. *Tout abcès pulmonaire, qui n'a pas fourni la preuve certaine de sa guérison complète deux mois au plus après son début, doit être opéré chirurgicalement.* La pneumectomie fragmentaire progressive suffira, si la simple pneumotomie ne suffit pas elle-même. Plus vous attendrez, plus la pyo sclérose s'étendra et plus les bronchiectasies secondaires se développeront. Et, alors, ce sera la lobectomie, avec ses risques plus grands, sinon la pneumonectomie totale, plus redoutable encore.

Quant aux *bronchiectasies*, une discussion clinique analogue s'ouvre devant nos méditations. Les considérations générales qu'elle comporte se confondent avec celles qui concernent les abcès pulmonaires passés à l'état chronique, auxquelles elles sont, d'ailleurs, si souvent associées, sous l'une des trois formes de *bronchiectasies abcédées*, d'*abcès bronchiectasiques* ou d'*abcès bronchiectasiants*, que j'ai cru pouvoir isoler. Ici, nous apparaît l'impossibilité de ne pas laisser une place indiscutable à ce que nous devons encore considérer sous la dénomination de « *suppurations broncho-pulmonaires* ». Ici, se dresse devant nous la complexité du problème. Un processus d'abcès pulmonaire, survenant au cours d'une bronchiectasie plus ou moins ancienne, peut indiquer la nécessité d'une pneumotomie, d'une exérèse atypique, qui, parfois, aura une efficacité heureuse, en même temps sur les bronchiectasies, si elles sont limitées dans leur étendue.

Sans entrer dans la discussion approfondie de ces considérations, je me bornerai à dire que, pour moi, les bronchiectasies, lorsqu'elles sont chroniquement et définitivement constituées, fournissent l'une des indications les plus évidentes de la lobectomie ou de la pneumonectomie. Aucune thérapeutique médicale, aucun drainage postural ni broncho-aspiratoire, aucune phrénicectomie, aucune thoracoplastie, n'exercera une influence curatrice sur un bloc de broncho-pneumonie chronique sclérosante, creusé de grosses dilatations sacciformes, à contenu putride. Seule l'exérèse radicale pourra avoir un résultat véritablement curatif. Quelle sera l'étendue de cette exérèse ? Portera-t-elle seulement sur un lobe ou devra-t-elle comprendre tout le poumon ? La réponse sera donnée par le résultat de l'exploration clinique complète et, particulièrement du radio-diagnostic au lipiodol pratiqué suivant les conditions de la technique la plus rigoureuse. Je ne saurais décrire ici ces conditions de technique que j'ai maintes fois exposées ; je me bornerai à insister sur la nécessité capitale de faire cette exploration au lipiodol dans toutes les positions successivement : position verticale assise, décubitus dorsal, tête basse, décubitus latéral droit et latéral gauche. Bien des fois il nous est arrivé de mettre ainsi en évidence — surtout par la méthode d'Aubin et avec sa collaboration — l'existence de bronchiectasies dans les trois lobes droits ou dans les deux lobes gauches, voire même dans les deux poumons, alors qu'une exploration lipiodolée unique, en position verticale assise, n'avait tout d'abord décelé que des bronchiectasies du lobe inférieur droit. A quoi servirait une simple lobectomie inférieure si le lobe supérieur et le lobe moyen sont atteints aussi ? A quoi servirait une pneumonectomie totale droite, si le poumon gauche contient aussi des bronchiectasies ?

Ces réserves étant posées, je n'hésite pas à dire que les bronchiectasies chroniques, avec bronchorrhée purulente fétide, creusées dans un bloc de broncho-pneumonie chronique sclérosante, contre lesquelles aucune thérapeutique ne peut être efficace, représentent l'indication la plus indiscutable de l'exérèse typique, c'est-à-dire de l'extirpation du foyer atteint, extirpation lobaire simple ou pulmonaire totale, suivant les constatations bien établies par l'exploration lipiodolée.

Resteront à discuter les contre-indications d'ordre général, sur lesquelles j'insisterai ultérieurement.

Si, pour une raison quelconque, l'opération libératrice n'a pu être réalisée, une dernière ressource chirurgicale palliative s'offrira : le drainage transpariétal en région aussi déclive que possible, au travers d'une plèvre symphysée, sans risque, par conséquent, d'infection de la cavité pleurale.

Quels que soient encore les risques de la lobectomie et, surtout, de la pneumonectomie — risques qui dimi-

nuent de gravité au fur et à mesure de nos progrès cliniques et techniques — que sont-ils en regard de l'existence lamentable du malheureux auquel la fétidité de son haleine et de son expectoration ferment toutes les portes ?

C'est pour une raison de même ordre que la pneumonectomie partielle (lobectomie) ou totale, peut s'imposer à la conscience du médecin et du chirurgien en face d'un *cancer primitif du poumon*.

Je n'ai rien à ajouter ni à retrancher aux données clairement exposées par les rapporteurs. Nous, médecins plus particulièrement attachés à l'étude des affections de l'appareil respiratoire, nous assistons impuissants à l'évolution fatale de cette maladie redoutable, dont nous voyons la fréquence s'accroître d'année en année ; augmentation de fréquence réelle et non pas seulement apparente et due à la précision plus grande de nos moyens d'exploration. N'oublions pas l'aphorisme de Graham auquel je souscris pleinement : chez tout malade âgé de plus de quarante ans, lorsque nous ne pouvons faire la preuve de la nature d'une lésion pulmonaire rebelle, songeons au cancer du poumon. Cependant, ajouterai-je, ne nous soumettons pas aveuglément à cette crainte et retenons qu'elle ne peut prendre corps que si nous ne parvenons pas à faire la preuve de la nature de la lésion. Qu'il me soit permis de rappeler, entre autres souvenirs, l'observation que j'ai publiée avec Piot et Imbert (*Presse médicale*, 21 avril 1934) d'un cas de gomme syphilitique du poumon, qui avait été considérée comme un cancer primitif en raison de l'image radiographique, et qui disparut rapidement après le traitement spécifique d'épreuve.

N'oublions pas la possibilité de ces erreurs et constatons que, lorsque les progrès de la maîtrise opératoire seront parvenus à rendre plus encourageantes qu'elles ne le sont déjà les perspectives de la pneumonectomie, nous ne devrons pas cependant exposer aux risques d'une telle opération — qui, certainement, ne seront jamais complètement négligeables — des malades qui ne seraient pas atteints d'un cancer primitif. Certes, si le diagnostic est incontestable, autant que peut l'être un diagnostic clinique, c'est contre le cancer primitif du poumon que la pneumonectomie trouvera surtout son indication. Car, nous sommes désarmés contre cette maladie. Sans doute, dans quelques cas très rares, la radiothérapie, la curiethérapie, nous ont donné des résultats surprenants ; mais l'effet n'a été que temporaire et la rechute n'a pas tardé à éclater, bruyante et rapide. Un malade porteur d'un cancer primitif du poumon est voué à une mort certaine. Nous sommes donc autorisés à lui donner le bénéfice possible, si aléatoire soit-il, de l'extirpation du mal qui le ronge. Encore faut-il que deux conditions soient assurées : la certitude du diagnostic et le maximum possible de chances opératoires. La certitude du diagnostic est possible le plus souvent, mais — je n'hésite pas à le souligner — cette possibilité n'existe que lorsque le cancer est déjà arrivé à une étape relativement avancée de son évolution. Je n'ai rien à ajouter aux éléments de diagnostic dont les auteurs du rapport ont dressé le bilan, si ce n'est que, bien des fois, nous avons pu, dans mon laboratoire, avec Henri Durand, constater la valeur de la méthode de Morin (de Québec), qui consiste à centrifuger l'expectoration, à inclure le culot dans la paraffine et à faire, dans ce bloc, des coupes microscopiques, qui, assez souvent mais non toujours, permettent de constater la présence de cellules caractéristiques. Ce moyen de laboratoire, s'ajoutant aux constatations cliniques générales, à celles de l'exploration radiologique avec et sans lipiodol, à celles de la bronchoscopie, contribue au diagnostic de présomption, sinon de certitude. Mais reconnaissons que, lorsque le diagnostic de certitude est possible, c'est que la maladie est déjà parvenue à une étape suffisamment avancée et que, déjà peut-être, des propagations ganglionnaires existent, qui seront le point de départ de récidives et de métartases après l'extirpation du lobe ou de tout le poumon atteint.

Souhaitons donc qu'un test clinique quelconque, une réaction humorale..., nous apporte l'argument décisif qui, dès les premières phases de la maladie, nous permettra de déclencher l'acte chirurgical, sans autres risques que les risques opératoires eux-mêmes, dont la gravité s'atténuera de jour en jour, grâce à la maîtrise de plus en plus grande du chirurgien. A nous, médecins, de vous apporter notre collaboration sur ce domaine.

***

Telles sont les réflexions qu'un médecin s'est permis de faire, devant les maîtres de la chirurgie, sur la pneumonectomie.

Ce médecin ne peut oublier le principe primordial *Primo non nocere*.

C'est pourquoi, tout en s'inclinant, avec une admiration profonde, devant l'œuvre magistrale et bienfaisante des chirurgiens, il leur demande de s'attacher à repérer avec lui les obstacles qui hérissent encore le vaste champ du commun labeur, afin de les éviter, de les vaincre ou de ne pas risquer de se briser contre eux s'ils sont insurmontables.

***

Quelles sont donc les conditions, les circonstances, dans lesquelles l'intervention chirurgicale, sous une forme quelconque et, notamment, sous la forme de l'extirpation, est formellement contre-indiquée dans les affections qui peuvent en être justiciables ?

Ici, pour terminer cette incursion sur un domaine qui est commun au médecin et au chirurgien, prennent place des considérations d'une valeur primordiale.

Abstraction faite des données relatives à chacune des conditions d'ordre local et à la nature de la lésion pulmonaire, retenons les notions relatives aux conditions d'ordre général, c'est-à-dire à l'état général du malade, à sa résistance, à son âge, à l'équilibre fonctionnel de ses autres appareils et, particulièrement, de son appareil circulatoire.

La valeur de ces contre-indications sera d'un poids d'autant plus important que l'intervention chirurgicale en discussion comportera un choc opératoire plus retentissant.

Il est bien évident qu'à cet égard une simple pneumotomie, pratiquée pour tenter par drainage la suppression d'une suppuration collectée intra-pulmonaire, de date assez récente encore, ne saurait être comparée avec une lobectomie destinée à extirper un lobe qui n'est plus qu'un bloc de pyosclérose chronique, ni, encore moins, avec une pneumonectomie totale, décidée, malgré ses risques opératoires, pour donner une planche de salut au malheureux porteur d'un cancer primitif du poumon.

Quelle que soit l'intervention envisagée, quelle que soit la nature de l'affection pulmonaire contre laquelle elle est dirigée, l'*âge* du malade représente un facteur conditionnel qui n'est pas négligeable. Cependant l'absolu n'a pas place en médecine : des sujets qui ont atteint l'âge de la vieillesse habituelle peuvent rester vigoureux et fonctionnellement jeunes, et inversement.

Ne versons pas dans les conceptions qui imposeraient aux êtres humains ayant dépassé *une certaine limite d'âge* le *droit* de faire appel au chirurgien et, à celui-ci, la *liberté* de répondre à cet appel.

Soumettons notre patient à un *examen clinique méthodique et complet*, assurons-nous de *l'intégrité de son moteur cardiaque*, de *l'équilibre de sa tension artérielle*, de *la perméabilité de son filtre rénal*, de *l'activité de ses élaborations hépatiques*, de *la liberté de ses fonctions nerveuses*, et ne donnons notre assentiment à la réalisation du projet chirurgical que si les résultats de notre enquête clinique nous y autorisent.

Accordons une valeur à *l'état général*, *à la résistance*

générale de notre patient. Ne nous exposons pas à «donner le coup de grâce» à un malheureux, qui, déjà, est aux confins de la cachexie cancéreuse. N'ayons pas la témérité de dépasser les limites d'une simple pneumotomie, chez un suppurant pulmonaire qui est déjà toxi-infecté par une pyo-septicémie ; n'ayons même recours, en pareil cas, à cette intervention minime que si elle est réalisable sans grand fracas et si nous pouvons espérer, par un drainage efficace, tarir la source de l'infection générale.

Arrêtons-nous encore une fois, pour finir notre inspection, devant le cancéreux pulmonaire, non cachectique encore, dont le diagnostic est indiscutable. Celui-ci, nous savons qu'il est condamné, que nous n'avons aucune arme médicale contre le mal qui le ronge. Est-ce une raison suffisante pour courir le risque d'une intervention qui peut être mortelle ? Cherchons, par tous les moyens dont nous disposons, à nous assurer qu'aucune contre-indication formelle n'existe contre l'idée de l'extirpation libératrice. Assurons-nous — autant que nous le pouvons — qu'aucune cause locale n'existe qui puisse provoquer, presque à coup sûr, la mort pendant l'opération. Assurons-nous — si nous le pouvons — qu'aucun envahissement ganglionnaire n'existe déjà, qui, fatalement, entraînerait la mort post-opératoire plus ou moins prochaine.

* * *

Telles sont les réflexions, les méditations, les suggestions, d'un médecin en face de la pneumonectomie, dernière page actuelle de la belle histoire écrite par la collaboration médico-chirurgicale dans le chapitre de la pathologie pulmonaire.

Le médecin, je le répète, s'incline avec admiration et reconnaissance devant la maîtrise du chirurgien. Il demande au chirurgien de s'unir de plus en plus étroitement avec lui pour dégager, avec sagesse et bon sens, les indications et les contre-indications de la mise en œuvre de cette maîtrise.

La Clinique ne peut être conçue dans un autre esprit.

De l'origine endocrine de l'hypertrophie prostatique

Par M. Bernard CUNÉO

On a beaucoup discuté et on discute encore sur l'origine et la cause de l'hypertrophie prostatique. Le but de cette communication est de montrer que la partie hypertrophiée que l'on désigne généralement sous le nom d'adénome prostatique se développe aux dépens de la partie femelle ou mullérienne de la prostate et que ce développement est d'origine endocrine.

Avant toute discussion, il importe de rappeler les caractères anatomiques et histologiques de la partie néoformée. Il s'agit là de faits bien établis et acceptés par tous les auteurs.

L'adénome prostatique est pour ainsi dire toujours une formation centrale, en contact immédiat avec l'urètre. Il est généralement formé de deux masses latérales, de volume plus ou moins inégal, placées sur les parties latérales de l'urètre qu'elles déforment en lame de sabre, l'allongeant dans le sens sagittal, l'aplatissant transversalement, sans en diminuer le calibre. En avant de l'urètre, les deux lobes latéraux viennent au contact sans se fusionner. En arrière, il existe souvent, mais non toujours, une formation impaire et médiane, le lobe moyen qui, malgré cette situation médiane, est plutôt une dépendance de l'un des lobes qu'une formation commissurale. La présence de ce lobe moyen détermine une accentuation de la courbure sagittale à concavité antérieure de la partie correspondante de l'urètre.

L'adénome prostatique est toujours localisé à la partie sus-montanale de l'urètre prostatique. Il se termine inférieurement au niveau du veru *qui présente son aspect normal*; en haut, il fait saillie dans la vessie, à l'intérieur du sphincter lisse.

L'adénome prostatique est toujours séparé de la prostate proprement dite par un plan de clivage. La prostate, refoulée excentriquement, comme le sphincter, constitue à l'adénome, une capsule fibro-glandulaire dans l'épaisseur de laquelle on trouve les conduits éjaculateurs. Cette situation intracapsulaire de ces conduits fait que ceux-ci sont toujours respectés au cours d'une énucléation correctement conduite.

Au point de vue de sa structure, l'adénome a la même constitution que la prostate. Il est essentiellement formé par un assemblage de nodules dont le centre est une cavité glandulaire comparable à celle des glandules prostatiques et la périphérie par une capsule fibro-musculaire. Mais, suivant les cas, il y a prédominance de l'élément glandulaire ou des éléments fibro-musculaires.

Ces particularités anatomiques devaient amener à cette conclusion que l'adénome prostatique avait comme point de départ, non pas la prostate proprement dite, mais des éléments placés au centre de celle-ci au voisinage de l'urètre et situés au-dessus de la région du veru montanum.

Si nous passons maintenant aux conditions dans lesquelles apparaît l'hypertrophie prostatique, nous voyons que cette affection se montre à l'âge de cinquante à soixante ans, parfois même plus tardivement encore, c'est-à-dire *au déclin de la période d'activité générale*. Dans ces conditions, il était bien difficile de se soustraire à l'idée que l'hypertrophie prostatique devait être d'origine endocrine et correspondre à un affaiblissement de la sécrétion interne de la glande génitale mâle, c'est-à-dire une atténuation de la sexualité. Cette origine a été invoquée par différents auteurs, notamment par Hutter, par Moszkowicz (1) (1932), et par nous-même (1934). L'hypertrophie prostatique deviendrait ainsi une manifestation d'intersexualité, d'où la nécessité de rappeler brièvement quelques notions relatives à la détermination du sexe.

Nous savons aujourd'hui après les recherches des généticiens, que la détermination du sexe est d'origine chromosomique. Suivant la variété des hétérochromoses ou chromosomes sexuels de la cellule fécondante, c'est-à-dire du spermatozoïde, l'œuf évoluera vers le sexe mâle ou femelle. Le sexe est donc déterminé au moment même de la fécondation. Cette sexualité primitive est transmise par la cellule primitive à toutes les cellules filles qui en dérivent. Mais cette détermination sexuelle n'est pas absolue. Tout individu a une vague tendance à l'intersexualité et la prédominance de l'un des sexes (épistase) a des degrés. Elle est maintenue en principe après la naissance et surtout après la puberté par la sécrétion hormonale de la glande génitale elle-même. Que cette sécrétion vienne à être tarie par la suppression des glandes génitales ou que, mieux encore, elle soit inversée par le remplacement expérimental de la glande génitale du sujet par une glande du sexe opposé, il pourra se produire une mutation du sexe, se traduisant par des modifications des caractères sexuels secondaires. Cette inversion sexuelle pourra même se produire spontanément chez les sujets à faible épistase, sous des influences diverses comme la simple variation quantitative ou qualitative de la sécrétion des glandes génitales et même d'une façon plus générale de certaines autres glandes à sécrétion interne.

Cette intersexualité avec conservation des glandes génitales primitives, qui constitue le pseudo-hermaphroditisme, peut se produire à tous les stades de l'évolution de l'individu. Quand elle se manifeste chez l'embryon, son origine hormonale, bien que soutenue par différents auteurs (Marchand, Thomas, Alfred Kohn, Hammar, etc.), est peut-être discutable. Elle

(1) Moszkowicz. — Prostathypertrophie u Intersexualität. *Virchows Archiv*, Bd. 284, 1932, p. 430.

apparaît, au contraire, évidente lorsque ces modifications des caractères sexuels secondaires apparaissent après la naissance.

C'est précisément le cas de l'hypertrophie prostatique et on a été tout naturellement porté à penser qu'elle devait être la conséquence de l'affaiblissement des hormones mâles.

Il est probable que le phénomène d'intersexualité qui répond à l'hypertrophie prostatique se produit plus ou moins facilement suivant les sujets. Cette prédisposition se traduirait même par des particularités physiques. C'est ainsi que, d'après Blatt (1) qui a examiné à ce point de vue une série de prostatiques à la polyclinique de Vienne, la majorité de ceux-ci seraient des hommes à crâne volumineux, arrondi, avec tendance à la calvitie, une barbe rare, un cou court et gros. Le système pileux du tronc et de la région génitale serait relativement peu développé. La peau est fine, le tissu adipeux sous-cutané très développé. La région mammaire est saillante et l'aréole très pigmentée (2). La verge est relativement courte. Il y aurait ainsi une tendance plus ou moins marquée à l'évolution vers le type de la féminité.

Je laisse à Blatt la responsabilité de ces assertions.

Il faut notamment leur apporter une restriction. Nous avons observé que certaines des modifications signalées par Blatt comme des signes de prédisposition, notamment l'accumulation du tissu adipeux autour de la ceinture pelvienne et le développement de la région mammaire, étaient parfois contemporains des symptômes initiaux de l'hypertrophie prostatique. Il faudrait donc plutôt les regarder comme la conséquence des troubles de la fonction hormonale, que comme des signes de prédisposition traduisant une épistase insuffisante.

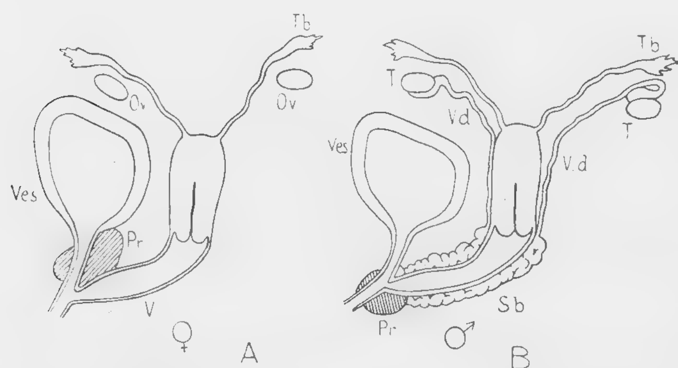


FIG. 1 (d'après Moskowicz). — Schéma de la disposition de la prostate : A, chez un pseudo-hermaphrodite féminin ; B, chez un pseudo-hermaphrodite masculin.

Il est un autre point sur lequel il importe d'insister. C'est que les hormones génitales ont une action spécifique sur les origines qui correspondent au sexe de l'hormone agissante. C'est ainsi que les hormones femelles agiront sur les conduits d'origine femelle ou mullérienne et les hormones mâles sur les canaux d'origine wolffienne. Réciproquement, ils auront sur les conduits d'origine hétéro-sexuelle une action empêchante ou chalonique, pour employer le terme consacré (3).

Passons maintenant au cas particulier de l'hypertrophie prostatique. Il découle de ce que nous venons de dire que s'il se développe au niveau de la prostate une partie déterminée, sous l'influence d'une insuffisance de l'hormone mâle et de l'intervention active d'une hormone femelle, cette partie devra elle-même être d'origine femelle, c'est-à-dire mullérienne.

C'est le moment de nous demander si une formation de ce genre existe au niveau de la prostate. Sans entrer dans le détail de l'embryologie de la glande prostatique, nous devons rappeler que depuis le travail de Pallin, on sait que la prostate apparaît au stade de 40 millimètres sous forme de bourgeons pleins qui naissent de la paroi postérieure d'abord, puis des parois latérales et antérieure ensuite, du sinus uro-génital. Or le sinus uro-génital est une formation commune aux deux sexes. Chez l'homme, ces éléments sont donc de nature masculine comme d'ailleurs toutes les cellules de l'organisme. Au niveau de la prostate, seuls les conduits éjaculateurs, parties terminales des canaux de Wolff ont une spécificité masculine encore plus marquée.

La seule formation de nature femelle existant au niveau de la prostate, est l'utricule prostatique et les appareils glandulaires qui en dérivent, puisque cet utricule représente le reliquat des deux canaux de Muller fusionnés sur la ligne médiane en un conduit unique. Ce sont donc seulement cet utricule et ses dérivés qui, sous l'influence de l'abaissement du taux hormonal mâle et de l'accroissement correspondant de l'action d'une hormone femelle, pourront présenter une processus d'accroissement.



FIG. 2. — *a*, Glandes prostatiques ; *b*, Utricule ; *c*, Enveloppe de l'appareil utriculaire ; *d*, Glandes utriculaires contenant des concrétions ; *e*, Canal éjaculateur ; *u*, Urètre.

Coupe d'un utricule prostatique normal (homme de quarante ans).

Il n'en est pas de même des autres parties de la région prostatique que l'on a invoquées comme point de départ de ce processus.

On sait que nombre d'auteurs [Albarran et Motz (1), Motz et Perearnau (2), Marquis (3), Tandler et Zuckerkandl (4), et moi-même (5)], avaient regardé les glandes sous-cervicales décrites par Albarran comme le point de départ de l'adénome prostatique. Il faut reconnaître qu'au point de vue purement topographique, cette hypothèse rendait compte d'une façon très satisfaisante des rapports de l'adénome. Par contre, une grosse objection contre cette origine était la présence de ce groupe glandulaire retrouvé intact sur des pièces d'hypertrophie [Chevassu (6)]. De même, leur communauté d'origine

(1) BLATT. Prostathypertrophie u. Constitution. *Z. urol. Chir.*, 20, 1926, p. 275.

(2) On a même constaté de véritables cas de gynécomastie avec sécrétion. *Condoleon. Zbl. f. Chir.*, 1920-1098 et 1931-1821.

(3) L'action empêchante des sécrétions endocrines du testicule, s'il s'agit de tissu femelle, peut être rattachée à un principe spécial (chalone) ou à un principe stimulant pour les formations du même sexe et chalonique pour les formations hétéro-sexuelles.

(1) ALBARRAN et MOTZ. — Contribution à l'étude de l'anatomie macroscopique de la prostate hypertrophiée. *Annales des Maladies génito-urinaires*, 1902, p. 769.

(2) MOTZ et PÉRÉARNAU. — Contribution à l'évolution de l'hypertrophie de la prostate. *Annales des Maladies génito-urinaires*, 1905, p. 1521.

(3) MARQUIS. — *Revue de chirurgie*, 10 décembre 1910.

(4) TANDLER et ZUCKERKANDL. — *Anatomie u. Klinik der Prostathypertrophie*. Berlin, Julius Springer, 1932.

(5) CUNÉO. — Trav. de chir. anat. clin. Hartman, 4e série, 1913.

(6) CHEVASSU. — L'origine anatomique de l'hypertrophie prostatique. *Bull. Soc. Anat.*, novembre 1911.

◆◆

avec les glandes prostatiques proprement dites ne pouvait expliquer pourquoi le processus d'hypertrophie se localisait à ce groupe glandulaire.

Aussi, lorsque Moskowicz dans le travail très documenté et extrêmement suggestif auquel j'ai déjà fait allusion, a placé le point de départ de l'hypertrophie dans la partie craniale ou pré-éjaculatrice de la prostate, a-t-il tenté de montrer que celle-ci était d'origine mullérienne. Il s'est appuyé dans sa démonstration sur la disposition différente de la prostate chez les pseudo-hermaphrodites mâles et femelles. En étudiant les cas publiés ou des pièces personnelles, il a constaté que, chez les premiers, la prostate est disposée au-dessous (c'est-à-dire caudalement) de l'orifice du canal de Muller. Chez les pseudo-hermaphrodites femelles, elle a, au contraire, un siège uranial par rapport au canal de Muller, c'est-à-dire siège entre celui-ci et la vessie Malgré l'ingéniosité que déploie Moskowicz, on voit mal en quoi cette topographie différente des glandules prostatiques chez les deux variétés de pseudo-hermaphrodites permettrait d'assigner à la portion craniale de laprostate normale, une origine embryologique spéciale. En dehors de ce fait que les modifications régionales graves qu'entraîne l'hermaphrodisme rendent malaisée toute tentative d'homologie entre la disposition pathologique et la disposition normale, rien ne saurait prévaloir contre les constatations positives des embryologistes montrant que la portion craniale de la prostate à la même origine que sa partie caudale ou sous-déférentielle.

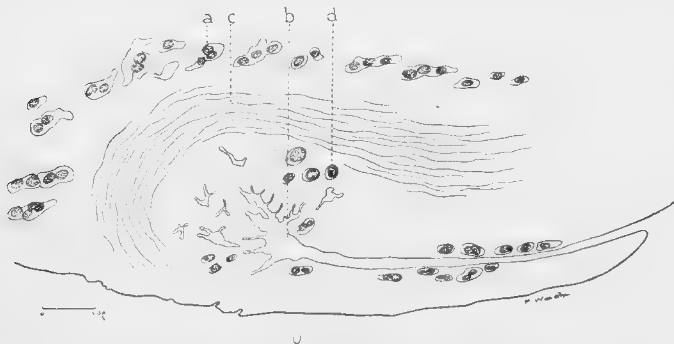


FIG. 3. — *a*, Acini prostatique ; *b*, Cavité de l'utricule ; *c*, Capsule de l'appareil utriculaire ; *d*, Glandes annexées à l'utricule.

Cette figure montre la coupe sagittale d'un utricule avec pédicule assez long, placé sous la muqueuse de l'urètre u (homme de cinquante-cinq ans).

Voyons maintenant quelle objection l'on peut faire à l'hypothèse qui place le point de départ de l'hypertrophie dans les glandes annexées à l'utricule prostatique.

On pourrait invoquer ce fait que lorsque l'appareil mullérien prend, précisément chez des pseudo-hermaphrodites, un développement excessif, cet appareil conservant ses connexions primitives avec les conduits de Wolff, suit le trajet de ces derniers, ou plutôt de leurs dérivés, les canaux éjaculateurs et traverse ainsi le corps de la prostate pour venir aboutir au niveau de la base de celle-ci.

Mais il n'y a aucun rapport entre ces cas de malformation, réalisés au cours de la vie intra-utérine et l'hypertrophie tardive que nous observons chez les prostatiques.

Chez les sujets ayant dépassé la quarantaine, l'utricule prostatique, qui présente d'ailleurs un développement très variable suivant les sujets, est souvent très court et limité à la région du veru. Il présente alors l'aspect représenté sur la figure 0 qui le montre sur une coupe transversale. Il constitue un canal de calibre assez irrégulier. De nombreuses glandes rappelant en tout point les glandes prostatiques s'ouvrent dans sa lumière tout le long de son trajet. Mais ces glandes sont surtout nombreuses au niveau de son fond. Elles forment là un véritable lobe en miniature qu'on pourrait nommer le *lobe utriculaire*. La situation de ce lobe est variable suivant la longueur de l'utricule. Lorsque celui-ci s'allonge, il monte sous la muqueuse au-dessus du veru et les glandes forment un amas à une distance variable au-dessus du veru.

Que ce groupe glandulaire vienne à s'hypertrophier, il ne pourra se développer qu'en avant du corps prostatique dont la densité constitue chez l'adulte un obstacle infranchissable qui se laisse refouler, mais non dissocier. En bas, les conduits éjaculateurs et leur épaisse gaine fibro-vasculaire seront un obstacle non moins solide. Le processus adénomateux ne pourra donc s'étendre qu'en haut, en arrière de l'urètre et sur les côtés de celui-ci. Si l'on songe à la dualité originelle des canaux de Muller, il n'y a rien de surprenant à ce que les amas glandulaires qui en dérivent se répartissent en deux lobes symétriques des deux côtés de l'urètre. Il est également naturel que le processus adénomateux s'engage en dedans du sphincter lisse et rejette celui-ci excentriquement.

Comme on le voit, le développement de l'adénome aux dépens des glandes fundiques de l'utricule prostatique rend compte, aussi bien que l'origine aux dépens des glandes sous-urétrales, des particularités topographiques de l'adénome central. Il offre, en outre, l'avantage de s'accorder avec l'origine hormonale de l'adénome qui seule s'harmonise avec les circonstances étiologiques de l'adénome prostatique.

La seule preuve cruciale qu'il serait possible d'apporter serait d'ordre expérimental. Mais on conçoit les difficultés de l'expérimentation. Il s'agit, en effet, de reproduire expérimentalement l'adénome prostatique.

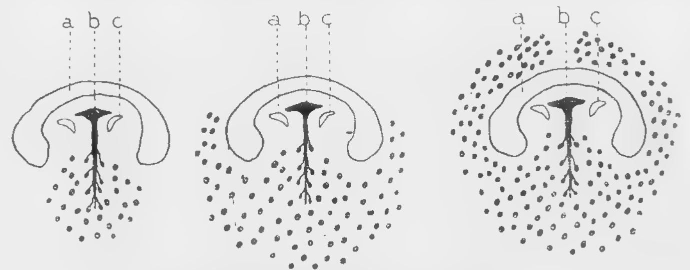


FIG. 4. — Schéma du développement de l'adénome aux dépens des glandes annexées à l'utricule.

Notons que l'enquête très minutieuse que nous avons faite touchant l'existence chez les différents animaux, d'une hypertrophie prostatique comparable à celle de l'homme, ne nous a fourni aucun résultat. Cela était d'un fâcheux pronostic en ce qui concernait la reproduction expérimentale de la lésion.

Certes, les expériences de Lacassagne nous ont appris qu'il était possible d'obtenir par des injections de fortes doses de folliculine, l'apparition de lésions néoplasiques aux dépens de la prostate chez la souris mâle. Malheureusement, les lésions obtenues sont de nature maligne : il s'agit le plus souvent de l'épithélioma avec métaplasie épidermoïde. D'autre part, il est difficile de localiser le point exact où se produit la lésion, par comparaison avec la prostate humaine. Il ne faut pas oublier, en effet, que la souris ne possède pas d'utricule prostatique, l'appareil mullérien subissant une régression complète chez cet animal.

Avec mon regretté chef de laboratoire, M. Nicolas, nous avons cherché à obtenir des lésions prostatiques chez la souris en employant des doses de folliculine analogue à celles employées par M. Lacassagne (1). Bien que nos expériences se soient prolongées pendant plus d'un an, nous n'avons obtenu aucun résultat. Nous avons également échoué sur le cobaye mâle, même en essayant de préparer le terrain par une castration uni- ou bilatérale. Mais ici encore les conditions locales sont bien différentes. Le cobaye possède bien un utricule prostatique. Mais il s'agit d'un simple cul-de-sac épithélial qui ne rappelle en rien la disposition plus complexe de l'utricule de l'homme.

(1) Nous remercions vivement les établissement Byla qui ont mis à notre dispositions les importantes quantités de folliculine utilisées dans notre expérience, ainsi que des extraits testiculaires.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Le milieu synovial physiologique et pathologique (*Introduction à l'étude de la pathologie articulaire*), par MM. Jean SABRAZÈS et R. DE GRAILLY. Monographie des *Archives de la Fondation Bergonié*, de Bordeaux. 205 pages, 16 figures, une planche ; 2 tableaux récapitulatifs, Paris, Baillière édit., 19, rue Hautefeuille, 1936. Prix : 50 francs.

C'est un véritable traité de cytologie des articulations que nous donnent MM. Sabrazès et de Grailly. Les principaux faits à retenir sont condensés en quelques pages de conclusions. L'index bibliographique porte sur des centaines de travaux originaux. Un répertoire par ordre alphabétique facilite les recherches. Ce volume est accessible aux moins initiés, tant les auteurs se sont efforcés d'être clairs, tout en restant sur le terrain scientifique et sans perdre de vue les applications pratiques. Ce livre rendra de grands services à ceux (médecins, chirurgiens, orthopédistes, radiologues), qui voudront apprendre la biologie et la pathologie générale du milieu synovial.

Précis élémentaire d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de thérapeutique appliquée, par P. RUDAUX. Huitième édition remaniée et augmentée. Avec la collaboration de Pierre RUDAUX. Un volume de 934 pages avec 618 figures. 60 francs. Masson et Cie, éditeurs.

Primitivement destiné aux élèves sages-femmes, ce livre envisageait plus particulièrement l'anatomie, la physiologie et la pathologie au point de vue obstétrical.

Mais toute une clientèle nouvelle lui est venue : celle des candidats aux diplômes des écoles d'infirmières, des Sociétés de Croix-Rouges, des visiteuses sociales pour la protection maternelle et infantile, et pour la lutte contre la tuberculose, etc... Ensuite celle des étudiants en médecine qui trouvent là un Précis répondant aux besoins du début des études et même de la préparation au concours de l'externat.

Il a donc fallu élargir la formule du livre primitif, et lui adjoindre en particulier des notions d'hygiène, de bactériologie, et de thérapeutique appliquée. D'autre part, on l'a tenu au courant des connaissances physiologiques et biologiques nouvelles, de celles, du moins, qui ont été consacrées par le temps et admises dans le cadre classique. Pour tenir compte de l'importance acquise par les glandes à sécrétion interne, on a développé la physiologie et la pathologie de l'hypophyse, de la thyroïde et des parathyroïdes, du thymus, du pancréas, du foie, des surrénales, des ovaires et des testicules.

A l'intention des élèves sages-femmes, on a exposé en détail les théories nouvelles sur les relations entre la menstruation et l'ovulation d'une part et les organes de la reproduction et plusieurs glandes endocrines d'autre part. Ce qui concerne les variétés de globules blancs, leur rôle en pathologie l'anatomie et la physiologie du grand sympathique et les organes des sens a été totalement revu. De nombreux textes nouveaux ont été ajoutés. Enfin, la pathologie médicale a été entièrement mise à jour par le Docteur Pierre Rudaux, et l'étude des techniques courantes en pratique journalière augmentée de chapitres traitant des méthodes d'investigations cliniques qui se sont développées et des moyens thérapeutiques nouveaux.

L'illustration elle-même a subi des changements importants.

Les méthodes manuelles de respiration artificielle, par D. CORDIER. Un volume 92 pages, 19 figures, 14 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Est-il possible dans l'état actuel de nos connaissances de faire un choix parmi les méthodes manuelles de respiration artificielle ? L'auteur fait remarquer qu'en dehors des mesures expérimentales (ventilation et pression ventriculaire) il est est nécessaire de faire entrer en ligne de compte les causes ayant provoqué la mort apparente et les commodités d'application de la technique.

Il est évident que si les voies respiratoires du patient sont encombrées par du liquide, la position ventrale permettra un dégagement plus aisé des voies respiratoires que la position dorsale. D'autres cas, au contraire (intoxication par des poisons comme l'oxyde de carbone ou le gaz des mines), indiqueront d'utiliser les méthodes capables d'expulser rapidement les gaz par une forte ventilation.

Le nombre des sauveteurs permet ou non l'application de telle ou telle méthode. C'est en tenant compte de tous ces facteurs qu'a été établie la classification qu'on trouvera dans ce volume, complété par une bibiographie très à jour.

Climatologie médicale de la région parisienne, par Bernard VILLARET. Un volume de 213 pages avec 44 figures et planches hors texte, 30 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Après un aperçu historique, l'ouvrage débute par une étude météorologique détaillée (température, pression, pluies, vents, nébulosité, durée d'insolation, transparence de l'air, brouillards, électricité).

L'influence de la métropole sur sa région est ensuite envisagée sous ses divers aspects : fumées, gaz toxiques, poussières. Enfin, une dernière partie précise les micro-climats, la physio-climatologie et la climato-pathologie, avec les conclusions thérapeutiques, les indications et contre-indications qui en résultent.

Le livre se termine par un chapitre capital sur le point de vue médical dans les plans d'extension de la Ville de Paris.

La pression moyenne de l'homme à l'état normal et pathologique, par H. Vaquez et P. Gley. Masson, éditeur.

Ayant établi que la pression moyenne est la plus fidèle des données manométriques, Vaquez et ses collaborateurs ont recueilli chez un grand nombre de sujets normaux ou malades les valeurs de cette nouvelle grandeur. Le but que ces chercheurs se proposaient était de découvrir une constante physiologique analogue à celle que les chimistes avaient pu déterminer en étudiant la glycémie ou le pH. La vie étant en perpétuelle oscillation il s'agissait moins de déterminer un point fixe qu'une marge aux variations de la pression moyenne comme avaient fait les chimistes pour la glycémie et le pH. Après avoir multiplié les investigations, Vaquez et ses collaborateurs ont pu établir la marge compatible avec l'eurythmie et l'euphorie ; cette marge est limitée entre 8 et 10 centimètres de mercure.

Sans qu'on puisse rattacher à une cause précise l'hypertension moyenne solitaire, cette particularité fonctionnelle est souvent un apanage héréditaire. Aucun type morphologique n'annonce, à l'apparence du sujet, que cette tare existe dans l'organisme.

En dehors de ce cas particulier, Vaquez s'appuiera sur la pression moyenne moins pour étayer le diagnostic que pour fixer un pronostic, les malades venant au maître après un long passé de maladie.

C'est en dernier ressort que les cardiaques arrivent au cardiologue. Retenant donc les syndromes accusés plutôt que les dérythmies initiales, Vaquez cherche à mettre en lumière la marche évolutive de la pression moyenne spécialement lorsqu'elle dépasse le chiffre fatidique de 11. Qu'il s'agisse d'un trouble du rythme cardiaque ou d'une hypertrophie du venticule gauche découverte à la radioscopie, le pronostic sera établi par la pression moyenne. Le même degré d'hypertrophie cardiaque s'accompagnera d'une pression moyenne différente et c'est cette dernière qui doit régler le pronostic.

Parmi les lésions orificielles du cœur, on sait que l'insuffisance aortique s'accompagne d'un écart excessif entre la pression maxima et la pression minima. Mais l'étendue de cet écart ne renseigne nullement sur la gravité du cas. Ici encore, la pression moyenne sera le meilleur fil conducteur : dès que la pression moyenne s'élève, l'évolution de l'insuffisance aortique augmente de gravité.

Dans l'insuffisance cardiaque c'est encore l'élévation de la pression moyenne qu'il faut s'efforcer d'abaisser par une médication appropriée pour éloigner l'imminence d'un danger.

On pourra prévoir une crise d'éclampsie à l'élévation de la pression moyenne même si la pression maxima est normale. L'évolution au cours de crises successives se fera vers la guérison si la pression moyene s'abaisse d'une crise à l'autre. L'issue sera fatale si la pression moyenne s'élève progressivement. René Porak.

La ponction de la rate, par P. Emile-Weil, P. Isch Wall et Suzanne Perles. Masson, éditeur.

A une époque où les maladies du sang augmentent, les auteurs nous apprennent à découvrir ces maladies au début de leur évolution. Nul service plus grand ne peut être rendu à la médecine ; son progrès en dépend. Les interventions médicales ou chirurgicales varient suivant la nature du syndrome et le syndrome ne peut être découvert au début sans la ponction de la rate. C'est en traitant précocement un malade qu'on peut arrêter une marche progressive souvent fatale. L'ablation de la rate salvatrice dans certains cas est mortelle dans d'autres. Lorsque le début de la maladie a échappé au médecin, la ponction de la rate et l'examen histologique du frottis permettent d'établir un pronostic précis. P. Emile-Weil et ses élèves ont donc rendu un éminent service à la pratique médicale. René Porak.

« La médecine souffre et souffrira longtemps encore d'indigence scientifique ; pauvreté n'est pas vice ; le corps humain est une machine si complexe, si exigeante pour son fonctionnement que les bribes de science envolées des laboratoires ou de l'observation sont happées, dépassées par la maladie. L'empirisme a encore la part belle, et s'il ne venait à notre secours nous serions bien démunis. Seulement beaucoup de maîtres n'avouent pas ces relations compromettantes ; ils rougissent quand on les surprend cherchant leur bien dans le même sac que les charlatans ; ils perdent ainsi ce qui justement pourrait les distinguer du commun ; la connaissance avouée de leur ignorance. Ils renient une maîtresse facile dont ils connaissent pourtant bien la porte, et se réclame de la Science qui ne leur accorde que d'irrégulières faveurs. » (Pierre Mauriac. Examen de conscience d'un Professeur. *La Presse Médicale*, 28 novembre 1936.)

Nous poursuivons actuellement nos recherches. Elles nécessitent, pour avoir quelque chance d'être concluantes, la découverte d'un animal dont l'appareil utriculaire présenterait, tant au point de vue topographique que structural, une analogie assez grande avec celui de l'homme.

On trouve, dans la littérature, une surabondance de travaux sur l'action exercée sur la prostate par l'injection d'hormones mâles aussi bien que femelles. Mais il n'est jamais question que d'une action totale sur l'appareil prostatique. Au point de vue qui nous occupe, cela ne présente aucun intérêt. On trouvera d'intéressants détails sur ces expériences dans le très consciencieux travail de M. Paul Nichans (1) paru récemment dans *La Presse Médicale.* Mais ici encore, nous le répétons, il ne s'agit dans ces expériences, que d'une action globale. Ce n'est pas ce qui nous intéresse, puisque le nœud de la question est la différence d'action de telle ou telle hormone sur la portion masculine et sur la portion féminine de la prostate.

En dernière analyse, la seule expérimentation valable est celle qui peut être pratiquée chez l'homme.

Des idées que nous avons exposées, on pouvait tirer cette conclusion que l'hypertrophie portant sur la partie femelle de la prostate était due à l'affaiblissement des hormones mâles. Nous avons donc tenté de voir si l'administration de ces hormones mâles à des malades atteints d'hypertrophie prostatique ne pouvait pas amener une amélioration de cette hypertrophie.

Plusieurs auteurs ont fait des tentatives analogues.

Heitz-Boyer a utilisé par voie buccale l'ambo-hormone, commune aux deux sexes, isolée par Champy.

Van C. Cappellen (2) a injecté à ses malades par la voie souscutanée, une hormone mâle, l'humbréol, et a obtenu des résultats intéressants.

Wöhling en utilisant l'hormone testiculaire associée ou non à un extrait du lobe antérieur de l'hypophyse a observé une amélioration des troubles de la miction.

Weber (3) a employé des dragées d'hormone testiculaires dosées à 0,25 unités, à la dose de cinq par jour. Il a utilisé ce traitement chez des malades avancés, puisque sur six malades, quatre étaient considérés comme inopérables. Deux de ses malades obtinrent une amélioration considérable.

On connaît aujourd'hui plusieurs variétés d'hormones mâles. On est arrivé à isoler, à côté de l'hormone totale obtenue aux dépens des testicules entiers, des hormones spéciales répondant aux cellules de Sertoli, aux cellules de Leydig, voire même aux cellules F. de Steinach. De même, on est parvenu en variant, soit le mode d'extraction (hormone hydro-soluble ou lipo-soluble), soit la source d'où l'on extrait le produit (testicule, urine), à obtenir des hormones variées (testostérone de Laqueur, retirée du testicule ; androstérone de Butenandt, retirée de l'urine), sans parler des produits comme l'hormone bisexuelle, la déhydro-androstérone. préparée synthétiquement par Butenandt.

En raison de l'incertitude qui existe encore sur le mode d'action de ces produits hormonaux, nous avons préféré utiliser jusqu'à nouvel ordre l'extrait total du testicule, que nous avons administré par la voie buccale (4), après avoir constaté que ce mode d'administration se montrait efficace et sans rejeter la voie sous-cutanée qui doit *a priori* être plus active et que nous nous réservions d'utiliser si la première se montrait insuffisante. Voici les résultats que j'ai obtenus.

(1) Paul Nichans. — Les relations étroites qui existent entre le testicule et la prostate et de leur application dans l'hypertrophie prostatique *La Presse Médicale*, 1er juillet 1936, p. 1066.

(2) Van Cappellen D. — Versuch einer Therapie mit Sexualhormon u besonder in männlichen Hormon (Hombreol) bei Prostathypertrophie. *Deutsche Med. Woch.*, 12 mai 1933, pp. 726-728.

(3) Weber H. — *Wiener Med. Woch.*, n° 38, 1935.

(4) Nous remercions la maison Dausse qui a mis à notre disposition des ampoules buvables contenant 5 c. c. de sérum de taureau dans lesquels étaient dissous 1 c. c. 1 /2 d'extrait hydro-glycériné de testicule de taureau, correspondant à 0 centigr. 50 de glande fraîche. Cette préparation ingérée détermine le rougeoiement de la crête du chapon en une quinzaine de jours.

Je n'ai tenu compte que des malades que j'ai personnellement suivis. Ils sont au nombre d'une vingtaine (23 exactement). Une soixantaine de sujets ont été soignés par des confrères. Je n'en parlerai pas en raison de la précision parfois insuffisante des résultats qu'ils m'ont communiqués.

Parmi nos vingt-trois malades, il en est cinq que je ne retiendrai pas parce que leur traitement est trop récent ou a été suivi trop irrégulièrement.

Sur les dix-huit restants, il en est six qui répondent à des malades, au début de l'affection, se plaignant surtout de dysurie et de la pollakiurie nocturne, c'est-à-dire de phénomènes essentiellement subjectifs. Aucun d'eux n'a été sondé. On ne peut donc pas tenir compte du résidu.

Sur ces six malades, un a déclaré n'avoir obtenu aucun résultat. Les cinq autres accusent tous une amélioration considérable de leurs troubles fonctionnels. Ils déclarent que leur jet est beaucoup plus puissant, qu'ils n'ont plus besoin de pousser pour évacuer leur urine. La pollakiurie nocturne a disparu sur quatre d'entre eux. Le cinquième qui se levait trois fois par nuit pour uriner, ne se lève plus qu'une fois. Tous ces malades avaient une augmentation nette du volume de leur prostate. On sait combien il est difficile d'apprécier les modifications de volume de cet organe. Cependant, trois fois sur cinq, il m'a paru à peu près certain que la glande était diminuée de volume.

Sur les douze malades restants, six autres étaient à un stade plus avancé. Ils avaient un résidu qui a pu être mesuré. Chez quatre de ces malades, le résidu a diminué ou a été supprimé :

100 à 10
180 à 15
80 à 0
60 à 0

Chez deux malades, le résidu est resté identique. Ce sont, il est vrai, des malades soignés depuis peu de temps. Tous ont noté une amélioration subjective au point de vue de la dysurie et de la pollakiurie. Chez deux de ces malades, le volume de la prostate a paru diminuer.

Les six derniers malades étaient beaucoup plus touchés. Convaincu que ce mode de traitement doit être réservé aux cas au début, je ne les ai traités que sur leur instance et sans leur donner grand espoir.

Deux d'entre eux avaient eu une rétention complète aiguë qui avait nécessité la mise en place d'une sonde à demeure. Traités celle-ci étant encore en place, ils ont pu uriner spontanément après ablation de la sonde et ont vu leur résidu tomber rapidement à 10 c. c. pour l'un, à 20 c. c. pour l'autre.

Trois autres avaient des rétentions chroniques complètes et devaient se sonder plusieurs fois par jour. Deux ont pu arriver à supprimer leurs sondages et ne conservaient qu'un résidu minima. Le troisième n'a obtenu aucune amélioration.

Un sixième était dans un état sérieux. Il était comme les précédents en état de rétention chronique complète. Il fallait le sonder plusieurs fois par jour. Son état général était très mauvais, son azotémie était de 0,70. Ses urines étaient troubles. Au bout d'un mois de traitement intensif (une ampoule par jour), il urinait spontanément (30 grammes de résidu) : son état général s'était considérablement amélioré. Ses urines, très troubles, s'étaient éclaircies. L'azotémie était tombée à 0,40. Je dois dire que le toucher rectal ne montrait aucune modification de sa prostate.

En somme, de ces observations encore trop peu nombreuses, je me crois cependant autorisé à conclure que le traitement par l'hormone mâle donne d'excellents résultats au point de vue correctionnel. Chez des malades que je suis depuis trois ans, j'ai l'impression que grâce à un traitement continu, séparé par des périodes de repos, l'affection reste stationnaire, si même elle ne régresse pas. J'espère que l'emploi systématique de l'urétroscopie chez des malades de cet ordre pourra arriver à fournir une documentation plus précise pour apprécier les changements anatomiques que le traitement pourrait déterminer.

Evidemment, il s'agit là d'une médication *qui doit avant tout*

être préventive. En raison de son innocuité et de sa simplicité, elle peut être prescrite chez tout malade âgé ayant ces petits troubles de la miction annonçant une hypertrophie en train de se constituer.

Elle représente également la médication de choix chez les malades atteints d'une hypertrophie au début.

Ce serait à mon sens une erreur que de l'opposer au traitement opératoire dans les cas avancés. Cependant, il n'y aurait aucun inconvénient à la tenter, chez des sujets qui, pour une raison ou pour une autre, ne pourraient pas bénéficier d'une opération.

Nous croyons pouvoir tirer de notre travail les cnclusions suivantes.

L'adénome prostatique se développe aux dépens de la partie femelle de la prostate, c'est-à-dire de l'appareil glandulaire annexé à l'utricule prostatique.

Cette origine est parfaitement conciliable avec la topographie habituelle de l'adénome prostatique.

Le développement de l'adénome est la conséquence de l'affaiblissement de la sécrétion hormonale mâle.

Il peut donc être combattu par l'administration d'hormones mâles par la voie buccale ou sous-cutanée. A l'essai, la voie buccale, plus simple, s'est montrée efficace.

Nous avons obtenu chez plusieurs malades traités au début de leur affection, une amélioration fonctionnelle considérable. Des résultats favorables ont même été constatés dans des cas avancés. L'usage de l'hormone mâle nous paraît également des plus recommandables au point de vue préventif.

(*Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 1er décembre 1936.)

L'oxycarbonémie endogène

Par MM. **LOEPER, BIOY, GILBRIN** et **TONNET**

Nous avons déjà précédemment (1) envisagé l'oxycarbonémie professionnelle et constaté, par la méthode si précise de Nicloux, des taux d'oxyde de carbone assez élevés chez certains travailleurs d'usine.

La physionomie et la quasi-constance des troubles digestifs, de l'anémie, de la céphalée affirmaient la responsabilité de cette intoxication. Leur tenuité pourtant et aussi leur banalité laissaient supposer qu'un grand nombre d'intoxications passaient inaperçues.

Nous avons alors étudié, par comparaison d'abord et par curiosité ensuite, un certain nombre de sujets pris au hasard de leur arrivée à la consultation de l'hôpital et recherché chez eux systématiquement le CO dans le sang.

Les uns, ouvriers de tout ordre, travaillant au voisinage des usines, dans des atmosphères souillées par des fumées diverses, les autres, chauffeurs d'automobiles, voire infirmiers, et aussi habitants de quartiers encombrés ou populeux.

Les différences que nous avons pu relever chez eux sont appréciables mais minimes et, sur dix cas examinés, ne dépassent guère 2 à 3 ‰ de CO ce qui est presque négligeable.

Nous avons été par contre très surpris de trouver des accroissements notables chez des malades, atteints de maladies de la nutrition comme le diabète, d'affections hépatiques, de troubles circulatoires ou pulmonaires, congestifs ou nerveux de nature variable.

Ces chiffres vraiment remarquables, nous voulons les apporter ici. Il est à peine besoin de souligner leur intérêt tant au point de vue clinique que biologique et pathologique.

(1) C. R. S. Méd. des Hôpitaux, 11 déc. 1936.

En raison des rapports si intimes de l'anémie et de l'intoxication oxycarbonée nous avons tout d'abord étudié sept cas d'*anémie*.

Le premier concerne une anémie avec hyperchromie, l'autre une anémie hémogénique grave et les cinq dernières des anémies cancéreuses.

Nous comptions un peu sur des résultats marqués dans l'anémie de Biermer, et nous avons, fait assez inattendu, rencontré des chiffres normaux de 0,13 à 1,3 ‰.

L'anémie hémogénique dont la nature n'était d'ailleurs pas déterminée atteint déjà 4 c. c. Les anémies cancéreuses, celles des quatre cancers de l'estomac spécialement, montent encore plus haut et donnent respectivement 5,3, 8, 17,2 et 18.

Le nombre des hématies chez ces divers malades variait de 1.080.000 à 4 millions. Comme l'indique le tableau suivant il n'y a pas de rapport absolument précis entre le degré de l'anémie et le taux de l'oxyde de carbone.

ANÉMIES

	Hématies	CO ‰
Aortite	3.300.000	0,13
Anémie de Biermer	1.880.000	1,3
Anémie hémogénique	1.080.000	4
Cancer du foie très étendu....	3.500.000	1,32
Cancer de l'estomac.........	—	5,3
Cancer de l'estomac.........	3.880.000	8
Cancer de l'estomac.........	1.670.000	17,2
Cancer de l'estomac.........	1.500.000	18

Le rapport entre l'affection causale en l'espèce le cancer et l'oxycarbonémie est au contraire remarquable, puisque nos quatre cancers de l'estomac sont oxycarbonémiques et fortement. Nous ferons d'autre part remarquer que l'intégrité du foie paraît indispensable à la formation de CO tout au moins que son atteinte profonde lui paraît défavorable puisqu'un cancer destructif du foie très anémique donne seulement 1,32, alors que quatre cancers de l'estomac où le foie est intact, donnent respectivement 5,3, 8 et 17,2.

Nous avons ensuite étudié des cardiaques et des asystoliques chez qui le dosage révèle jusqu'à 8 c. c. et 14 c. c. avec une cyanose relativement peu intense.

La *stase sanguine* et surtout pulmonaire parait jouer un rôle important dans l'oxycarbonémie. Nous croyons pouvoir lui rapporter les chiffres obtenus dans un ramolissement cérébral avec asphyxie qui donne 8 c. c., dans un cas d'asthme qui atteint 5 c. c. et dans un cas de goitre avec hyposystolie qui donne 9,3.

Les néphrétiques par contre ne paraissent pas oxycarbonémiques. Mais les hépatiques le sont souvent. Deux cirrhoses nous donnent les chiffres de 7 à 10 c. c.

Comme l'oxyde de carbone a été considéré spécialement par Comby comme susceptible de provoquer des crises d'épilepsie, nous avons soumis au dosage le sang de deux jeunes garçons épileptiques, au lendemain même de la crise et nous avons trouvé 7 et 9 c. c. Il faut dire que ces deux épileptiques prenaient régulièrement du gardénal à la dose quotidienne de 5 et 10 centigrammes et nous nous sommes demandé si le gardénal par lui-même ne pouvait, comme d'autres barbituriques d'ailleurs, donner naissance à l'oxyde de carbone. C'est ce que nous avons recherché chez un intoxiqué par suite de tentative de suicide. Le sujet avait absorbé 6 gr. de véronal. Il n'en est pas mort: nous avons trouvé dans son sang la dose élevée de 12 c. c. de CO.

La responsabilité de cette oxycarbonémie peut donc appartenir au barbiturique, mais peut-être plus aux troubles de nutrition et de respiration qu'il entraîne qu'à sa composition chimique même.

Le phénomène mérite d'être retenu et étudié.

Enfin certains auteurs, en particulier Lœwy et Apfelbach ont admis dans leurs expériences l'action parfois non pas anémique mais *polyglobulique* du CO à petites doses longtemps prolongées. Il nous paraît intéressant de rapprocher de leurs recherches, sans établir de relation de cause à effet entre l'oxycarbonémie et l'érythrémie, les observations de

trois érythrémiques qui nous ont donné les chiffres de 5, de 7 et même de 17 c. c.

Voici d'ailleurs le tableau complet de ces résultats.

TROUBLES RESPIRATOIRES

		CO ‰
Asystolie, cyanose		2,6
Asystolie		8
Maladie mitrale-chorée		14,8
Rhumatisme cardiaque		10
Ramollissement cérébral : asphyxie		8
Asthme		5,32
Goitre hyposystolie		9,3
HÉPATIES		
Hépatomégalie éthylique		10
ERYTHRÉMIES		
Erythrémie	5.700.000	7,3
Erythrémie	5.400.000	5,3
Erythrémie	—	17
INTOXICATION PAR LE VÉRONAL		
Suicide		12 c.c.

***

Gréhant sans doute le premier, insista sur la présence de l'oxyde de carbone dans le sang en dehors de toute maladie. Presque en même temps que lui, Desgrez et Nicloux signalaient l'oxycarbonémie dans l'intoxication chloroformique. Saint-Martin étudia avec soin les variations de l'oxyde de carbone sanguin à l'état normal. Nicloux y revint à plusieurs reprises et ses constatations restent vraies malgré Buckmaster et Gardner dont la technique ne fut peut-être pas parfaite.

Lépine et Boulud à leur tour avaient en 1910 envisagé l'apparition dans le sang de certains sujets anémiques d'un excès d'oxyde de carbone.

Il est difficile d'attribuer dans ces cas l'oxycarbonémie à un apport par l'air atmosphérique, non plus qu'à une transformation médicamenteuse. On est bien forcé d'envisager sa production par l'organisme lui-même, c'est-à-dire sa formation proprement **endogène**.

Nous croyons qu'elle peut résulter d'un trouble du métabolisme de nos tissus. L'oxyde de carbone est un produit de la combustion incomplète des substances riches en carbone comme il est dans les appareils de chauffage un produit de la combustion au rouge sombre du charbon. Le fait que l'oxycarbonémie se rencontre chez les sujets atteints d'affections pulmonaires ou circulatoires plaide en faveur de cette manière de voir. Et les substances qui, plus que d'autres, peuvent lui donner naissance sont les glucides et leurs dérivés. Nicloux avait déjà incriminé d'ailleurs la combustion des glucides dans certaines circonstances expérimentales.

Lepine et Boulud, puis Rathery et ses collaborateurs dans des expériences fort bien conduites ont insisté sur la transformation de l'acide lactique, tartrique, oxalique en CO.

Le cas que nous allons relater est particulièrement favorable à cette manière de voir. Nous y avons fait déjà allusion dans un travail sur les grands oxalémiques.

Un homme atteint de lithiase oxalique du rein, de la prostate, de l'intestin faisait de temps à autre des crises d'angoisse et d'asphyxie inexplicables, d'une durée de 12 à 24 heures, qui le clouaient littéralement sur place. A ce moment le taux de l'oxyde de carbone atteignait 36 et 40 ‰ et tombait après la crise à 2 c. c.

Parallèlement le taux de l'acide oxalique du sang, apprécié par notre méthode, donne 30 centigrammes pour retomber à 4 ou 7 centigrammes.

Le rapport entre l'acide oxalique et l'oxyde de carbone est donc ici patent. Il ne peut surprendre.

Ainsi que nous l'avons dit, Lépine et Boulud ont vu le CO s'accroître après injection de 2 centgr. d'oxalate de soude et c'est sur la transformation de l'acide oxalique en oxyde de carbone qu'est basée une méthode de dosage de l'acide oxalique dans le sang.

Il n'y a pas que l'acide oxalique. Lépine avait incriminé aussi l'acide lactique et Rathery avec ses collaborateurs a confirmé son opinion.

Nous avons alors étudié le diabète où la consommation du sucre est insuffisante et nous avons trouvé :

Glycémie	CO ‰
1,95	5,32
2,68	9,3
2,88	13,2

Il n'est sans doute pas besoin pour qu'un organisme fasse de l'oxyde de carbone de l'intermédiaire oxalique, tout au moins de lui seul. La quantité d'acide oxalique n'est pas tout : elle peut certes être élevée chez le diabétique, mais dans deux de ces cas, elle est normale. Il peut s'agir d'autres dérivés du sucre, de l'acide tartrique ou lactique par exemple.

La *relation de l'oxyde de carbonne avec les troubles du métabolisme glucidique* n'en semble pas moins évident.

***

L'oxyde de carbone n'est pas un véritable poison. Il se substitue à l'oxygène pour former la carboxyhémoglobine plus facile et plus stable que l'oxyhémoglobine. Il agit par anoxhémie. Sans doute, avec de faibles proportions, la quantité d'hémoglobine oxycarbonée est minime. Elle ne peut guère atteindre pour 10 à 15 c. c. de CO ‰ que 4 à 5 % d'hémoglobine oxycarbonée. On s'accorde à considérer cette dose comme négligeable, mais on ne peut affirmer son innocuité. L'hypersensibilité même de certains sujets est aussi vraisemblable pour le CO que pour d'autres substances dites toxiques.

Il est probable que l'oxyde de carbone a une prédilection pour les centres nerveux soit qu'il s'y fixe, ce qui est possible et non démontré, soit qu'il y provoque des réactions vasomotrices et même des hémorragies localisées spécialement dans les régions pallidales. Il est assez remarquable de voir un assez grand nombre de ces sujets présenter de la céphalée, de la nervosité, en même temps que des réactions vagotoniques.

On est donc en droit d'attribuer certains symptômes nerveux de ces malades au CO.

On est en droit de lui attribuer aussi des réactions digestives. Enfin il est logique de reconnaître au CO une certaine responsabilité dans l'anémie.

Un de nos diabétiques, le plus oxycarbonémique à 13 c. c. fait de la rétinite ; notre plus grand oxalémique et oxycarbonémique fait des crises respiratoires et cardiaques. Tous ou presque tous ont des troubles sanguins de déficience ou de polyglobulie réactionnelle.

Il nous paraît permis et légitime, devant de tels résultats, de suspecter l'action du CO dans la production de certains symptômes observés dans les maladies chroniques ou dans les états de nutrition, pour cette raison qu'ils se rapprochent de ceux que l'on observe dans des intoxications authentiques, accidentelles ou professionnelles, nettement accusées. *L'oxyde de carbone formé* in situ *nous apparaît dans certaines maladies comme l'intermédiaire entre le processus morbide et certains des symptômes observés.*

***

En conclusion, il est évident que l'intoxication endogène oxycarbonée existe.

Elle doit être recherchée chez tout sujet présentant des signes nerveux, vasculaires, pulmonaires, céphalalgiques ou digestifs. Elle peut être l'intermédiaire chimique entre certains symptômes observés chez les malades et l'affection causale.

La spectroscopie est insuffisante pour la déceler. Seul est précis et délicat le dosage chimique suivant la méthode de Nicloux.

Cet oxyde de carbone naît de la combustion incomplète des sucres ou de leurs dérivés, surtout de l'acide oxalique.

L'intoxication doit être combattue par l'oxygénation qui agit à la fois sur l'élimination du CO et sur la nutrition du sujet.

Il nous a semblé qu'elle pouvait être améliorée aussi par l'ingestion de bleu de méthylène.

N. Grehant. — Les poisons de l'air, Paris, 1880.

N. Grehant. — L'oxyde de carbone. Encyclopédie Léauté, Paris, 1900.

R. Lépine et Boulud. — Sur l'existence d'oxyde de carbone dans le sang des anémiques. *C. R.* de la Soc. de Biol., 1er juillet 1905. — Sur l'origine de l'oxyde de carbone contenu dans le sang normal et dans certains états pathologiques. C. R. de la Soc. de Biol., 1er février 1906. *Journal de physiol. et de path. générale*, 1906, t. 8, p. 616.

M. Loeper. — L'oxalémie et l'oxalurie. Rapport présenté au XIIIe Congrès français de médecine, Paris, 20 octobre 1912. Masson édit., p. 17.

M. Loeper et J. Tonnet. — *Bull. et mém. de la Soc. des Hop. de Paris*, 18 janvier 1929, p. 59 ; *Progrès Médical*, 2 mars 1929, n° 9. — L'oxalémie. Nutrition. Doin, éd., Paris, 1933.

M. Loeper et J. Tonnet. — L'oxyde de carbone dans le sang des anémiques. *C. R.* de la Soc. de Biol., 16 mars 1935. T. CXVIII, p. 1064.

M. Loeper, E. Bioy, J. Tonnet et A. Varay. — L'oxyde de carbone dans le sang de quelques malades. C. R. de la Soc. de Biol., 30 mars 1935. T. CVXIII, p. 1309.

M. Loeper. — L'oxycarbonémie de certains états anémiques. *C. R.* de la Soc. de Biol., 20 juillet 1935. T. CXIX, p. 1319.

M. Nicloux. — Nouvelles démonstrations de la présence normale de l'oxyde dans le sang. C. R. de l'Ac. des Sciences, 1er décembre 1924, pp. 179, 1633. — L'oxyde de carbone et l'intoxication oxycarbonique. Masson, édit., 1925.

M. Nicloux et Nebenzahl. — L'oxydation de différents sucres en solution alcaline par l'oxygène gazeux du point de vue de la production d'oxyde de carbone. *C. R.* de la Soc. de Biol., 1929. T. V, p. 864. — Etude de l'oxydation des sucres en solution alcaline par l'oxygène gazeux. Influence du pH sur la production d'oxyde de carbone. *C. R.* de la Soc. de Biol., 19 mai 1929. T. C., p. 189.

F. Rathery, Gley, Franc et Gourrat. — *Journal de physiol. et de pathol, génér.*, T. XXX, p. 24.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 2 décembre 1936

Appendicite. — ***M. P. Duval*** publie sa statistique intégrale d'appendicectomies pendant quinze ans. 1.420 cas ont été opérés avec 83 morts. Mais de 1921 à 1934 la mortalité est de 7 %, alors que de 1934 à 1936 la mortalité n'est plus que de 15 %. Ceci est dû au fait que les appendicites sont actuellement envoyées à l'hôpital plus rapidement qu'autrefois. Toutes les morts concernent des malades opérés après le cinquième jour. L'auteur défend donc plus que jamais la formule de l'opération systématique de l'appendicite avec ablation de l'appendice, sans délais, dès que le diagnostic est posé.

Luxation de la hanche. — ***MM. Dubau*** et ***Evrard*** (Armée) après traitement orthopédique d'une luxation traumatique de la hanche s'aperçurent que la réduction était incomplète. Il existait une interposition. Les auteurs eurent l'idée d'exercer une traction en abduction qui permit à l'obstacle (fragment cotyloïdien) de s'échapper et à la tête fémorale de regagner le cotyle. Le résultat fut parfait et s'est maintenu. (Rapport de M. Mathieu.)

Fractures cotyloïdiennes. — ***M. Joël Mégnin*** (Alger) a observé trois fois une fracture transcotyloïdienne associée à l'expulsion de la tête fémorale dans la fosse iliaque externe. Le mécanisme de la lésion semble être : fracture du bassin par flexion, puis chevauchement des fragments qui efface le cotyle et enfin luxation de la tête.

Le traitement consiste à éviter après réduction tout mouvement d'abduction ou de rotation. (M. Mouchet, rapporteur.)

Kystes non-parasitaires du foie. — ***MM. Fabre*** et ***Gadrat*** (Toulouse) ont observé un adénome biliaire et un hémangiome kystiques. Dans les deux cas l'ablation du kyste fut possible sans difficulté. Le rapporteur (M. Wilmoth) a vu comme les auteurs une tumeur épigastrique intermittente qui se montra un kyste du pancréas. Il passe en revue les symptômes et le traitement de ces kystes non parasitaires.

Nécrose chimique par crayon d'aniline. — ***MM. Mégnin*** et ***Abitboul*** (Alger) ont traité un exemple de cette nécrose anilinique maintenant bien connue. Les auteurs ont pensé qu'il était logique après ablation des tissus nécrosés, de faire un lavage des tissus encore colorés, à l'aide d'alcool. Ce procédé leur a donné un heureux résultat. (M. Moure rapporteur.)

Volumineux lipome du mésocôlon. — M. Soupault rapporte une observation de ***M. Thalheimer.*** Il s'agissait d'une volumineuse tumeur abdominale rétrocolique. L'ablation fut facile. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un lipome.

Cette tumeur siégeait exactement entre les deux feuillets du mésocôlon sigmoïde. Elle pesait trente-quatre livres.

Ulcère double du duodénum. — ***M. Grimault*** (Algrange) opérant un malade atteint de perforation ulcereuse s'aperçut qu'il existait deux ulcères, l'un perforé, l'autre siégeant sur la face postérieure du duodénum et saignant. L'auteur fit alors une résection annulaire et l'anastomose duodéno-gastrique selon la procédé de Pean. Le résultat fut excellent.

A ce propos l'auteur rapporte une autre observation d'ulcères multiples du duodénum et fait une revue rapide des observations similaires de la littérature.

Il insiste particulièrement sur l'association d'un ulcère perforé et d'un ulcère saignant, et sur la double perforation. Dans ces cas la suture de l'ulcère suivie de gastro-entérostomie ne vaut pas la résection annulaire. Cette opération est l'idéal lorsque les ulcères ne sont pas trop éloignés.

Septicémie à colibacille. — ***M. Routhier*** en a observé deux cas après perforation utérine. Ces deux cas ont abouti à la mort malgré la thérapeutique mise en œuvre. Il semble donc que les septicémies à colibacille pur sont aussi graves que les septicémies où le coli est associé à d'antres microbes (streptocoque en particulier).

M. Chevassu a traité récemment un cas de septicémie à colibacille qui s'est terminé par la guérison, à l'aide du sérum anticolibacillaire de Vincent.

M. Sauvé a pu également guérir une septicémie à colibacille par bactériophagothérapie.

M. Mondor fait observer que le colibacille apparait souvent dans le sang de malades atteints d'autres microbes. Il faut donc plusieurs examens (hémocultures en particulier) pour affirmer la nature colibacillaire d'une septicémie. Il faut aussi que l'hémoculture ne soit pas faite au moment ou immédiatement après le curettage car dans ces cas, elle est souvent positive et sans lendemain.

Election d'associés de l'Académie de chirurgie. — MM. Léon Binet, Roussy, Ramond et Fabre sont élus.

Diagnostic des endométriomes de l'ovaire. — M. Brocq rapporte une observation de ***M. Palmer*** qui fit le diagnostic d'endométriome ovarien sur l'augmentation considérable du volume de l'organe au moment des règles. Le rapporteur a enlevé chez une femme ménopausée une masse tumorale ovarienne qui, à l'examen histologique, pouvait être rapprochée des kystes endométriaux.

L'endométriome ovarien est fréquent. Son évolution parallèle aux règles est caractéristique : dysménorrhée progressive dans le temps et selon les règles. La variation de volume au moment des règles, la tension de la tumeur sont de bons signes. Il faut chercher dans le pelvis au moment de l'opération s'il n'y a pas d'autres localisations de l'endométriome. Enfin il y a grand intérêt, si on soupçonne l'existence d'un endométriome, à faire un examen histologique extempo-

rané au cours de l'opération. En opérant précocement, on peut espérer faire une opération conservatrice.

M. Moulonguet insiste sur la fréquence de la fièvre au cours de l'evolution des endométriomes. Il est parfois très difficile d'éviter qu'il ne se reproduise d'autres endométriomes alors même qu'on croit avoir tout enlevé

L'opération qui enlèverait tout serait souvent excessive. La préférence thérapeutique doit donc être donnée à la castration radiothérapique.

M. Mondor a observé une fistule utéro-cutanée qui était due à un endométriome. Elle put être enlevée et ne donna pas lieu à récidive.

Séance du mercredi 9 décembre 1936

Reconstitution osseuse par greffe. — *M. Leriche* insiste sur l'adaptation qui se fait sur la masse d'os produite autour de la greffe. Cette adaptation permet une fonction excellente même si la greffe mise en place n'était pas exactement conforme au segment osseux réséqué.

Infiltrations novocaïniques et mobilisation des fractures — *M. Leriche* propose de traiter certaines fractures articulaires par l'infiltration novocaïnique à distance (stellaire ou lombaire par exemple) suivie de mobilisation immédiate. Cette infiltration a pour but, non de supprimer la douleur, mais bien de supprimer certains phénomènes réflexes vasomoteurs. La récupération fonctionnelle est remarquablement rapide. La méthode agit encore dans le traitement de certaines séquelles des traumatismes articulaires, raideurs en particulier.

Envahissement des ganglions pelviens dans le cancer du col. — *M. Grécouroff* montre qu'on peut trouver dans les ganglions pelviens, en dehors de cas de cancer du col, des inclusions glanduliformes ressemblant à la muqueuse du corps utérin et qui doivent être considérées comme des formations bénignes. Ces inclusions s'opposent donc absolument aux métastases vraies, épithéliales, du cancer du col. Lorsque donc les ganglions ne contiennent que des formations tubulées ou vésiculeuses de ce genre, on ne doit pas conclure à envahissement précoce. Cette opinion réduirait beaucoup l'intérêt des opérations élargies récemment proposées avec recherche systématique des ganglions.

M. Regaud appuie sur les mêmes faits. Ces formations correspondraient à des endométriomes essaimés dans les ganglions.

Pour *M. Leveuf* ces formations seraient des métastases néoplasiques mais relativement bénignes.

Diverticule de la III[e] position du duodénum. — *M. J.-Ch. Bloch* rapporte une observation de *MM. Carajannopoulos* et *Alivisatos*. Il s'agissait de troubles gastriques vagues que l'on mit sur le compte du diverticule. L'ablation de celui-ci ne fut suivie d'aucun effet, comme c'est d'ailleurs la règle. Le travail récent de *M. Mialaret* a montré qu'il ne faut pas tenter d'enlever ces diverticules. L'opération est grave, le résultat presque toujours inexistant.

M. Moulonguet et *d'Allaines* ont eu des succès opératoires dans certains cas de diverticule. Ils insistent sur le fait que presque toujours, lorsqu'il y a des signes fonctionnels importants, il existe une lésion responsable autre que le diverticule (ulcère par exemple).

Perforations de la vésicule biliaire — *M. Ho-Dac-Di* communique plusieurs observations de perforation de la vésicule biliaire. Deux étaient d'origine traumatique, une d'origine ascaridienne. A ce propos, *M. Moulonguet* (rapporteur) ajoute deux observations de perforation vésiculaire où il a pu mettre en évidence l'origine de la cholécystite necrosante qui lui semble due à une thrombose de l'artère cystique.

Tumeur du corpuscule carotidien. — *M. Hartmann* a observé chez une femme de 52 ans une tumeur latérale du cou. Celui-ci datait de cinq ans et s'était accrue seulement depuis quelque temps. Volume d'un œuf, ferme, avec une mobilité latérale possible, sans aucune mobilité verticale. L'opération ne put être qu'incomplète, étant donnés le volume et les adhérences de la tumeur. L'histologie montra qu'il s'agissait d'un paragangliome. Grâce à la radiothérapie profonde la tumeur a disparu et depuis deux ans ne semble pas récidiver. Cette thérapeutique pourrait être à conseiller étant donnée la grosse mortalité des ablations chirurgicales.

M. Roux Berger a pu enlever aisément une tumeur du corpuscule carotidien au prix de la ligature de la carotide externe.

M. Soupault a pu également faire une ablation suivie de succès mais il dut lier la carotide externe et le malade fit une hémiplégie.

M. Chevassu qui décrivit autrefois ces tumeurs estime qu'elles doivent être considérées comme bénignes et que des opérations étendues sont démesurées.

M. Sébileau pense qu'il est presque toujours possible de séparer une tumeur maligne de l'appareil carotidien. Particulièrement autour de l'artère se crée une zône de tissu cellulaire grâce aux battements de celle-ci et cette zône permet l'ablation. Cependant en cas de tumeur du corpuscule carotidien, cette dissection lui parut impossible. Il en fit l'ablation par ligature de la carotide primitive. La dissection de la pièce lui montra que l'ablation du paquet tumoral aurait dû être possible.

M. Hartmann a vu qu'après ligature de la carotide externe l'hemiplégie peut survenir, mais elle survient plus tardivement qu'après ligature de la carotide interne (troisième jour). Il s'agit peut-être d'un caillot situé au-dessous de la ligature et qui reprend le trajet carotidien interne.

Election du bureau de l'Académie pour 1937. — *M. Baumgartner* est élu président. *M. Chevassu* est élu vice-président.

Traitement des fistules à l'anus. — *MM. Capette* et *Breger* explorent les fistules anales à l'aide d'une injection d'huile. Le trajet est presque toujours complet. Le trajet est cathétérisé sans sonde cannelée ni stylet, avec des sondes filiformes urologiques. Le traitement consiste à mettre à plat à l'aide d'une anse de fil métallique protégée de caoutchouc. On l'introduit par le rectum, elle sort par l'orifice superficiel, et le courant électrique qui traverse le fil réalise la section des tissus placés devant l'anse. Ce traitement évite la récidive.

Election de membres associés. — *M. George E. Gask*, *M. Gray Turner*, et *M. Budisavlevitch* sont élus.

Calculs du pancréas. — *M. Wilmoth* présente une observation avec radiographies de calculs multiples du pancréas chez un malade autrefois opéré d'un kyste de cet organe.

J. CALVET.

RÉUNION DES SOCIÉTÉS DE PÉDIATRIE

Strasbourg, le 8 novembre 1936

La séance commune de la Société belge de pédiatrie, de la Société de pédiatrie de Genève et de la Réunion pédiatrique de l'Est s'est tenue sous la présidence du Professeur CAUSSADE (Nancy), en vue d'étudier le pronostic et le traitement de la tuberculose primo-secondaire de l'enfant.

C'est là, dit ROHMER (Strasbourg), un problème d'une importance fondamentale, où voisinent les problèmes des surinfections exogènes et de l'allergie par primo-infection, de la durée de l'allergie, de la prophylaxie de la phtisie chez les adolescents et les adultes, et bien d'autres encore, ce sont ces problèmes qui ont réuni à Strasbourg un si grand nombre de pédiatres de tous les horizons.

1° Facteurs influençant l'évolution de la tuberculose.

RIBADEAU-DUMAS (Paris) constate que : *a*) les cuti-réactions deviennent de plus en plus rare chez les enfants et *b*) la fréquence, vernale, de la méningite tuberculeuse diminue également : en somme la morbidité tuberculeuse diminue, sinon la mortalite.

Les tuberculoses des séreuses et du conjonctif sont contemporaines de la méningite ; c'est l'étape du dilemne entre l'immunité et la mort rapide.

En somme deux ordres de facteurs ; les essentiels : contagion avec l'espoir d'une allergie, les secondaires : milieu, constitution.

A propos de *quelques aspects cliniques de la tuberculose secondaire* chez l'enfant P. FONTEYNE (Bruxelles) montre que les congestions pulmonaires et les reactions perifocales curables sont fréquentes dans l'enfance ; mais on voit des formes de généralisation distinctes de la fièvre miliaire et dont le pronostic est différent.

C'est pendant la première année de vie P. NOBÉCOURT (Paris)

que l'influence de l'âge sur l'évolution de la tuberculose infantile se fait très gravement sentir, plus tard il y a moins d'intrication entre les périodes primaires et secondaires, c'est alors, jusqu'à six ans, une période de transition.

La variabilité des formes de l'infection tuberculeuse récente contredit la théorie de Ranke d'après une centaine d'observations de Coffin (Paris); ces formes sont en effet très variables, beaucoup moins du fait de l'ancienneté de la maladie que de la virulence et de la répétion des contages.

Armand-Delille (Paris). — *L'importance de la dose dans la primo-infection expérimentale du singe* joue un rôle primordial, créant, avec une précocité et une intensité variables de généralisation, des primo-infections superposables à celle de l'enfant, du point de vue anatomo-clinique.

E. Lesné et Mlle Dreyfus-Sée (Paris) déduisent de l'observationde nombreux enfants depuis dix ans que le *comportement de jeunes enfants tuberculisés vis-à-vis des facteurs exogènes* est favorable s'ils sont surveillés de près et régulièrement.

E. Lesné, Mlle G Dreyfus-Sée et S. Lemaire insistent sur l'*instabilité organique des jeunes enfants tuberculisés* ; ceux qui le sont parmi les petits réfugiés du Preventorium Consuelo Balsan présentent des courbes de température et de poids infiniment plus irrégulières que celles des enfants non-tuberculisés, cuti negatifs, soumis aux mêmes conditions de vie.

Conditions d'apparition de l'érythème noueux, en particulier de l'érythème noueux tuberculeux, symptôme primo-infection, par J.-J. Bindschedler (Strasbourg).— L'érythème noueux, signal d'alarme d'une primo-infection, est un témoin de la rapide augmentation de l'allergie ; dans certaines conditions on peut la faire apparaître ou reapparaître par desinjections de tuberculine.

R. Goehrs (Aubure) rapporte l'*apparition brusque d'adénites hilaires tuberculeuses à la suite de la rougeole.* Point particulier, Aubure est un village où les tuberculeux séjournent à la fois au preventorium et chez l'habitant. Tous les enfants sont cutipositifs ; cet équilibre a été rompu en faveur de l'anergie par la rougeole. (De pareils faits sont pour nous — R. Pierret — un precieux encouragement à continuer la croisade en faveur de stations de protection des enfants, telles Villard-de-Lans, où les enfants sont à l'abri de toutes sources d'infection et de surinfection importees).

Au cours de la discussion qui suivit R. Debré insista sur les progrès dus à la mise en évidence du danger des contaminations massives et répétées et au jeune âge, surtout chez le nourrisson. D'autre part la tuberculose vieillit avec son hôte.

MM. Mouriquand et Savoye apportent quelques chiffres sur le *moment d'apparition de la méningite au cours de l'infection tuberculeuse de l'enfant* d'où il ressort que sur 110 cas de méningite, 5 seulement atteignent de petits tuberculeux connus.

M. Lestoquoy (Paris) à propos d'un cas de pneumothorax chez un enfant en voie de guérison montre l'influence anergisante et fatale de la rougeole ; la courbe de poids est d'une brutalité impressionnante jusqu'à la mort.

MM. Caussade et Nobécourt affirment que, malgré la tendance actuelle, la rougeole ne peut pas être éliminée des causes adjuvantes d'une généralisation ou d'une rechute tuberculeuse, tandis que Woringer ne laisse pas oublier l'importance considerable de la constatation des phenomènes kératophlycténulaires pour le diagnostic précoce de la tuberculose chez l'enfant, d'où il découle la nécessité d'une symbiose entre l'ophtalmologiste et le pédiatre. Mais avec l'érythème noueux la kératite peut ne pas apparaître au début seulement de l'infection bacillaire mais procéder aussi par poussées successives, en relation peut-être avec des variations dans l'allergie du sujet.

2° Avenir éloigné des enfants présentant des manifestations tuberculeuses primo-secondaires

MM. P. Rohmer et A. Vallette (Strasbourg) à propos de l'*avenir éloigné des réactions périfocales et des typhobacilloses* de l'enfant rapportent l'histoire de vingt six malades (treize T. périfocales, treize typhobacilloses) avec vingt-cinq guérisons grâce à la suppression rapide du contact infectant et des possibilités de réinfections exogènes et à un traitement hygiénique méthodique et rigoureux poursuivi dès la primo-infection jusqu'à guérison complète.

MM. R. Debré et M. Lelong (Paris). *Le traitement de la tuberculose primaire de l'enfant : son rôle dans la prévention des étapes ultérieures de la maladie.* — La lésion primaire s'observe le plus souvent chez l'enfant, assez souvent chez l'adolescent, rarement chez l'adulte évolué ; elle coïncide avec l'éveil de la sensibilité tuberculinique. Il y a tous les degrés cliniques apparaissant avec le virage de la cuti devenant positive, elle peut rester seule ou s'accompagner ou non de signes radiologiques cliniques et généraux. La guérison est pour ainsi dire de règle dans l'immense majorité des cas lorsqu'ils sont bien et longtemps soignés, de préférence dans un préventorium spécialisé.

Le diagnostic entre la tuberculose hilaire primitive et la pneumococcie hilaire peut être hesitant pour MM. G. Mouriquand et P. Savoye (Lyon). Alors la tuberculose doit faire sa preuve, sans compter l'evolution, par les réactions cutanées à la tuberculine, l'examen des crachats de lavage gastrique.

L'avenir éloigné des enfants atteints de tuberculose primo-secondaire dépend pour Armand-Delille (Paris) à la fois de l'intensité des primo infections et du traitement institué, parmi les modes duquel le pneumothorax est parfois nettement indiqué et suivi de résultats favorables.

L. Garot, Mlle Ballet et J. Schaaps (Liége). *Eléments du pronostic de la primo-infection tuberculeuse chez des enfants de moins de 3 ans.* — Sur 61 sujets tuberculeux, observés depuis dix ans, 33 primo-infections à formes progressivement mortelles et 28 primo-infections à formes curables.

M. E. Vaucher (Strasbourg). Chez l'adolescent et l'étudiant le *pronostic éloigné de la tuberculose primo secondaire de l'adulte* est favorable mais à la condition d'interrompre les etudes et de mettre en œuvre un *traitement diététo-hygiénique* sévère, prolongé pendant au moins deux ans. La réaction de sédimentation est une méthode simple et précise pour évaluer le potentiel évolutif de l'infection.

L'évolution des primo-infections tuberculeuses graves peut être favorable, dit Mlle G. Dreyfus-Sée, l'important étant une surveillance médicale et hygiénique sévère, dont la valeur totale est supérieure à la cure climatique simple sous cette surveillance.

Deux observations de P. Gautier (Genève) lui permettent d'établir que le *pronostic de la granulie chez l'enfant* n'est pas parallèle à la courbe de température.

M. J. Génévrier (Paris). *Séquelles radiologiques éloignées des primo-infections ganglio-pulmonaires et leur diagnostic.* — La negativite persistante de la cuti-reaction suffit à affirmer que la tuberculose n'est pas en cause lorsque l'on constate des nodules calcifiés et des lignes scissurales aux rayons X.

D'autre part, les *calcifications intra-thoraciques observées chez des adolescents (hommes) cliniquement bien portants* sont d'après MM. Péhu et Meerssemann (Lyon) assez rares 0,60 (scopie) à 8,30 % (graphie) sur 17.800 sujets de 18 à 22 ans.

Ch. Cohen et Schelling (Bruxelles) montrent à *propos de quelques cas d'infection tuberculeuse primaire chez l'enfant* que le pronostic dépend de l'importance de la contamination, des soins donnés et des localisations de la primo-infection (un cas de tuberculose buccale).

De la discussion à laquelle prirent part E. Lesné (Paris), Forest (Strasbourg) et Boissonnas (Genève) il découla que l'avenir des primo-infections dépend du mode de contamination, de la constitution du sujet et, après les premières semaines, de la rigueur apportée aux soins donnés.

3° Mesures prophylactiques et thérapeutiques dans la tuberculose pulmonaire

J. Parisot et L. Caussade (Nancy). *La méthode du placement familial surveillé dans la lutte contre la tuberculose infantile. Résultats enregistrés au centre de Thorey.* Sur 211 enfants 36 séparés à la naissance : pas de primo-infection ; sur 176 restants non-séparés immédiatement : 82 tuberculisés. On trouve dans cette communication un ensemble de détails précis et intéressants sur la conduite à tenir.

Des résultats sensiblement pareils sont rapportés par R. Duthoit et R. Dubois (Bruxelles) à propos de l'*Evolution de la tuberculose du premier âge chez les enfants nés de parents tuberculeux (Observations faites sur un groupe d'enfants élevés par l'Œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose à Bruxelles).* Sur 115 enfants séparés 10 décès mais pas un seul de tuberculose ; sur 23 enfants non-separés 4 tuberculoses évolutives dont deux morts.

Mais quel est le rôle de l'alimentation sur l'évolution de la tuberculose expérimentale ? G. Mouriquand (Lyon) repond en spécifiant que la suralimentation est un deséquilibre en plus, presque aussi nocif que la carence, déséquilibre en moins.

P. Lowys, J. Martinet et L.-H. Lafay (Roc-des-Fiz) précisent dans une *note sur les indications de la cure préventoriale et sanatoriale au cours de la tuberculose primo-secondaire de l'en-*

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la **FIÈVRE TYPHOÏDE** *et du* **CHOLÉRA**



Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

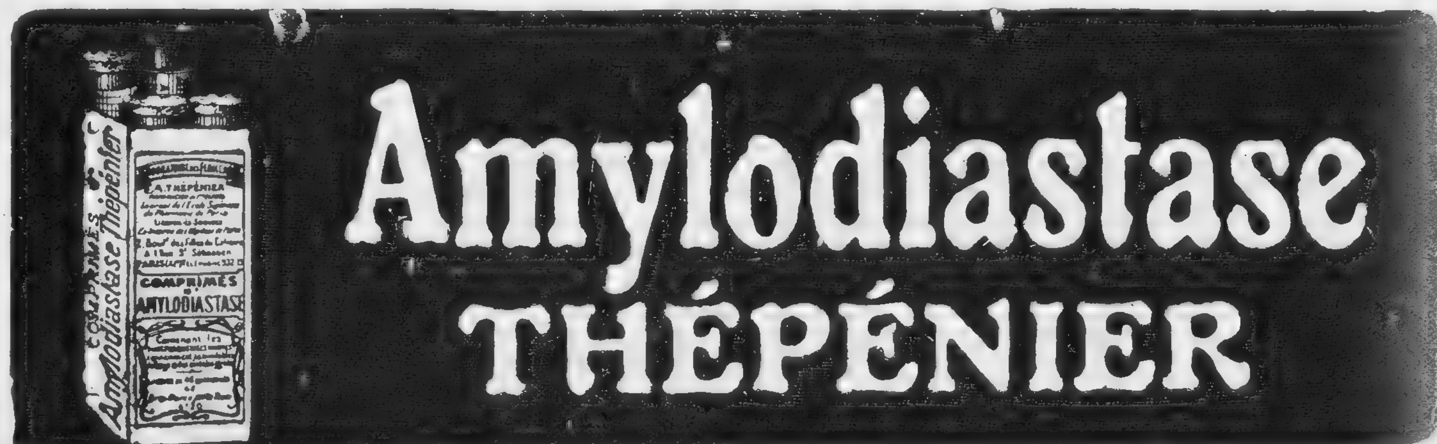
Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS



Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le "Laboratoire des Ferments" du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

Registre du Commerce de la Seine n° 150.854

fant que seuls les sujets éliminateurs de bacilles, même à lésions discrètes, sont justiciables du sanatorium.

La contamination familiale reste pour ARMAND-DELILLE (Paris) la grande coupable ; c'est de cette notion que découlent les *mesures prophylactiques à prendre en cas de tuberculose primo-secondaire* : la séparation réduit la morbidité tuberculeuse à 0,3 % et la mortalité à 0,1 %.

FREYSS (Strasbourg) attire l'attention sur l'importance des inspections médicales scolaires pour le dépistage en temps utile. Plusieurs observations de longue survie avec mariages dont sont issus des enfants non-tuberculeux.

Pour A. ZILLHARDT (Colmar), qui présente un *cas de primo-infection à l'âge pubertaire stabilisée par la cure sanatoriale*, cette derniere est indispensable si l'on veut obtenir des résultats solides.

En fin de réunion BOUDRY (La Bourboule) présente quelques conclusions d'un intérêt très original sur le « caprice atmosphérique » alias *conditions météorologiques, orographiques et hygrométriques générales en climatothérapie de l'enfant tuberculeux (sols perméables et imperméables, bonne ou mauvaise humidité des climats)*.

Une discussion s'établit ensuite entre MM. ARMAND-DELILLE, DEBRÉ, ROHMER, LESNÉ, LELONG et LOWYS d'où l'on peut conclure qu'il faut définir ce que l'on entend par préventorium, un mot si clair dont la définition est si obscure, en somme on s'accorde à penser que le mot n'est rien mais que la chose est tout. En fait les tuberculeux ouverts sont justiciables des sanatoriums, les primo-infections des préventoriums à la condition absolue qu'il s'agisse d'organisations où la méthode, la sévérité et la conscience président au traitement médical et diététo-hygiénique pendant un minimum de deux ans.

A ce prix la primo-infection tuberculeuse, lorsqu'elle ne guérit pas toute seule, doit comme dans ce dernier cas devenir un cas particulier d'etablissement d'une allergie de signification plutôt favorable.

Moralité : la primo-infection tuberculeuse guérit, si l'on s'en occupe bien et longtemps.

Robert PIERRET (de La Bourboule).

« Je l'ai écrit, je le répète. Les matières du concours de l'internat sont des vieilles reliques de la médecine. La médecine de demain ne sera jamais celle de l'internat, car les sujets en seront toujours choisis par des membres de jury dont le nombre et l'âge garantissent souvent la timidité et la routine. Il faut que le jeune qui veuille travailler, sache que l'on peut devenir quelqu'un en médecine sans passer par l'internat. J'ai des élèves qui font d'excellentes recherches sans avoir été ni externes, ni internes. L'amour de la recherche en médecine, comme ailleurs, se moque des épreuves de concours. On peut arriver à l'internat et conserver cet amour. C'est entendu. Car je suis de ceux qui pensent que les concours n'ont jamais produit de fruits secs que ceux qui l'étaient avant ou dont le dessèchement se serait produit tout seul. Mais aussi on peut faire quelque chose sans passer par les concours. » (Prof. Noël FIESSINGER. Les premiers pas. Pourquoi on fait sa médecine. (*Journal des Praticiens*, 17 octobre 1936.)

Echos et Glanures

« Je m'en vois, escornillant, par cy par la, des livres les sentences qui me plaisent, non point pour les garder (car je n'ay point de gardoire) mais pour les transporter en cettuy-ci, ou a vray dire elles ne sont plus miennes qu'on leur premiére place. »

MONTAIGNE.

L'hygiène doit concilier les intérêts de l'individu et ceux de la collectivité. — *MM. Henri Sellier et R. Hazemann le montrent — et leur point de vue est celui de tout médecin — au début d'une brochure qu'ils viennent de publier sur :* LA SANTÉ PUBLIQUE ET LA COLLECTIVITÉ (in-8°, 63 p.)

« Les services d'hygiène comprennent les organismes de travail social spécialisés dans la protection de la santé des individus et de la collectivité composée par ces derniers.

« Les services d'hygiène agissent directement sur l'homme grâce à la médecine curative et préventive, ou indirectement par l'intermédiaire du milieu où il vit, et cela grâce au génie sanitaire.

« Le rôle essentiel des services d'hygiène consiste-t-il dans la protection de l'individu ou dans celle de la collectivité ? Présentée sous forme de dilemme, cette interrogation paraît devoir demeurer sans réponse. Le « « Medecine-Man » notre ancêtre, à la fois médecin et prêtre, en effet, soigne bien l'indvidu, mais ne le fait-il pas au nom de la tribu ?

« L'hygiène a consisté tout d'abord à délivrer des soins aux individus malades, soit pour les guérir ou les consolider, soit, dans une première étape préventive, pour éviter les complications et la mort ; ce n'est qu'en troisième lieu que l'hygiène cherche à éviter l'apparition de la maladie.

« On conçoit que la médecine préventive ait été beaucoup plus longue à construire et à imposer une doctrine que la médecine curative, tout d'abord parce que son but qui est de tenir la maladie éloignée, se matérialise mal, ensuite parce que son concept même est collectif, enfin parce que sa base technique, la bactériologie, est d'apparition relativement récente.

« Une opposition irréductible, semblant se manifester entre la défense de l'intérêt individuel et celle de l'intérêt collectif, on a voulu rendre l'hygiène responsable de cette rivalité en prétendant que les lois édictées par l'hygiène et appliquées par la collectivé attentaient aux « droits sacrés et imprescriptibles de l'individu. »

« Une telle conception se rencontre encore chez certains groupes qui refusent telle vaccination préventive, telle mesure d'isolement ou encore revendiquent l'application absolue du secret médical même envers le malade.

« Force est cependant de constater que l'hygiène n'est pas plus responsable de cette opposition entre l'homme et le milieu social que l'urée n'est responsable de l'urémie. Car l'hygiène collective n'apparaît ici que comme témoin révélateur d'un état de fait qu'elle matérialise, sans en être la cause. Bien plus l'hygiène (éducative ne tend-elle pas à prendre le pas sur l'hygiène répressive ?

« En trois siècles, la civilisation moderne a réussi à tripler à la naissance la durée moyenne de la vie humaine, favorisant ainsi l'accroissement de la population et l'augmentation de sa densité. Les agglomérations humaines ainsi favorisées se sont créées dans des points de concentration ; elles exercent sur les individus une double contrainte ; d'abord attraction pour les ingérer dans la masse, ensuite pression et chocs, une fois qu'ils sont absorbés dans celle-ci. La diffusion des maladies contagieuses ou sociales semble ne constituer qu'un cas particulier des contradictions qui opposent Individus et Société.

« Bien plus, si certains éléments de la Société paraissent entraînés d'une façon parfaitement passive dans cette sorte de mouvement tourbillonnaire dont ils ne semblent même pas avoir concience, d'autres se révoltent et cherchent à résister d'une façon tout aussi inconsciente et aveugle.

« Tout se passe ensuite comme si la société, par une sorte « d'action réciproque », cherchait à son tour à se défendre, en réveillant ses éléments endormis ou en modérant ceux qui sont excités. Une intervention benfaisante est alors exercée par le Service social. Ce dernier cherche à résoudre la double contradiction existant entre les individus et la collectivité, la collectivité et les individus. Cette action s'exerçant dans le domaine de la défense de la santé privée ou publique constitue plus particulièrement la tâche des Services d'hygiène de la collectivité.

«Les hommes d'action perdent l'habitude de discuter pour savoir si l'homme est bon, la société mauvaise, si l'individu possède des droits sur la société ou *vice-versa*. Ils constatent et admettent tout simplement que l'homme et la société sont des faits, et qu'avec le perfectionnement de l'organisation sociale la maladie et la mort perdent du terrain, mais que, en même temps, la personnalité humaine paraît de plus en plus atteinte dans son cerveau et dans son cœur.

«Malgré le recul de la maladie et de la mort, une sorte de désagrégation paradoxale de la personnalité humaine se manifeste. Celle-ci, frappée dans sa vie mentale et émotionnelle, semble tantôt paralysée, tantôt dévoyée comme l'ont si bien montré René Sand dans l'Economie humaine par la médecine sociale, et Alexis-Carrel dans L'Homme, cet inconnu.

« Sand montre comment les facteurs sociaux défavorables exercent sur la croissance mentale une influence aussi pernicieuse que sur la croissance physique, et la retardent dès la première année d'âge. On peut donc craindre que, si le chômage s'installe d'une façon permanente et si une attention et des remèdes spéciaux ne sont pas apportés à ce problème, le monde ne marche vers une baisse générale de son niveau intellectuel moyen.

« Carrel, lui, plus pessimiste, pense que l'amélioration, en quelque sorte purement morphologique de l'humanté constatée actuellement s'accompagne d'une sorte de déchéance intellectuelle et morale, il s'inquiète du nombre de plus en plus important des aliénés et des criminels internés ou libres. L'augmentation du nombre des suicides témoigne de l'inadaptabilité de plus en plus fréquente des individus au milieu social : 1 p. 100 de la population des Etats-Unis est délinquante ; 5 p. 100 au moins de cette population présentent des troubles sérieux du caractère et de la conduite ! Sand estime que la moitié de la population belge n'est pas entièrement valide et que le nombre des anormaux et malades mentaux représente le quart du total des malades, invalides et demi-invalides.

« Cette augmentaton des troubles psychiques et moraux est-elle profonde et réelle, ou n'est-elle que révélée par l'industrialisation de jour en jour plus intense en quantité et en dynamisme ? Le rythme précipité de la vie moderne exigerait plus de l'individu, sans lui laisser le temps de récupérer son énergie. Aussi, les conflits entre l'homme et le milieu social s'exacerberaient de plus en plus. La multiplicité, la rudesse des contacts favoriseraient l'apparition de réactions antisociales jusqu'alors latentes, en même temps que la destruction du cadre familial, surtout dans les grandes agglomérations, favoriserait la « désintégration sociale » et briserait les derniers garde-fous ?

« La révolution industrielle, avec les premières usines, a éprouvé terriblement la santé physique des travailleurs heureusement, la naissance concomitante de l'hygiène moderne limita les dégâts. Mais, actuellement, la situation s'aggrave de nouveau : le travail en série ou à la chaîne, l'insécurité du lendemain, le chômage, mettent dangereusement en péril la santé intellectuelle et morale des individus et celle de la collectivité.

« Il appartient, dans une certaine mesure, aux Services d'hygiène de résoudre les contradictions de plus en plus violentes qui opposent l'individu à la société, que celles-ci se traduisent par le déséquilibres de la santé physique ou par celui de la santé intellectuelle et morale de ses membres.

« L'hygiène n'a plus seulement pour ambition la guérison et la prévention des maladies du corps et de l'esprit, mais dans son aspect social, elle revendique comme fin, le plein et harmonieux épanouissement physique, intellectuel et moral de l'individu dans le cadre de la communauté humaine, sans le sacrifier à la collectivité et réciproquement. »

Souvenirs sur Pasteur. — *M. Adrien Loir continue dans le* MOUVEMENT SANITAIRE (novembre 1936), *la publication de ses souvenirs sur Pasteur :*

Pasteur, avec son ordre méticuleux, avait un grand respect pour la copie qu'il donnait à l'imprimerie.

Comme il voulait faire de moi son secrétaire, il me fit prendre des leçons d'écriture, pendant les deux années où je me suis spécialement préparé à la Faculté des Sciences de Lyon, à devenir son assistant.

Lorsqu'il me dictait une note ou une communication, j'écrivais rapidement, ne sachant pas la sténographie, qui n'était pas à la mode, et je recopiais ensuite le texte pour le lui donner. Il écrivait rarement le résultat de ses expériences. Il se promenait en arpentant le laboratoire, puis, à un moment donné, me disait de me préparer à la dictée et commençait en parlant lentement. J'ai conservé une page écrite par moi, sous la dictée du maître et corrigée par lui, où l'on se rend compte de la netteté des corrections. Lorsqu'il avait à modifier plusieurs lignes, ce qui était rare, grâce à son esprit net, il collait des bandes de papier blanc qu'il découpait avec de grands ciseaux toujours près de lui, et il écrivait lui-même les phrases modifiées. Il faisait volontiers des notes destinées aux journaux, car il lui était pénible de trouver un compte rendu qui ne donnait pas exactement le sens de son étude.

Les notes aux académies, courtes, nettes, laconiques, véritables bulletins de victoire, étaient presque sans rature, la dictée se faisait d'un trait. Son esprit lui fournissait de suite le mot propre à exprimer son idée.

Lorsqu'il avait publié une note quelconque, il faisait faire des tirages à part. Il avait une liste de personnes à qui il envoyait ces documents, et il réservait à chacune d'elles une dédicace tout à fait personnelle.

Il pliait lui-même les brochures ; lorsqu'elles se composaient de plusieurs feuillets, il me faisait couper les pages, disant qu'on ne lit pas s'il faut chercher un coupe-papier pour ouvrir les feuillets, tandis qu'une brochure dont les pages sont coupées est toujours parcourue et même lue par celui qui la reçoit. Il avait, peut-être, aussi, sans le dire, une autre raison, c'est qu'il professait un grand respect pour les livres et n'admettait pas de pages négligemment coupées. Il montait le soir dans son appartement après dîner, et écrivait les adresses qu'il contrôlait une par une, puis j'allais porter le paquet à la poste. Souvent, il le gardait jusqu'au lendemain et m'accompagnait pour le mettre lui-même dans la boîte aux lettres. Ces notices étaient envoyées à des personnages scientifiques, à la presse, à des membres de sa famille. Il en faisait une grosse consommation. J'ai trouvé dans les papiers de mes parents, au moment de la mort de ma mère, en 1922, une quantité d'entre elles adressées à mon grand'père, à mon père, depuis le début de la carrière scientifique de Pasteur.

On a dit souvent que Pasteur était bourru. C'est faux. Il avait l'abord un peu distant vis-à-vis des étrangers. Un fait avéré, c'est qu'il ne supportait pas d'être dérangé dans son travail. Lorsque je m'approchais de lui, il ne me répondait pas, il m'ignorait ; si je considérais la chose à lui dire comme importante, je devais insister d'une façon toute particulière pour attirer son attention. L'entrée du laboratoire, hermétiquement fermé à tous ceux du dehors, était sacrée. Au laboratoire de la rue d'Ulm, lorsqu'on travaillait et qu'un visiteur sonnait à la

porte fermée à clé, j'allais regarder à travers le carreau dépoli, puis je revenais et lui donnais très doucement le nom. Souvent le gêneur était laissé à la porte sur son ordre. Du reste, les visites étaient rares, le concierge de l'Ecole normale avertissait celui qui passait devant sa loge qu'il n'y avait probablement personne au laboratoire.

A cette époque, le rédacteur scientifique du *Figaro* qui faisait les comptes rendus des séances de l'Académie des Sciences était M. Melon, qui signait Em. Nol. Il avait été le professeur de mathématiques de Chamberland au Lycée de Lons-le-Saulnier. Dans cette ville, il demeurait dans la maison du maire et avait eu des difficultés avec ce magistrat. Pour se venger de lui, un soir où Madame la Mairesse avait du monde, il prit un cor de chasse et en sonna sans arrêt tout le temps que dura la réception. A la suite de cet exploit, il fut mis en disponibilité et vint à Paris, où il vécut en véritable bohème. Un matin, il vint donc au laboratoire, j'allais lui ouvrir la porte et fus trouver Pasteur dans le grand laboratoire, qui était comme le tabernacle du temple. Melon avait mis une telle insistance à vouloir entrer, qu'il m'était impossible de le renvoyer, je m'en excusai auprès du maître mécontent de voir la consigne violée.

Pasteur alla en coup de vent jusque dans l'antichambre et vit ouverte sur la table une feuille de papier que Melon y avait déposée. C'était une lettre au ministre de l'Instruction publique demandant les palmes académiques pour Melon ; l'épître était écrite de la main de l'astronome Fayi, président de l'Académie des Sciences et portait la signature de plusieurs académiciens. La fureur de Pasteur tomba soudain : il signa au-dessous de l'écriture de Faye. Jamais Melon n'eut les palmes, jamais il n'envoya cette lettre au Ministre, mais il l'avait toujours sur lui, et souvent le vieux bohème la sortait de sa poche en disant : « Je n'ai pas les palmes, mais personne n'a eu une proposition pareille, avec des autographes comme ceux-ci ».

Lorsqu'un journaliste venait demander à Pasteur des détails sur ses travaux, s'il répondait il le faisait avec sa clarté habituelle de professeur, il allait même jusqu'à dicter sa réponse.

Un jour, un grand journal de Paris envoya, rue d'Ulm, un reporter de marque Mermeix, qui devint par la suite député boulangiste de Paris. Je le reçus, pris sa carte et la déposai sans mot dire auprès de Pasteur qui travaillait debout devant son pupitre.

Au bout d'un instant, il jeta les yeux sur la carte et dit : « Je n'ai pas le temps. Reçois-le, parle-lui ».

Mais le reporter ne se contenta pas de me voir, il insista, je résistai, lui disant qu'il était impossible d'enfreindre les ordres du maître. J'allai confier mon embarras au Docteur Roux, qui me dit : « Attendez, je vais le mettre à la porte ». Et furieux, il courut vers l'indiscret : « Quel métier faites-vous là, Monsieur ! Vous venez déranger des travailleurs ! » rugit Roux exaspéré. Mais l'autre, très calme, d'une voix tranquille : « C'est vous pourtant qui êtes venus nous chercher. Vous avez fait une communication retentissante et le public demande des détails ».

Le Docteur Roux, alors, toute sa colère tombée, lui dit : « Asseyez-vous là et écrivez » et, lui ayant dicté tout un article, « Etes-vous satisfait Monsieur ? » — « Oui, répondit Mermeix, je vous remercie, docteur, vous venez de me donner trois cents francs ».

Pasteur traitait toujours les journalistes comme des travailleurs utiles et qu'il fallait aider dans leur mission, mais son travail était sacré.

Pendant le deuxième Congrès international de médecine, tenu à Copenhague en 1884, il reçut Pengrueber, rédacteur en chef de la *Semaine Médicale*. Nous étions assis, Pengrueber et moi, autour d'une table et Pasteur nous dicta la communication qu'il devait faire dans l'après-midi.

C'était la deuxième copie que j'en faisais, car la première devait lui servir pour sa lecture.

Pengrueber envoya sa copie à la *Semaine Médicale* et la mienne fut remise à un autre journal. En descendant les marches du Grand Théâtre de Copenhague, après la séance d'ouverture où, représentant la France, il avait parlé du traitement antirabique chez le chien, Grancher vint vers moi et me dit : « Présentez-moi à M. Pasteur ». J'avais dit au maître, le matin, en revenant de la salle du Congrès, qu'à côté du Prof. Verneuil et du Docteur Daremberg qu'il connaissait, il y avait un troisièmes français, agrégé de la Faculté de médecine, surnommé par les étudiants de Paris le « Grand vicaire ». Il pontifiait, c'était Grancher.

Je fis la présentation et Pasteur dit à Grancher : « Je vous connais, ce jeune homme m'a dit qu'on vous appelle à la Faculté le « Grand Vicaire », je ne savais plus où me mettre, Grancher ne m'en voulut d'ailleurs pas, mais dans la suite, longtemps après, il m'a dit plusieurs fois en plaisantant : « Alors je pontifie ». Après ce voyage, Grancher vint s'installer, avec le Prof. Strauss, à l'annexe du Laboratoire rue Vauquelin, où ils avaient une salle particulière. Peu après, il devint professeur à la Faculté, et un habitué du laboratoire, au moment où il fallut inoculer le premier enfant mordu. Il n'a jamais cependant été autorisé à travailler rue d'Ulm avant d'y venir faire les vaccinations antirabiques à l'homme.

Lorsque, à la suite des attaques de Peter, la période tragique battait son plein, les journaux étaient tous plus ou moins sceptiques. Il fallait un organe de lutte, de défense. Pengrueber, de la *Semaine Médicale*, avait été désagréable dans un compte rendu et dans une conversation avec Grancher.

Celui-ci vint un jour trouver Pasteur avec le Docteur Janicot, et quelque temps après paraissait le premier numéro du *Bulletin Médical*. Pasteur s'intéressa beaucoup à cette publication qu'il parcourait volontiers. Ceci est à retenir, car il lisait peu les journaux.

Les Livres de la semaine

AUSTREGESILLO. — **L'analyse mentale en pratique médicale.** Coll. Médecine et Chirurgie. Recherches et Applications n° 4. 130 p. Br. 18 fr. (Masson et Cie).

BONNET et NÉVOT. — **Travaux pratiques de Bactériologie.** 178 p. 76 fig. 6 pl. en coul. Br. : 38 fr. (Masson et Cie).

BRUN (J.). — **Le cycle de l'Infection tuberculeuse humaine.** (16,5/25). 372 p. Br. : 50 fr. (Masson et Cie).

CHABROL. -**Doctrines thermales.** 158 p. Br. : 35 fr. (Masson et Cie).

HOUDRÉ (Dr). — **Notre Santé.** 144 p. Br. : 10 fr. (Les Presses universitaires).

HOVELACQUE (A.). - **Ostéologie.** Fasc. III III. A. Moreaux. 162 p. Br. : 55 fr. (G. Doin et Cie).

JOUSSET (A.). — **La tuberculose.** 140 p. Br. : 15 fr. (G. Doin et Cie).

LA BARRE (Jean). -- **La secrétine : son rôle physiologique, ses propriétés thérapeutiques.** Bibl. scientifique belge : Section Biologique. 274 p. 31 fig. Br. : 40 fr. (Masson et Cie).

LAFITTE (Dr G.). -- **Le médecin. Sa formation. Son rôle dans la Société moderne.** 902 p. Br. : 90 fr. (Delmas).

LANGELEZ (A.). — **Les maladies professionnelles donnant droit à la réparation légale.** Bibl. scientifique belge : Section biologique. 312 p. Br. : 30 fr. (Masson et Cie).

LEREBOULLET. -- **Manuel de Puériculture** (2e éd. revue). 230 p. 56 fig. (100 gr.). Br. : 22 fr. (Masson et Cie).

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873 — N° 52 LE NUMÉRO : 50 Centimes 26 DÉCEMBRE 1936

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

Travaux originaux

Henri VIGNES : Vaccinothérapie en obstétrique 2017

Clinique infantile

ODINET : Les cardiopathies congénitales 2017

Actualités

Le triple empoisonnement de Nantes, par J. LAFONT 1908

Variétés

Conte de Noël : Vingt ans après, par P. LE GENDRE 2027

Nouvelles 2011

Echos et Glanures 2030

Bibliographie 2020

Les Livres de la semaine 2030



NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE. — Liste alphabétique des candidats admissibles :

MM. Albahary, 33 ; Alison, 30 ; Mlle Ancel, 22 ; MM. André, 33 ; Arnavielhe, 24 ; Mlle Aubin, 22 ; MM. Aubouy (Marcel), 22 ; Audoly, 24 ; Andry, 32 ; Auregan, 29 ; Aurenche, 39 ; Azoulay, 31.

MM. Bachet, 24 ; Ballade, 23 ; Bancaud, 38 ; Barbier (Jacques Pierre), 22 ; Barbier (Pierre-Louis), 29 ; Bareau, 31 ; Barre (Yves-Louis), 24 ; Bastin, 23 ; Bauer, 22 ; Beaufils, 36 ; Belletoille, 26 ; Ben-Haim, 23 ; Mlle Bentkowski, 30 ; MM. Bernard (Pierre), 25 ; Bertrand (Jean), 29 ; Bessil, 27 ; Bibas, 33 ; Blancard (Pierre), 29 ; Blinder, 31 ; Bolivar, 22 ; Bolo, 22 ; Bonduelle, 26 ; Bouche, 26 ; Boudon, 29 ; Bourdeau, 28 ; Bourdin, 24 ; Bourgine, 32 ; Brault, 30 ; Bretton (Roger), 33 ; Bricaire, 32 ; Mlle Brille, 35 ; M. Butet, 27 ; Butzbach (Jean-Camille), 26; Buy, 33.

MM. Cahen, 25 ; Callerot, 24 ; Campagne, 25 ; Carasso, 31 ; Castaigne, 27 ; Castany, 28 ; Caufmuet, 27 ; Chalochet, 31 ; Champagne (Pierre), 29 ; Chartrain, 28 ; di Chiara, 25 ; Claracq, 33 ; Coblentz, 36 ; Comte (Joseph), 27 ; Cornet, 31 ; Mlle Corre, 27 ; MM. Cossart, 24 ; Costa, 39 ; Cotillon, 26 ; Courchet, 22 ; Coville, 23 ; Cuvereaux, 36 ;

Mlle Damiens, 35 ; MM. Danel, 28 ; Danion, 24 ; Mme Darhowsky, 28 ; MM. Darricau, 22 ; Deguillaume, 27 ; Delabroise, 29 ; Delatour, 28 ; Delouche, 23 ; Demassieux, 24 ; Denizet, 22 ; 22 ; Deprez, 29 ; Desfossés, 26 ; Deuil, 22 ; Douville, 28 ; Mlle Dreuille, 31 ; MM. Dufourmentel, 29 ; Dugrenot, 25 ; Durupt, 23 ;

MM. Ebstein, 36 ; El-Baz, 33 ; Eman-Zadeh, 25 ; Enel, 22 ; Etienne, 28 ; Eudel, 26 ; Mlles Eyraud, 31 ; Feder, 26 ; MM. Feld, 28 ; Feldmann, 25 ; Fédelon, 28 ; Feuillette, 26 ; Filippi, 22 ; Fischgrund, 30 ; François, 33 ; Frebet, 33 ; Freret, 30 ; Fressinaud-Masdefeix, 33 ; Froidefond, 29 ; Froissant, 25 ;

MM. Gallaut, 29 ; Gallimard, 22 ; Galmiche, 22 ; Germain, 41 ; Gertzberg, 26 ; Gimaut, 29 ; Mlle Giret, 29 ; MM. Gougerot, 27 Goulesque, 38 ; Goury-Laffont, 24 ; Granjon, 27 ; Grislain, 30 ; Guiot (Gérard), 31 ;

MM. Hardel, 29 ; Hauser, 22 ; Hetrzog, 23 ; Huber, 24 ;

M. Israël, 30 ;

MM. Jardel, 27 ; Joinville, 26 ; Joussemet, 23 ;

MM. Kaeppelin, 29 ; Klein, 22 ; Klotz, 43 ;

MM. Labayle, 24 ; Lacombe, 31 ; Lacroix, 23 ; Lajouanine, 35 ; Lambert (Léon), 25 ; Landau, 24 ; Laneuville, 23 ; Lange (Eugène), 30 ; Langevin, 27 ; Mlle de Œarminat, 29 ; MM. Lartigue, 37 ; Laumonnier, 25 ; Lebel, 23 ; Lebovici, 26 ; Le Bozec, 24 ; Le Brigand, 25 ; Lecœur, 23 ; Lecointe, 29 ; Lemanissier, 24; Lenoël, 42 ; Lesca, 29 ; L'Hirondel, 22 ; Liénard, 24 ; de Lignières, 31 ; Mlle Lindeux, 26 ; MM. Loeper, 26 ; Loiseau (James-Samuel), 38 ; Mlle Lotte, 34 ; M. Loubrieu, 23 ;

M. Magder, 34 ; Mlle Mage (Edith), 34 ; MM. Maignan, 27 ; Maillard (Claude), 25 ; Mantoux, 28 ; Marchon, 25 ; Mariani, 26 ; Mme Mateï (Marie), 23 ; Maurice, 22 ; Menanteau, 25 ; Mendelsohn, 28 ; Metzger, 34 ; Meyer (Henri), 32 ; Minkowski, 24 ; Molimard, 26 ; Mlle Montalant, 30 ; MM. Motte, 22 ; Mouchot, 25 ; Moulle, 25 ; Musset (René), 32 ;

MM. Nadiras, 26 ; Neel, 22 ; Mlle de Neyman, 32 ; MM. Nick, 43.

M. Oudot, 26.

M. Pahmer, 27 ; Mlle du Pasquier, 23 ; MM. Patier (Jean), de Paulo, 27 ; Petit (Camille), 23 ; Phéline, 22 ; Philippe (Mathieu) 31 ; Piguet, 23 ; Mlle Pinard, 30 ; MM. Pinet, 29 ; Placa, 24 ; Pointeau, 23 ; Poissonnet, 26 ; Poussier, 29 ; Mlle Prêtre, 22 ; MM. Prin, 26 ; Prochiantz, 28.

Mlle Raymond (Maria), 24 ; MM. Raymondaud, 36 ; Raynaud, 27 ; Renault, 27 ; Revel, 22 ; Mlle Rist, 26 ; MM. Robert (Jean), 34 ; de Rocca Serra, 24 ; Rochlin, 32 ; Rognon, 23 ; Rometti, 25 ; Ronsin, 22 ; Rouault, 26 ; Rougon, 25 ; Roulland, 24 ; Rousset, 34 ; Rouzaud, 29 ; Roy (Bernard), 24.

Mlle Sachnine, 27 ; MM. Salet, 25 ; Scebat, 26 ; Schneider, 4 ; Sclafer, 26 ; Sénéchal (André-Jean), 32 ; Sénéchal (Robert)23; Serane, 34 ; Serreau, 25 ; Sevileano (Eugène), 25 ; Sevileano (Nicolas), 24 ; Seyer, 26 ; Simon (René), 22 ; Soulier, 31 ; Mlle Stahland, 29 ; MM. Stallander, 28 ; Stefani, 34.

MM. Tétreau, 26 ; Thaon, 27 ; Thiéblot, 26 ; Thorel, 34 ; Thoyer-Rozat, 41 ; Tiret, 26 ; Torre, 28 ; Toufesco, 29 ; Trémolières, 32 ; Tricot, 27 ; Tulou, 36.

MM. Vakili, 25 ; Vernemouze, 27 ; Vernes, 28 ; Verriez, 23 ; Verstraete, 24 ; Veyrières, 22 ; Villanova, 42 ; 42 ; Vivien, 30.

MM. Weill, 30 ; Wetterwald, 29 ; Weyl, 27 ; Wintrebert, 30 ; Mlle Wolfromm (Hélène), 25 ; M. Wolfromm (René), 30.

Le *jury de l'oral* est provisoirement composé de MM. Fiessinger, Péron, Laignel-Lavastine, Milhit, Haguenau, Jean Berger, Boppe, Redon, Riche et Jeannin.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le *concours de l'internat* s'est terminé par la nomination de MM. Tingaud, Duhart, Moretti, Collomb, Faure, Reboul, Chastrusse, Durieux, Oraison, Fagart et Mlle Rougier, internes titulaires. MM. Daffas, Breton, Courteix, Lambert, Laborit, Dubuc, internes provisoires.

Hôpitaux de Marseille. — Le *concours de l'internat* s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Eugène Hawthorn, Jérôme Guérin Robert Jullien, Jean Pierron, Roger Lassave, Amédée Bernard, Octave Fiastre, Henri Barthélemy, André Jean, André Fournier, Pierre Revol, André Crapez.

Externes en premier : MM. Maurice Sansot, Louis de Saboulin, Henri Bonneau, Nguyen van Thuan, André Sarradon, Mlle Cécile Dinard.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. le Docteur Foucault est institué, pour neuf ans, professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Ecole de médecine de Reims. — M. Techoueyres, professeur d'histologie est nommé professeur d'anatomie pathologique (emploi nouveau).

Hôpitaux de Montpellier. — Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination :

1° *Comme externes titulaires* : MM. Alexis Bethoux, Georges Durand, Pierre Chalmeton, Robert Delord, Pierre Cazal, André Descure, Guy Michel, Emile Courbette, Jean Coste, François Joal, Pierre Naboudet, Mlle Simone Cavailles, MM. G. Raymond Carbasse, Jean Patounas, Mlles Madeleine Hedin, Lucile Thibon, Thérèse Payan, Monique Girard ;

2° *Comme externes provisoires* : MM. Georges Sauret, Marcel Cassanas, Mlle Juliette Rabejac, MM. André Rolland, Georges Chaptal, Jean Etienne, Claude Baillet, Pierre Amiel, Mlle Geneviève Vinon.

Médecins de Saint-Lazare. — Le concours pour deux places de médecin de Saint-Lazare s'est terminé par la nomination de MM. Durel et Ragu.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques). — Un cours hors série d'opérations chirurgicales, Chirurgie de l'abdomen (tube digestif et glandes annexes), en dix leçons, par MM. les Docteurs P. Aboulker et J.-C. Rudler, prosecteurs, commencera le lundi 4 janvier 1937, à 14 heures et continuera les jours suivants, à la même heure. Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Un deuxième et même cours, en dix leçons, commencera le 19 mai 1937. Le registre d'inscription est clos deux jours avant l'ouverture du cours. Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

Programme du cours. — I. *Les voies de pénétration de la cavité abdominale* : Les incisions de la paroi abdominale. Technique générale des résections et sutures sur le tube digestif. La résection intestinale et les procédés de fermeture des bouts intestinaux. Technique des anastomoses termino-terminale latéro-latérale, termino-latérale. Sutures à la Lambert, sutures bord à bord. Anastomoses au bouton. Technique de la greffe épiploïque. — Les assistants répéteront : la résection intestinale, les différents procédés de fermeture des bouts intestinaux, les anastomoses intestinales aux sutures et au bouton, la greffe épiploïque.

II. *Chirurgie de l'estomac* : Anesthésie régionale et splanchnique. L'exploration de l'estomac au cours des interventions. Technique opératoire de la gastrostomie. — Les assistants répéteront : l'ouverture de la paroi abdominale et sa suture par les différents procédés : procédé classique, procédé de Wilkie, l'exploration chirurgicale de l'estomac, la gastrostomie, l'anesthésie splanchnique de Braun.

III. *Chirurgie de l'estomac* : Indications et technique des différents procédés de gastro-entérostomie. — Les assistants répéteront la gastro-entérostomie.

IV. *Chirurgie de l'estomac* : La technique des procédés de gastrectomie pour ulcère et pour cancer. Les assistants répéteront : la gastrectomie.

V. *Chirurgie de l'intestin* : Traitement des rétentions duodénales : la duodéno-jéjunostomie. Traitement de l'appendicite. Voies d'abord et technique de l'appendicectomie. Les procédés de dérivation intestinale : fistules intestinales et anus artificiels, l'iléo-transversostomie. — Les assistants répéteront : la duodéno-jéjunostomie, la résection de l'appendice, l'iléo-transversostomie, l'anus iliaque gauche.

VI. *Chirurgie de l'intestin* : L'hémicolectomie droite. La résection du côlon gauche. — Les assistants répéteront : l'hémicolectomie droite, la résection du côlon sigmoïde.

VII. *Chirurgie du rectum* : Technique de l'amputation périnéale et abdomino-périnéale. — Les assistants répéteront : un de ces procédés d'exérèse.

VIII. *Chirurgie des voies biliaires* : Les voies d'abord. Technique de la cholécystostomie et des cholécysto-anastomoses. — Les assistants répéteront : les voies d'abord du foie, la cholécystostomie, les anastomoses cholécysto-digestives.

IX. *Chirurgie des voies biliaires* : Technique de la cholécystectomie. Les voies d'abord du cholédoque, la cholédocototomie, les modes de drainage. — Les assistants répéteront : la cholécystectomie, la cholédocotomie, la duodénotomie pour abord de la papille.

X. *Chirurgie de la rate et du pancréas* : La voie d'abord de la rate et du pancréas. La splénectomie. — Les assistants répéteront : la splénectomie.

Légion d'honneur. — Santé publique. — *Commandeur*: MM. Béclère, Moinson, (Paris).

Officiers : MM. Berthelon (Saint-Cyr), Giroux (R.-M.) (Paris) Gunsett (Strasbourg).

Chevaliers : MM. Codet (Paris), Colas Pelletier (Vannes), Halberschtadt (Saint-Venant), Huyghe (Dunkerque).

Agriculture. — *Officier* : M. Jean G rollet (Paris).

Société de médecine de Paris. — L'Assemblée générale de la Société de médecine de Paris qui a eu lieu le 11 décembre 1936, a pris les décisions suivantes : la suppression de la bibliothèque ; le transfert de la salle des séances. Celles-ci auront lieu à partir de janvier : 60, boulevard de la Tour-Maubourg ;

Ces modifications réaliseront d'importantes économies qui permettront : 1° l'amélioration du *Bulletin* ; 2° l'attribution d'un jeton de présence ; 3° le rétablissement des prix annuels.

Ensuite, la Société a voté à l'unanimité la motion suivante relative à la publicité médicale :

« La Société de médecine de Paris réunie en assemblée générale le vendredi 11 décembre 1936 prie ses membres :

« 1° De s'abstenir désormais de toute réclame franche ou déguisée auprès du grand public (presse, T. S. F., cinéma, prospectus, affiches, conférences publicitaires, etc.) ;

« 2° De ne plus accorder leur collaboration à des journaux ou revues ne s'adressant pas exclusivement au Corps médical. Sont exclus de ce vœu les chroniqueurs médicaux habituels des grands journaux d'information, ou de certains hebdomadaires. Le Conseil d'administration recommande toutefois à ces chroniqueurs, membres de la Société de médecine de Paris, de s'en tenir dans leurs rubriques à des notes élémentaires, non tendancieuses, d'hygiène générale ou sociale, plutôt que thérapeutique. »

La séance s'est terminée par les élections. Le Bureau pour 1937 est composé comme suit : président : M. Hartenberg ; vice-présidents, MM. Dupuy de Frenelle, C. Roederer et Georges Luys ; secrétaire général, M. A. Bécart ; secrétaire général adjoint, M. G. Luquet ; secrétaires des séances, MM. Debidour, Glénard, Séjournet et A. Tardieu, trésorier ; M. Tison, trésorier adjoint, M. Judet ; archiviste, M. E. Debrigode.

Conseil d'administration : MM Delort, Galliot, M. Joly, Guy Laroche, Lhermitte, Peugniez, P. Prost.

Académie de Médecine. — *Prix proposés pour l'année* 1937 — Les concours seront clos fin février 1937.

Prix de l'Académie. — Anonymat obligatoire. Partage interdit. 1.000 francs. Question : Le rhumatisme cardiaque évolutif

Prix du Prince Albert Ier de Monaco. — Partage interdit. 100.000 francs. Travail dont l'Académie désignera elle-même la nature.

Prix Alvarenga de Piauhy. — Anonymat obligatoire. Partage interdit. 1.200 francs.

Prix de la Fondation anonyme. — Anonymat interdit. 5.000 francs.

Prix Apostoli. — Anonymat facultatif. Partage interdit 1.000 francs.

Prix Argut. — Anonymat facultatif. Partage interdit. 800 francs.

Prix François Audiffred. — Anonymat facultatif. Partage interdit. Un titre de rente 3 % de 24.000 francs.

Prix du Baron Barbier. — Anonymat facultatif. Partage autorisé. 2.500 francs.

Prix Laure-Français Barthélemy. — Partage interdit. 3.000 francs.

Prix Berrauie. — Anonymat interdit. Partage autorisé. Un titre de 3.092 francs de rente 3 %

Prix Louis Boggio. — Anonymat facultatif. Partage interdit. 4.800 francs.

Prix Mathieu Bourceret. — Anonymat facultatif. Partage interdit. 1.200 francs.

Prix du Docteur Gena Bruninghaus. — 10.000 francs.

Prix Henri Buignet. — Anonymat facultatif. Partage interdit. 1.600 francs.

Prix Adrien Buisson. — Anonymat facultatif. Partage interdit. 12.000 francs.
Prix Elise Cailleret. — Partage interdit. 500 francs.
Prix Capuron. — Anonymat obligatoire. Partage autorisé. 2.000 francs. Question : Mortalité des nouveau-nés pendant les dix premiers jours de la vie.
Prix Chevillon. — Anonymat facultatif. Partage interdit 3.000 francs.
Prix Civrieux. — Anonymat obligatoire. Partage interdit. 1.000 francs. Question : Pathologie de la région sous-optique
Prix Clarens. — Anonymat facultatif. Partage interdit. 500 francs.
Prix Clerc. — Anonymat facultatif. Partage autorisé. 4.500 francs.
Prix du Docteur Emile Combe. — Partage interdit. 3.000 francs
Prix du XIII[e] Congrès international de médecine de Paris de 1900. — Partage interdit. 8.000 francs.
Prix Daudet. — Anonymat obligatoire. Partage interdit. 2.500 francs. Question : Les tumeurs intramédullaires et leur traitement.
Prix de la Fondation Day. — Deux titres de rente de 3.000 francs.
Prix Desportes. — Anonymat facultatif. Partage autorisé. 1.500 francs.
Fondation Ferdinand Dreyfous. — Partage interdit. 1.400 francs. Ce prix sera décerné à l'interne en médecine qui aura obtenu la médaille d'argent.
Prix Ferdinand Dreyfous. — Anonymat interdit. Partage interdit. 2.800 francs.
Prix Falret. — Anonymat obligatoire. Partage interdit. 1.500 francs. Question : Du rôle de la tuberculose dans les maladies nerveuses et mentales.
Prix Henri et Maurice Garnier. — Partage autorisé. 900 francs.
Prix Ernest Godard. — Anonymat facultatif. Partage interdit. 1.000 francs. Au meilleur travail sur la pathologie externe.
Prix Jacques Guérétin. — Anonymat facultatif. Partage autorisé. 1.500 francs.
Prix du Docteur Paul Guillaumet. — Anonymat interdit. Partage interdit. 1.500 francs.
Prix Guzman. — Anonymat facultatif. Partage interdit. Un titre de rente de 2.500 francs.
Prix Catherine Hadot. — Partage autorisé. 3.600 francs.
Prix du Docteur François Helme. Partage interdit. 1.500 francs
Prix Théodore Herpin (de Genève). Anonymat facultatif. Partage interdit. 3.000 francs.
Prix Henri Huchard. — Anonymat interdit. Partage autorisé. 8.000 francs.
Prix Huguier. — Anonymat facultatif. Partage interdit. 4.000 francs.
Prix Infroit. — Anonymat interdit. — Partage interdit. 3.000 francs.
Prix Jacquemier. — Tarvaux imprimés. Partage interdit. 2.500 francs.
Prix Laborie. — Anonymat facultatif. Partage interdit. 8.000 francs.
Prix du Baron Larrey. — Anonymat facultatif. Partage autorisé. 500 francs.
Fondation Lavai. — Partage interdit. 1.200 francs.
Prix Le Piez. — Anonymat facultatif. Partage autorisé 2.000 francs.
Prix Leveau. — Anonymat facultatif. Partage autorisé. 2.000 francs.
Prix Henri Lorquet. — Anonymat facultatif. Partage interdit. 300 francs.
Prix Louis. — Anonymat obligatoire. Partage interdit. 4.500 francs. Question : Médicaments hypoglycémiants.
Prix A.-J. Marmoitan. — Anonymat interdit. 100.000 francs.
Prix A.-J. Martin. — Anonymat facultatif. Partage autorisé. 1.000 francs. Question : Surveillance médicale de l'enfance dans l'éducation sportive.
Prix Claude Martin. — Anonymat facultatif. Partage interdit. 800 francs.
Prix Mège. — Anonymat obligatoire. Partage interdit. 1.500 francs. Question : Le milieu intérieur dans ses rapports avec le milieu extérieur.
Prix Meynot. — Anonymat facultatif. Partage interdit. 3.000 francs. Ce prix sera décerné au meilleur travail sur les maladies des yeux.
Prix Monbinne. — Anonymat facultatif. Partage autorisé. 1.500 francs.
Prix Nativelle. — Anonymat facultatif. Partage interdit. 1.000 francs.
Prix Oulmont. — Partage interdit. 1.000 francs. Ce prix sera décerné à l'interne en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'internat (médecine).
Prix Pannetier. — Anonymat facultatif. Partage interdit. 4.000 francs.
Prix Pannetier. — Anonymat facultatif. Partage interdit. 4.000 francs.
Prix du Baron Portal. — Anonymat obligatoire. Partage interdit. 1.500 francs. Question : De la signification des formations folliculaires tuberculoïdes.
Prix Pourat. — Anonymat obligatoire. Partage interdit. 1.500 francs. Question : Sur la nature et le rôle des substances intermédiaires dans la commande nerveuse.
Prix Rebouleau. — Anonymat facultatif. Partage interdit. 2.000 francs. Travaux sur l'asthme.
Prix Jean Reynal. — Anonymat facultatif. Partage interdit. 1.500 francs.
Prix Ricaux. — Partage autorisé. Deux prix de 5.000 francs.
Prix Philippe Ricord. — Travaux imprimés. Partage interdit. 800 francs.
Prix Albert Robin. — Anonymat interdit. Partage interdit. 600 francs.
Prix Roussilhe. — Anonymat interdit. Partage interdit. 10.000 francs.
Prix Saint-Lager. — Anonymat facultatif. Partage interdit. 1.500 francs.
Prix Marc Sée. — Travaux imprimés. Partage interdit. 1.200 francs.
Prix Tarnier. — Anonymat facultatif. Partage interdit. 4.000 francs. Ce prix sera décerné au meilleur travail, manuscrit ou imprimé en français, relatif à la gynécologie.
Prix Testut. — Anonymat interdit. Partage autorisé. 1.500 francs.
Prix Vernois. — Anonymat facultatif. Partage autorisé. 800 francs.

TRAVAUX ORIGINAUX

Vaccinothérapie en obstétrique

Par **Henri VIGNES**

Depuis quinze ans, j'ai utilisé fréquemment la vaccinothérapie en pratique obstétricale comme mesure prophylactique et, parfois, comme mesure thérapeutique.

J'ai eu recours aux stock-vaccins de l'Institut Pasteur : vaccin antistreptococcique à six milliards de germes, par centicube, tétravaccin antipyogène (2.000.000 de staphylo, 2.000.000 des treto, 1.500.000 pyocyaniques, 500.000 B. cutis communes) additionné de 2.000.000 de gonocoques, vaccin antistaphylococcique et, beaucoup plus rarement, vaccin antigonococcique, vaccin T. A. B., antigène méthylique. Dans quesques cas, j'ai utilisé des auto-vaccins antistreptococciques ou polyvalents que je dois à l'obligeance de M. Salimbeni.

Prohylaxie. — J'emploie couramment le *vaccin antistreptococcique* pour toutes les femmes chez qui j'ai lieu de craindre l'apparition d'une infection dans les suites de couches : rupture prématurée des membranes, travail anormalement prolongé, manœuvres compliquées, antécédents de phlébite ou d'infection lors d'un précédent accouchement, leucorrhée abondante au cours de la grossesse, surtout si l'examen bactériologique y a montré du streptocoque, etc... S'il s'agit d'une indication posée par les circonstances du travail, je fais pratiquer une injection sous-cutanée dès la délivrance et une chacun des deux jours suivants. Si l'indication a été posée dès la grossesse, je m'arrange pour que six injections environ aient été pratiquées avant l'accouchement au rythme d'une tous les deux ou trois jours et je finis la quantité totale de douze injections après l'accouchement au rythme d'une par jour. Je suis très satisfait des résultats obtenus portant sur plusieurs centaines de cas de clientèle et d'hôpital tant au point de vue morbidité qu'au point de vue involution utérine qui est habituellement accélérée par rapport aux témoins, ceci étant, sans doute, dû à une action non spécifique.

Dans les cas où je connais l'existence d'une gonococcie, j'emploie de la même façon le tétra-vaccin antipyogène additionné de gonocoque.

Dans les cas de folliculites périvulvaires, j'emploie le vaccin *antipyogène*.

Thérapeutique. — J'ai employé le vaccin antistreptococcique dans plusieurs cas pour prévenir la mort habituelle du fœtus imputable à une infection génitale streptococcique, comme par exemple dans l'observation que j'ai publiée en 1927 (1).

J'y ai eu recours aussi quelquefois lorsque j'ai été appelé à soigner des infections puerpérales traînantes de moyenne gravité ; je ne saurais donner d'opinion sur la valeur de cette pratique.

Le vaccin tétragono m'a été très utile dans certains cas de stérilité par reliquat de salpingite.

(1) Avortement habituel (quatre avortements dont deux avec constatation d'infection déciduale aiguë) ; cinquième gestation : présence de streptocoques dans les gencives et dans l'écoulement vaginal auto-vaccin ; accouchement à terme d'un enfant vivant. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, séance du 10 janvier 1927.

CLINIQUE INFANTILE

CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE
(Enfants-Assistés)

Service du Professeur Lereboullet

Les cardiopathies congénitales (1)

Par M. le Docteur **ODINET**

Les cardiopathies congénitales se manifestent au point de vue anatomique et clinique sous les aspects les plus différents.

Certaines d'entre elles sont dues à des anomalies de cloisonnement à degré et à localisation variables. L'absence complète de cloisonnement réalise un cœur à deux cavités ; l'absence de cloison interauriculaire ou interventriculaire forme un cœur à trois cavités. Ces malformations se rencontrent habituellement chez des mort-nés ou des nouveaunés n'ayant vécu que quelques heures. Par contre, les cloisonnements imparfaits, soit de la cloison interventriculaire réalisant la maladie de Roger et soit de la cloison interauriculaire ou persistance du trou de Botal sont compatibles avec la vie.

On peut encore observer des ectopies cardiaques cervicales, abdominales ou thoraciques ; les deux premières sont des monstruosites ; les dextrocardies sont bien tolérées. Il existe aussi l'hypertrophie ventriculaire congénitale.

Quant aux malformations vasculaires, elles consistent en anomalies de calibre et de position de l'aorte et de l'artère pulmonaire ; celles-ci peuvent être transposées, l'aorte émergeant du ventricule droit et l'artère pulmonaire du ventricule gauche.

Les cardiopathies congénitales résument la totalité des lésions cardiaques observées chez le nourrisson. Elles sont évidemment chroniques et leur évolution est très variable suivant les cas. Certaines d'entre elles sont bien tolérées au point de passer longtemps inaperçues ; tel est le cas de la communication interventriculaire, ou maladie de Roger qui constitue la cardiopathie congénitale la plus fréquente. D'autres, comme les cyanoses congénitales, se reconnaissent dès la naissance et ne sont guère compatibles avec une longue survie.

Quelles sont les *causes* des cardiopathies congénitales ? Elles sont loin d'être établies. L'origine héréditaire n'est pas prouvée : toutefois, il n'est pas rare de constater plusieurs affections cardiaques dans la famille du petit malade, non pas chez la mère, mais chez les cousins germains, chez les frères et sœurs. Parfois aussi les autres collatéraux sont atteints de malformations non-cardiaques telles que sténose du pylore ou pied bot.

Il faut systématiquement rechercher à leur origine un traumatisme, une intoxication ou une infection. On ne les retrouve d'ailleurs que rarement. En interrogeant la mère on met quelquefois en évidence un traumatisme survenu pendant sa grossesse. Pour jouer un rôle à l'origine de la

(1) Leçon du 4 mai 1936, résumée par Mme le Docteur Rodzevitch.

cardiopathie celui-ci doit avoir été assez violent et être survenu dans les premières semaines de la grossesse.

L'intoxication paraît jouer aussi un rôle important, mais les auteurs ne sont pas d'accord sur celle qui est la plus souvent responsable d'une cardiopathie. On invoque l'alcoolisme, le saturnisme, les intoxications d'origine endogène, diabète, goutte.

Certains auteurs supposent qu'une maladie infectieuse de la mère peut être transmise au fœtus. Si la mère, en particulier, est atteinte de rhumatisme articulaire aigu pendant sa grossesse, le virus rhumatismal peut-il causer une cardiopathie du fœtus ? Cette hypothèse est insuffisamment prouvée pour être admise.

D'autres auteurs ont invoqué l'origine syphilitique des cardiopathies congénitales. Le Professeur Nobécourt a examiné 119 cas d'enfants hérédo-syphilitiques et il n'a constaté que deux cas de cardiopathie congénitale.

Enfin le rôle de l'infection tuberculeuse n'est guère admis à l'heure actuelle.

En réalité, on n'est pas très fixé sur les causes des cardiopathies congénitales ; dans la majorité des cas on ne trouve aucune de causes citées. L'étiologie des malformations congénitales cardiaques reste bien souvent obscure.

Quelle en est la *pathogénie* ? Lancereaux a soutenu la théorie inflammatoire ; cet auteur suppose qu'une endocardite lente survenant pendant la vie fœtale créerait une lésion valvulaire congénitale ; secondairement surviendraient des atrésies vasculaires ou des hypertrophies ventriculaires compensatrices.

Rokitansky défend une autre théorie, admise par le Professeur Marfan : les malformations cardiaques sont les résultats d'un arrêt de développement du cœur à un stade déterminé de son embryogénie. Cette interprétation explique toutes les malformations cardiaques isolées ou associées. Le facteur embryologique intervient même dans une ectopie cardiaque cervicale ; en effet, le cœur du fœtus est un organe cervical qui, entraîné par le diaphragme, s'abaisse secondairement dans le thorax.

Les *lésions anatomiques* des cardiopathies congénitales sont extrêmement complexes et variées ; un auteur russe, de Saint-Petersbourg, en a décrit 106 types différents.

Cliniquement, on divise les cardiopathies congénitales en deux grands groupes ; les cardiopathies sans cyanose, qui sont à la fois les plus bénignes et les plus fréquentes et constituent les 9/10 de toutes les affections congénitales du cœur et celles avec cyanose, constituant le 1/10 des cas, de beaucoup les plus graves.

Les *cardiopathies sans cyanose* sont parfaitement tolérées, ne provoquent aucun trouble fonctionnel et ne se révèle que par les signes d'auscultation. Le type principal de ce groupe est la maladie de Roger, la plus fréquente des cardiopathies compatibles avec la vie. Cette affection consiste dans l'inclusion du septum ventriculaire et se manifeste par les signes d'auscultation évidents contrastant avec le minimum de signes fonctionnels. La maladie de Roger est caractérisée par un souffle systolique occupant toute la partie moyenne de la région précordiale, ayant son maximum à la partie interne du troisième espace intercostal gauche et se propageant transversalement, en barre, dans les espaces intercostaux III droit et gauche. Le timbre de ce souffle est rude, râpeux. Ce souffle très intense, s'entendant parfois à distance, révèle la communication des deux ventricules ; sa constatation conduit à rechercher au même niveau le thrill, qui peut manquer.

Comme la pression sanguine est deux fois plus élevée dans le ventricule gauche, suivant la loi de propagation des liquides, le sang rouge du ventricule gauche passe dans le ventricule droit. Ce fait suffit à expliquer l'absence de cyanose : la communication interventriculaire ne bouleverse pas les règles de la circulation normale, l'hématose n'est pas compromise.

L'examen radiologique démontre que le cœur est augmenté dans tous ses diamètres ; la dilatation hypertrophique atteint à la fois le cœur droit et le cœur gauche, réalisant « le cœur de melon ».

Une variété particulière de la maladie de Roger peut s'accompagne d'un pouls lent permanent, qui est dû au ralentissement des contractions ventriculaires, les oreillettes gardant leur rythme normal ; cette dissociation auriculo-ventriculaire dépend d'une atteinte du faisceau de His.

Une autre cardiopathie congénitale, plus rare que la précédente, est la *sténose de l'artère pulmonaire*, siégeant sur quelques millimètres à sa partie initiale. Cette affection se manifeste à l'auscultation par un souffle systolique intense, ayant son maximum dans le deuxième espace intercostal gauche et se propageant en haut et en dehors vers le milieu de la clavicule gauche. On note quelquefois l'accentuation du second bruit. Il est très important de bien définir la propagation du souffle ; c'est le seul caractère différentiel avec le souffle de la maladie de Roger. L'électrocardiogramme est important pour le diagnostic des deux affections mais son exécution est bien difficile. Il montrerait en cas de sténose pulmonaire une prépondérance ventriculaire droite.

Le *rétrécissement aortique* est rare. Il se traduit par un souffle systolique siégeant dans le deuxième espace intercostale droit et se propageant en haut, vers les gros vaisseaux du cou. Moins exceptionnel est le rétrécissement de l'isthme de l'aorte qui se traduit parfois par un souffle systolique perçu dans le dos, entre les omoplates. Mais il y a surtout une dilatation énorme de toutes les artères sous-cutanées du tronc et une différence très nette de l'amplitude des oscillations au membre supérieur et au membre inférieur. Cette affection ne possède presque pas de signes radiologiques caractéristiques.

La *persistance du canal artériel*, s'oblitérant normalement du vingtième au trentième jour après la naissance, constitue une malformation congénitale très bien supportée. On entend un souffle spécial, prolongé, presque continu mais avec un renforcement systolique dans le deuxième espace intercotale gauche souffle dit « bruit de rouet ». Le souffle se propage vers la clavicule gauche et vers les vaisseaux gauches du cou et dans le dos, entre le bord spinal de l'omoplate gauche et la colonne vertébrale. La localisation du souffle, son temps, son timbre pourraient en imposer pour une sténose de la pulmonaire. Certains auteurs insistent sur un signe pathognomonique : une petite matité en ruban dans le deuxième espace intercostal gauche, mais pratiquement ce signe, presque impossible à rechercher, n'a aucune valeur.

Toutes ces cardiopathies décrites sont relativement bénignes lorsqu'elles sont isolées ; elles sont compatibles avec la vie, ne se manifestent par aucun troubles fonctionnels, et ne troublent par l'hématose.

Passons maintenant aux cardiopathies avec cyanose ou maladie bleue. En pratique, cette affection traduit la coexistence de quatre lésions réunies : communication in-interventriculaire, sténose de l'artère pulmonaire, transposition de l'aorte vers la droite et hypertrophie du ventricule droit. Elle se manifeste par des troubles fonctionnels et avant tout par la cyanose, visible d'emblée et traduisant l'hématose compromise.


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE


DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Traité de thérapeutique clinique, par Paul SAVY. Ouvrage complet en trois volumes formant 2.716 pages. Cartonnés toile : 360 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Bermain, Paris (VIe).

Le traité du Professeur Savy vient prendre une place qui a été brillamment occupée par des œuvres magistrales.

Mais tout ouvrage apporte avec lui une idée ou une méthode nouvelle, quitte à bénéficier, pour l'ensemble, des progrès réalisés par les œuvres antérieures. Ce qui caractérise avant tout le traité actuel est que, loin d'être un ouvrage de cabinet, une compilation écrite à coup de bibliographies, c'est l'œuvre vécue d'un homme, d'un seul homme, d'un clinicien occupé au soin des malades. Sans doute l'expérience d'autrui n'est-elle ni méconnue, ni oubliée, mais elle est incorporée dans une œuvre vivante, bien équilibrée et avant tout personnelle.

Le résultat en est que le traité du Professeur Savy, à l'inverse de bien d'autres gros volumes, peut « se lire ». Peut-être la méthode originale, que le Professeur Savy s'est imposée pour écrire, est-elle pour beaucoup dans ce résultat. Peu pouvaient tenter d'opérer ainsi : l'auteur a, pour l'ensemble, fermé sa porte, fermé les livres, fermé les yeux et, concentré sur son expérience, a dicté *ce que lui-même savait*. Il a — et c'est ce qui fait l'originalité de fond du livre — se supposant un lecteur difficile ou ignorant, essayé de justifier les méthodes qu'il préconisait par tout ce que sa clinique personnelle, ses souvenirs directs, ses lectures, les remarques de ses élèves, ses contrôles de laboratoire, lui avaient appris sur la valeur des actes thérapeutiques Ainsi, sans professer un cours d'étiologie et de pronostic des maladies, le Professeur Savy a, partout où il était utile, appuyé l'exposé du traitement sur des indications pathogéniques, conservant à ces indications l'accent de la pratique, fuyant les données livresques ou seulement hypothétiques.

Ses chapitres écrits, il a confronté la rédaction faite avec ses notes, ses fiches, les livres de sa bibliothèque, bref avec tout ce que, dans sa carrière, il avait amassé de « matériel » ; il a tenu compte, largement, de ce que son premier mouvement avait négligé. Grâce à cette méthode, l'accent est resté sur ce qui est vivant, sur ce que vraiment il faut savoir pour appliquer un traitement. L'exceptionnel, le rare sont relatés, mais exposés à leur place comme rare et exceptionnel. La lecture de ce gros ouvrage paraîtra aisée, facilitée par le mouvement qui le parcourt comme une circulation bien réglée.

Thérapeutique implique formulaire.

Celui-ci se trouve dans l'ouvrage à chaque chapitre. Une disposition typographique heureuse le distingue du texte et permet une *consultation* d'autant plus rapide que des tables analytiques et alphabétiques font trouver le détail cherché d'une façon instantanée. Mais, là encore, on retrouvera la méthode constante de l'auteur : de même que la thérapeutique est associée à une description vivante de la pathogénie, — de même avant d'arriver au formulaire, le Professeur Savy a insisté sur les caractères *essentiels* et profonds de l'arsenal dont nous disposons.

Le mot « pharmacodynamie » est à la mode. Cette mode est heureuse, mais ce n'est pas pour sacrifier à un goût du public médical que l'action pharmacodynamique des médicaments a été ici largement traitée et que jamais une formule n'a été donnée sans que son mécanisme d'action n'ait été antérieurement expliqué. C'est pour obéir à une nécessité interne que le Professeur Savy a satisfait à cette exigence et lui a réservé sa large place dans l'exposé des faits thérapeutiques et de leur enchaînement.

Ajoutons que les formules retenues ont toujours été prises parmi les plus simples, les plus élémentaires, les plus éloignées de la polypharmacie.

Une importance toute particulière a été accordée au *traitement chirurgical*. C'est le médecin qui, le premier, est appelé à diagnostiquer un cancer du rectum, une occlusion intestinale, une péritonite par perforation, une appendicite, une cholécystite, un ulcère ou un cancer du tube digestif, une maladie de Banti, une pleurésie purulente, etc. Sa responsabilité est formellement engagée lorsque, de l'intervention chirurgicale, dépend la vie du malade. Encore faut-il qu'il sache à quel moment précis doit être pratiquée l'opération pour être curative plutôt que palliative. C'est près du médecin que le malade et l'entourage se renseigneront sur la nature de l'intervention, sa gravité, ses inconvénients immédiats, ses résultats éloignés ; et, de toutes ces particularités, il doit être instruit plus que superficiellement, comme il doit pouvoir, avec le chirurgien, discuter, en toute connaissance de cause, les avantages respectifs, dans tel cas particulier, de la cholécystostomie ou de la cholécystectomie, de la gastro-entérostomose, ou de la résection gastrique, etc.

Ce livre est donc bien un « traité », une œuvre complète, embrassant la thérapeutique sous tous ses aspects, avec le souci de *toutes* ses applications.

Travaux du laboratoire de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye (Deuxième série), publiés sous la direction de Raoul LECOQ. Paris, 1936, 1 vol. 450 pages, Vigot frères éditeurs, pr. 80 francs.

Cette seconde série est principalement consacrée à l'étude du déséquilibre alimentaire.

Certains glucides, comme le glucose, sont toujours bien utilisés dans l'organisme, quelle que soit leur proportion dans le régime, si les vitamines B et les autres éléments indispensables s'y rencontrent par ailleurs en quantité suffisante. Avec d'autres glucides, au contraire, l'équilibre de la ration ne saurait être aisément réalisé dans tous les cas ; il en est ainsi notamment du galactose et du lactose. On conçoit, dans ces conditions, que les diverses modifications apportées à la composition du lait,

riche en lactose, peuvent entraîner des déséquilibres importants dans la ration, soit par addition de glucides étrangers, soit par écrémage.

Lecoq a établi qu'il existe en outre d'autres substances présentant des propriétés analogues au galactose et au lactose, et les a groupées sous le nom de « substances de déséquilibre » parce que celles-ci déséquilibrent la ration alimentaire dès qu'elles y entrent en proportion trop élevée ; il en est ainsi de la gomme du sénégal, du lévulose, de la manne et de son principal constituant la sorbite, et de l'huile de ricin.

Le déséquilibre peut être expérimentalement mis en évidence chez le pigeon par la production de crises polynévritiques typiques absolument superposables à celles qui s'observent dans l'avitaminose B, malgré la présence dans le régime de fortes doses de vitamines B.

Un déséquilibre du même ordre peut être obtenu, ainsi que l'ont montré Lecoq et Villette, par adjonction à la ration de bacilles lactiques. Lecoq a été ainsi amené à envisager le béribéri, non comme une avitaminose, celle-ci restant exceptionnelle, mais le plus souvent comme une manifestation du déséquilibre alimentaire. Cette maladie serait due à l'intervention de microbes non spécifiques, comme le *Bacillus asthenogenes* de Noël Bernard, producteurs de fortes proportions de dérivés acides aux dépens des glucides ingérés en trop grande abondance. L'action de déséquilibre propre du lévulose, du lactose, de la manne de frêne, de l'huile de ricin et de la sorbite, a conduit Lecoq et ses élèves à les réunir sous le nom de « purgatifs par déséquilibre ».

Un travail de René Carel complète le volume ; il traite du rôle de l'anté-hypophyse dans l'obésité. S'appuyant sur l'expérimentation animale, il conclut, en accord avec les observations cliniques, que l'obésité du type adiposo-génital se montre sous la dépendance d'une hypersécrétion anté-hypophysaire, alors que la cachexie de Simmonds paraît correspondre à une hyposécrétion de la même glande.

Au total, un ensemble de travaux qui témoignent de l'activité du Laboratoire de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Divers

La divine comédie de Dante Alighieri (paraphrase versifiée), par L.-A. Demelin. Les Œuvres françaises, édit., Paris, 1936.

Un an après avoir fait paraître cette merveilleuse plaquette intitulée « Les mains de fer » qui est bien le meilleur guide que le médecin puisse trouver pour apprendre et comprendre l'emploi du forceps, M. Demelin, ancien accoucheur en chef de la Maternité, vient de nous donner, dans un tout autre ordre d'idées, un véritable chef-d'œuvre littéraire en paraphrasant en français *La Divine Comédie*.

Il n'est pas de médecin cultivé qui n'ait un plaisir extrême à lire ces pages.

Henri Vignes.

Œuvres de Gustave Flaubert. *Madame Bovary*, 1 vol. — *Salammbô*, 1 vol. — *La Tentation de saint Antoine*, 1 vol. — *Trois Contes*, 1 vol. — *L'Education sentimentale*, 2 vol. Chaque volume in-16, broché, 9 francs. Librairie Garnier frères, 6, rue des Saints-Pères, Paris (VIIe).

Pour Flaubert, mort le 8 mai 1880, commence avec l'entrée dans le domaine public une nouvelle étape du « grand chemin de la postérité ». Il l'aborde glorieusement, ayant subi sans défaillance cette épreuve d'un demi-siècle de survie, entouré, quoi qu'on en dise parfois, de l'admiration ou du respect des plus jeunes générations.

C'est précisément pour cette jeunesse, qui se sent un peu loin de lui, qu'il convient de présenter aujourd'hui les grandes œuvres de Flaubert comme on présente les œuvres des écrivains classiques.

L'auteur de *Madame Bovary* et de *Salammbô* a conquis sa place parmi ces classiques, et il la gardera. Ses livres sont inscrits aux programmes de l'enseignement secondaire ou supérieur ; on les étudie, on les explique pour les examens ou pour les concours ; ils ont inspiré plusieurs thèses de doctorat. Il ne suffit plus d'extraire des pages choisies, plus ou moins appropriées à la jeunesse. Il convient de retenir, pour ce qu'on nomme justement les humanités modernes, une œuvre qui fait partie de notre patrimoine littéraire le plus précieux, que l'épreuve du temps a consacrée.

La collection des Classiques Garnier, s'inspirant de ces nécessités, inscrit désormais à son catalogue, à côté de Balzac et de Stendhal, de Musset et de Gautier, les cinq grands chefs-d'œuvre de Flaubert : *Madame Bovary*, *Salammbô*, *L'Education sentimentale*, *les Trois Contes* et *La Tentation de saint Antoine*.

Cette nouvelle édition est présentée par M. Edouard Maynial, professeur au Lycée Henri-IV, auteur de plusieurs travaux d'histoire littéraire sur Flaubert, son époque et son milieu. Elle est caractérisée par un texte établi suivant les principes de la critique moderne, avec d'autant plus de scrupules qu'il s'agit d'un écrivain qui plaçait très haut l'art de la forme et qui s'est beaucoup corrigé lui-même.

Chaque volume est précédé d'une introduction particulière, accompagnée de notes bibliographiques ; une étude générale sur Flaubert figure en tête du volume consacré à *Madame Bovary*. La nouveauté de cette édition, destinée aussi bien au grand public qu'aux étudiants, est l'appareil abondant de notes critiques ou explicatives qui accompagne chacune des œuvres. Ces livres, qui appartiennent à l'histoire depuis plus d'un demi-siècle, sont entourés aujourd'hui d'une copieuse « littérature », dont la connaissance est devenue nécessaire pour en comprendre pleinement le sens et pour en mieux goûter la beauté. Il y a une *histoire* de *Madame Bovary* et de *L'Education sentimentale*, comme il y a une histoire de *Salammbô*. Mettant à profit les nombreux travaux des érudits qui ont étudié tous les aspects de la vie, de l'œuvre et de l'art de Flaubert, M. Edouard Maynial a réuni dans ces notes, à côté des variantes les plus intéressantes, tous les détails biographiques, historiques, archéologiques ou littéraires qui peuvent recréer l'atmosphère dans laquelle le livre a été écrit, éclairer ces textes désormais célèbres, mais parfois obscurs ou mal compris. On aura une idée de l'importance et de la nouveauté de ce travail, quand on constatera que le nombre des notes dépasse 1200 pour *Madame Bovary* et 800 pour *L'Education sentimentale*.

La cyanose congénitale peut être passagère ou permanente, apparaissant lors d'un effort de cris, d'une toux, d'une succion. Il n'y a aucun rapport entre la gravité des lésions cardiaques et le degré de la cyanose. La coloration des téguments constitue l'élément le plus évident de la cyanose ; ils sont d'une teinte variable allant d'un bleu discre au violet accentué. La cyanose est prédominante aux lèvres, aux pommettes, aux doigts. A quoi est-elle due ? Le mélange de deux sangs, rouge du cœur gauche, noir du cœur droit, est cause de la cyanose. Cette hypothèse explique tous les cas cliniques malgré les critiques qui lui ont été adressées. On observe assez souvent l'hippocratisme digital uniquement dû à des modifications des parties molles sans atteinte osseuse ainsi qu'en témoigne la radiographie.

L'examen du sang met en évidence une augmentation du chiffre et du diamètre des globules rouges ; il s'agit d'une hyperglobulie vraie, traduisant une défense de l'organisme.

L'examen ophtalmologique révèle la cyanose de la rétine.

Les troubles fonctionnels ne manquent jamais — dyspnée, angoisse cardiaque. On observe de troubles digestifs et nerveux, s'accompagnant parfois de crises épileptiques.

Les signes d'auscultation passent au second plan. On peut entendre un petit souffle systolique à la pointe ou dans la région mésocardiaque, ne permettant aucune conclusion sur les lésions anatomiques. Souvent même, ce souffle fait défaut.

L'hypertrophie cardiaque est presque constante. La tension est variable, élevée ou basse.

En règle générale, les enfants présentant une cyanose permanente ne franchissent que rarement la quatrième année ; la première maladie d'enfance les emporte. Si l'enfant vit, il est fragile, il a une sensibilité toute particulière à l'infection. Seulement 15 % de ces enfants arrivent à l'âge de 10 ans. C'est exceptionnel, qu'ils atteignent la puberté et dans ce cas ils succombent à la phtisie. Toutefois, je connais une jeune femme atteinte d'une malformation cardiaque complexe qui a eu deux grossesses normales ; je l'ai revue il n'y a pas longtemps, elle va très bien. Un cas pareil constitue une exception.

En résumé, les cardiopathies congénitales se divisent en deux grands groupes : 1° les cardiopathies sans cyanose, caractérisées par une lésion anatomique simple, souvent latentes, décelées uniquement par leurs signes physiques et dont le type est la maladie de Roger : rentrent également dans ce groupe, mais en étant beaucoup moins fréquentes, les rétrécissements de l'aorte et de l'artère pulmonaire, la persistance du canal artériel et du trou de Botal ; 2° les cardiopathies avec cyanose, dues à une lésion anatomique complexe, toujours évidentes, ne donnant que des signes physiques imprécis.

Il faut enfin citer certaines malformations graves et peu compatibles avec la vie telles que défaut total de cloisonnement du cœur, transposition des gros vaisseaux, ectopies cardiaques. Il est cependant des cas ou des lésions anatomiques en apparence incompatibles avec la vie ont été longtemps tolérées et Mme Nageotte a rapporté l'observation d'un enfant âgé de 9 ans qui présentait une malformation cardiaque se traduisant par le cœur à deux cavités, sans aucune ébauche de cloison ; l'enfant n'a jamais présenté de cyanose.

Le cardiopathies congénitales sans cyanose sont compatibles avec la vie, par contre celles accompagnées d'une cyanose sont très graves et les enfants qui en sont atteints succombent à une maladie secondaire qui provoque chez eux une défaillance cardiaque terminale.

ACTUALITÉS

Le triple empoisonnement de Nantes

La lamentable erreur, qui a coûté la vie à trois enfants de Nantes, n'est pas une affaire spécifiquement pharmaceutique ; elle intéresse également le Corps médical, bien qu'il y soit ici parfaitement étranger, ne fût-ce que par les liens qui unissent les deux professions et par la pitié que nous éprouvons pour les victimes innocentes, les familles cruellement éprouvées et les auteurs involontaires de cette catastrophe, anéantis par le sentiment de leur responsabilité.

La justice est saisie et nous n'avons, en attendant son verdict, qu'à exposer les faits et à en tirer les conclusions qui s'imposent. Bien que n'ayant aucun grade pharmaceutique, nous appartenons à une lignée de pharmaciens et nous avons assez vécu dans l'officine pour avoir une expérience personnelle des conditions dans lesquelles s'exerce une profession jadis libérale, aujourd'hui commerciale.

Venons-en aux faits. Il s'agit des pastilles B. Si nous ouvrons l'annuaire du C. N. P. F. (Comptoir national de la pharmacie française), nous lisons : Santonine B., Pastilles vermifuges à la santonine et à la fougère mâle. Le dosage n'est pas indiqué, comme c'est généralement le cas pour les spécialités. Nous n'avons pas ce produit entre les mains, mais tout laisse supposer que la posologie est classique : les tablettes du Codex contiennent 1 centigramme, les dragées de 1 à 2 centigrammes, les biscuits 5 centigrammes.

Un garçonnet de 7 ans prend 4 pastilles et meurt ; une fillette dont l'âge n'est pas indiqué, prend une pastille et meurt; une petite fille de 3 ans prend une pastille et meurt.

Nous n'avons aucune prévention personnelle contre les pastilles B., qui font partie des innombrables spécialités locales ou régionales ; nous ne les connaissions d'ailleurs pas et nous relatons simplement les faits, tels que les donne la grande presse, qui cite tous les noms, toutes les adresses.

L'enquête, menée rapidement, établit que le pharmacien, M. O., avait employé de la strychnine au lieu de santonine dans la préparation des pastilles. Tout devenait clair.

Il y avait eu une triple erreur ou, plus exactement, la même erreur, commise successivement par trois personnes :

1° L'employée de la coopérative pharmaceutique délivre de la strychnine pour de la santonine.

2° Le préparateur en pharmacie reçoit le paquet, s'en remet à l'employée et ne s'aperçoit de rien.

3° Le pharmacien, qui prépare la spécialité, se fie à l'employée et au préparateur et utilise le toxique sans le moindre soupçon.

Ainsi, dans une livraison banale d'un produit banal, avec deux contrôles successifs, il y a un enchaînement malheureux de circonstances ; l'erreur d'attention initiale se double et se triple de deux erreurs de contrôle. L'épreuve expérimentale reste, hélas ! constante et souligne sinistrement ces trois défaillances successives.

Telle est cette tragédie, qui réclame impérieusement les moyens d'en éviter une nouvelle ; puissent ces trois victimes être les dernières !

Parlons net. Pourquoi s'étonner d'une erreur pharmaceutique ? L'erreur est inhérente à la nature humaine ; elle est à peu près inévitable au cours d'une longue carrière ; quand on connaît l'officine, on peut dire qu'aucun pharmacien n'a réussi à ne jamais se tromper ; seulement l'erreur est le plus souvent sans grande importance ; quelle qu'elle soit on évite d'en parler, de l'ébruiter ; le concurrent le

plus acharné du pharmacien fautif gardera la bouche close, car il sait que ce sera son tour demain, si ce n'est pas déjà fait.

Nous connaissons personnellement une histoire des plus édifiantes et qui comprend trois épisodes que voici :

Un pharmacien, qui exerçait vers 1850, rentre de promenade ; il voit sur le comptoir un flacon contenant un toxique, nous ignorons lequel ; ce flacon a servi à exécuter la dernière ordonnance, tout à fait anodine, comme l'indique la formule copiée sur le registre ; l'erreur sera fatale au malade, dont on n'a ni le nom ni l'adresse ; la personne, qui a pris livraison du médicament, vient de sortir ; l'élève est lancé à sa poursuite et a la chance inouïe, dans une grande ville, de la rattraper ; bien que le commissionnaire ne se soit douté de rien (une histoire analogue est arrivée à Alphonse Allais) et qu'on ait remis une seconde préparation, cette fois impeccable et inoffensive, le pharmacien fut si profondément ému qu'il abandonna la profession et entra à la Centrale, où il ne fit plus que du laboratoire, en attendant de se consacrer à l'enseignement.

Le gendre de ce pharmacien est lui-même pharmacien, excellent manipulateur et rompu à la pratique. Quarante ans plus tard il exécute une préparation à la santonine pour un chien et c'est le chien qui est exécuté. Strychnine !

Quarante ans après un élève du second pharmacien, lui-même consciencieux et attentif, fait des paquets de calomel... avec du sublimé ; mais cette fois ça tourne tout à fait mal ; deux enfants meurent ; poursuites, correctionnelle, condamnation.

Nous avons eu connaissance de bien d'autres histoires, simplement ennuyeuses ; mais jamais un pharmacien n'avouera, en dehors d'un cercle très restreint d'amis ou de collègues, qu'il s'est trompé, comme nous autres, médecins, n'insistons guère sur nos erreurs de diagnostic, à moins de les avoir rectifiées à temps avec une perspicacité qui nous fait honneur.

Les erreurs pharmaceutiques, qui intéressent la santé publique et même la santé tout court, sont d'autant plus évitables qu'on connaît mieux les conditions qui les provoquent ou les permettent.

Autrefois la pharmacie était une profession calme ; la préparation de l'eau distillée, des sirops, des extraits et des ordonnances, la vente de quelques produits et de rares spécialités, des conseils discrets et des conversations animées remplissaient la journée de l'apothicaire de la vieille école ; ce brave et digne homme, qui était l'ami de ses clients et avait le respect de sa profession, connaissait sa *boîte* comme sa poche ; s'il n'avait pas beaucoup d'ordre, il savait exactement où se trouvait chaque flacon ; il en connaissait la forme, la taille et le bouchon ; il se trompait quand même, car il était victime de l'ordre alphabétique. Tous les pharmaciens que j'ai connus ne juraient que par l'ordre alphabétique ; alors voisinaient dangereusement Santonine et Strychnine, Chlorure (proto) de mercure et Chlorure (bi) de mercure, à moins que ce ne fût : Chlorure mercureux et Chlorure mercurique. Car il ne faut pas oublier que ce sont toujours les mêmes erreurs que l'on commet.

Puis est venue une époque de transition où la pharmacie a vu augmenter, aux dépens des préparations magistrales, la vente des spécialités et des accessoires. Le personnel, composé d'un coursier, rinceur et casseur de bouteilles, quelquefois d'un stagiaire qui *tirait* ses trois ans ou d'un *cul-de-plomb* vieilli mélancoliquement dans le métier, a été renforcé par l'armée des préparateurs, qui, eux non plus, ne se sont point privés de se tromper.

La commercialisation actuelle, le développement extraordinaire du commerce para-pharmaceutique dans les années d'après-guerre, la surveillance de plus en plus difficile d'un personnel nombreux et hâtivement formé, ont multiplié les chances d'erreur, bien que les erreurs graves restent à vrai dire exceptionnelles. Reconnaissons toutefois que ce sont les erreurs fatales, comme les avortements mortels, qui font figurer dans les colonnes de la presse le nom des pharmaciens responsables ou des sages-femmes coupables ; quant aux autres elles ne comptent guère ; il y a celles que l'on connaît par hasard et celles bien plus nombreuses que l'on ignore.

Parmi les causes des erreurs pharmaceutiques il faut invoquer tout d'abord l'habitude du danger ; on fume bien dans les poudrières ; insouciance ou inconscience ? Nous laissons aux psychologues le soin de trancher la question.

Il y a ensuite l'habitude de prendre le flacon à une certaine place ; si l'ordre a été modifié, tant pis. On a l'étiquette devant les yeux, on ne la lit pas.

Le placard aux poisons — nous parlons du placard officiel — a été une innovation intéressante, mais il contient également la santonine dont on prescrit un centigramme par année d'âge et la strychnine dont la dose mortelle est de deux à trois centigrammes en une fois. C'est vraiment tenter la chance.

Nous ne parlons pas ici des erreurs de lecture ou de pesée, c'est une autre affaire. Une bonne précaution consiste toutefois à inscrire sur chaque étiquette les doses maxima ; au bout d'un certain temps, on ne les lit plus, mais on les a dans la tête, ce qui est l'essentiel.

On pourrait et on devrait prendre plus de précautions. Citons un exemple personnel. Nous avons, comme tous les médecins, des boîtes d'ampoules courantes ou d'urgence. Nous collons une étiquette bleue sur la boîte de morphine et une étiquette rouge sur la boîte de cyanure ; nous ne risquons plus de prendre de la morphine pour du cacodylate ou d'injecter du cyanure sous la peau. On pourrait et on devrait en pharmacie employer des étiquettes de couleurs différentes ou barrer les étiquettes blanches de traits de couleurs différentes. Les étiquettes rouges sont *galvaudées* ; on les met à toutes les sauces, même sur les ampoules d'un milligramme de strychnine, que le malade ne va tout de même pas boire à la régalade, alors qu'il est terrorisé quand on lui injecte ce *poison*.

On pourrait et on devrait utiliser des flacons de formes spéciales pour les toxiques (carrés par exemple) ou de couleurs variées ou à surface cannelée, striée, à pointes, etc... Le toucher ne trompe pas et c'est une précaution de plus quand on y voit mal ou quand l'éclairage est défectueux. On combinerait aussi bien la forme, la couleur et la surface.

Au fond la meilleure solution est d'avoir de la méthode ; la pharmacie commerciale actuelle est mieux tenue que l'antique officine, c'est un fait et un progrès ; s'il n'y avait pas un minimum d'ordre, on ne s'y retrouverait d'ailleurs pas au milieu des innombrables spécialités. Il semble qu'on arriverait aussi facilement à s'organiser pour éviter toute substitution dangereuse ou fatale ; souhaitons-le et nous, médecins, essayons de venir en aide à nos collaborateurs et amis les pharmaciens en écrivant lisiblement nos ordonnances et en les rédigeant avec soin.

J. Lafont

La radiographie des arthrites gonococciques

Si la radiographie ne peut toujours jouer, dans la pathologie des arthrites gonococciques, le rôle de dénonciateur de l'origine de l'affection, elle permet, disent MM. Porcher et Aboulker (*Journ. de chirurgie*, décembre 1936) d'en suivre l'évolution, d'en mesurer la gravité, d'en préciser les séquelles durables. Une arthrite sans signes radiologiques doit bien guérir, l'épaississement de la capsule doit faire craindre les rétractions fibreuses périarticulaires. La destruction du cartilage qu'objective la disparition de l'interligne, les altérations de la silhouette osseuse, sont des signes redoutabes. Les dislocations articulaires, les luxations seront reconnues et traitées. Plus tard, la recalcification des épiphyses est un signe de convalescence, mais elle peut être hétérotopique et figer les tissus périarticulaires, et compromettre gravement les fonctions du membre. On ne devrait plus soigner une arthrite gonococcique sans contrôler radiographiquement son évolution.

VARIÉTÉS

Conte de Noël

Vingt ans après (1)

Après la glaciale nuit de Noël pendant laquelle le brave Docteur Bonart, ayant fermé les yeux de la pauvre veuve de guerre qui venait de rendre le dernier soupir, avait ramené dans sa vieille auto, l'orphelin de sept ans endormi par l'excès de fatigue et de pleurs, lorsqu'il eut sans difficulté fait accepter par sa digne compagne la proposition de garder le nouveau venu et de l'élever avec leurs propres petits-enfants : Jean, 6 ans, Colette, 4 ans, orphelins aussi de père et de mère, après que Mme Bonart, grâce à une ingénieuse fiction, eut fait pénétrer dans ces trois âmes enfantines l'idée qu'ils seraient tous trois frères et sœur désormais, commença pour cette famille une existence heureuse pour les enfants, difficile pour les deux grands-parents qui n'étaient pas riches.

Il fut convenu que les petits Bonart continueraient à appeler grand-père et grand'mère le docteur et sa femme et que le grand-frère d'adoption les appellerait bon papa et bonne maman. Les trois petits s'accordaient bien ; les garçons ne tardèrent pas à fréquenter l'école primaire du village. Le docteur avait une sœur veuve, marraine de Colette, qui vivait au chef-lieu du département, dans un petit cercle d'âmes pieuses et charitables. Cette sœur avait approuvé l'acte philantropique de son frère et avait promis d'aider à l'éducation et à l'instruction de sa filleule lorsqu'elle serait plus âgée. Les deux garçons se disputaient bien de temps en temps et parfois se gourmaient pour s'embrasser ensuite, mais à l'école l'aîné défendait toujours énergiquement le cadet et tous deux s'accordaient pour être aussi gentils que peuvent l'être deux garçons pour une petite fille, avec une nuance de tendresse plus accentuée de la part de Pierre, Mme Bonart instruisait sa petite-fille, l'initiant à l'économie et aux soins ménagers. Le docteur, aimé et respecté de tous, sans concurrent proche, réussisait à vivre de sa clientèle, se fatigant nécessairement beaucoup. Et aucun événement notable ne se produisit pendant quelques années, à part les petites maladies sans gravité, les rougeoles et les coqueluches.

Les amitiés ne s'affaiblissaient pas et Pierre avait de plus en plus de plaisir à jouer avec Colette.

Cependant le temps vint où le trio dut se dissocier, la marraine de Colette insistant pour qu'elle lui fut confiée pour être mise dans un pensionnat. Le docteur songeant à l'avenir de Jean qui avait manifesté le désir de devenir médecin, le mit au lycée, quant à Pierre il avait déclaré à son père adoptif qu'il se sentait le désir de devenir agriculteur, pensant qu'il devait le plus tôt possible être moins à charge à la famille. Quant il eut terminé sa scolarité primaire, on lui obtint une bourse dans l'école d'agriculture la plus proche, car il avait été inscrit comme pupille de l'école nationale, cette utile fondation créée par l'initiative et sous le parrainage d'un des meilleurs philosophes contemporains et du plus modeste, Xavier Léon, soutenu par le ministre Paul Painlevé. Grâce à cette œuvre philantropique beaucoup d'orphelins de guerre ont pu continuer leurs études et se créer des situations convenables.

Pierre était d'ailleurs un enfant laborieux et, bon élève à l'école primaire, il se fit encore si bien noter à l'école d'agriculture qu'il trouva facilement à sa sortie, une place dans une grande exploitation agricole. Pendant ce temps Jean Bonart suivait le cycle des études secondaires et, sans être des plus brillants il arrivait cependant dans les limites ordinaires au baccalauréat et commençait ses études médicales dans la Faculté la plus proche.

Colette habitant chez sa marraine, suivait les cours d'un pensionnat du chef-lieu, mais les enfants se retrouvaient à l'époque des vacances chez le docteur et Mme Bonart, notamment les vacances de Noël étaient l'occasion d'un heureux rappel du passé.

Au fur et à mesure que ces trois enfants grandissaient leurs sentiments ne semblaient pas se modifier, c'était toujours la fraternité. Pierre ne se montrait pas envieux de la supériorité d'instruction de Jean, Colette aimait autant ses deux frères. Elle devenait une gentille jeune fille. Mais dans les sentiments de Pierre pour Colette, se glissait insensiblement une nuance d'admiration qui, à son insu, n'était peut-être plus simplement fraternelle.

(1) Voir le *Progrès Médical*, n° 1, 4 janvier 1936 : *Le Noël d'un vieux ménage médical.*

Vint l'âge du service militaire. Pendant cette période que les deux garçons firent à un an d'intervalle et pendant laquelle les occasions de se revoir furent plus rares et moins longues, Pierre ne reçut pas avec joie la nouvelle d'un mariage projeté par la marraine de Colette, pour celle-ci, avec un jeune homme d'une situation sociale et financière qui paraissait assurer à la jeune fille une position convenable. Le mariage eut lieu, mais Pierre ne put se décider à y assister et prétexta les obligations de la situation qu'il avait acceptée après son service. Il se sentait atteint dans son affection et se rendait compte qu'il aimait Colette. D'autre part il se trouvait dans une condition qu'il estimait trop modeste pour qu'il se permit d'aspirer à sa main. Son chagrin augmenta quand il apprit, un an plus tard, que Colette avait une petite fille. Elle n'avait jamais cessé de lui donner de ses nouvelles et il lui répondait toujours avec la même affection sans trahir ses véritables sentiments.

Cependant le ménage Bonart vieillissait : malgré sa vigoureuse constitution, le médecin, plus que septuagénaire, commençait à ne plus pouvoir répondre aux nécessités de la clientèle et avait grande hâte de voir son petit-fils terminer ses études médicales pour venir le remplacer ; Mme Bonart avait été heureuse de la naissance de son arrière-petite-fille, mais depuis quelque temps elle s'inquiétait des mauvaises nouvelles venant de Colette, dont le mari s'était révélé joueur et dont la fortune était déjà bien compromise. C'était d'ailleurs un homme d'une assez mauvaise santé et dont le caractère s'aigrissait au fur et à mesure de la mauvaise tournure que prenaient ses affaires. Il finit par tomber très gravement malade et succomba. La pauvre Colette n'eut pas même la consolation de pouvoir s'appuyer sur sa marraine qui, désolée elle-même d'avoir été l'instigatrice d'un mariage qui avait si mal tourné, mourut au bout de quelques mois.

La jeune veuve n'eut d'autre ressource que de se réfugier auprès de ses vieux grands-parents qui, d'ailleurs avaient un bien grand besoin de sa présence. Le Docteur Bonart était paralysé et, bien que sa femme fut restée une septuagénaire encore alerte, elle suffisait d'autant moins à diriger sa maison que Jean, muni de son diplôme doctoral, était venu reprendre la clientèle grand'paternelle.

Ainsi la famille s'était en partie reconstituée et, lorsque à l'époque de Noël, Pierre Vinchon venant voir son père adoptif, trouva outre son frère très affairé par ses débuts de praticien, Colette en vêtements de deuil, qui lui parut plus touchante que jamais, dans les soins qu'elle donnait alternativement à son vieux grand-père et à sa petite fille, âgée d'un an.

Colette accueillit son frère adoptif avec des manifestations de grande affection. Pierre y répondait de son mieux mais non sans gêne et un grand effort sur lui-même pour ne pas laisser deviner les transformations insensibles de ses sentiments qui échappaient à autrui, mais dont lui-même ne pouvait douter. Il éprouvait surtout et malgré lui un sentiment de jalousie rétrospective et une antipathie involontaire pour la petite fille que Colette cherchait à lui faire admirer. Il ne put sans doute pas cacher assez complètement ce qu'il éprouvait pour que la jeune femme ne put s'en douter un peu, aussi après le départ de Pierre que tout le monde avait été heureux de revoir mais qui se hâta d'abréger son séjour en invoquant les obligations que lui imposaient sa responsabilité dans les travaux de l'important domaine dont il était devenu le principal directeur.

Après son départ Colette ne put s'empêcher d'exprimer à Jean l'étonnement que lui avaient causé certaines expressions ou attitudes de Pierre. Son frère ne parut pas d'abord y attacher d'importance, mais sa psychologie médicale aidant, il se douta que la transformation dont lui parlait Colette devait avoir quelque fondement et il se promit d'y faire allusion quand il écrirait à Pierre pour lui donner des nouvelles de la famille.

Pierre eut beau chercher à se raidir contre cet amour qu'il sentait envahissant et essayer de trouver un dérivatif dans ses occupations de plus en plus lourdes et absorbantes, les mois qui s'écoulèrent avant qu'il dut retourner voir les siens, lui parurent interminables. Aux lettres qu'il recevait de Jean et aux allusions qui s'y trouvaient, il finit par se laisser aller à répondre ouvertement à son frère qu'il lui serait impossible de revoir souvent leur sœur pour laquelle il ne pouvait plus se dissimuler des sentiments plus que fraternels.

Jean se fit l'intermédiaire discret entre ces deux êtres pour lesquels il éprouvait une égale tendresse et dont il ne lui semblait pas impossible d'assurer encore, un avenir heureux.

Il en parla séparément à ses grands-parents et il lui parut que ceux-ci seraient heureux d'une telle perspective. Puis il eut avec sa sœur plusieurs conversations. Colette dont le deuil se terminait et qui ne pouvait avoir beaucoup de regret au sujet du mari qu'elle avait perdu, voyait surtout dans la perspective d'un nouveau mariage avec l'homme qu'elle n'avait jusqu'alors aimé que comme un frère, la crainte de ne lui apporter en dot qu'un enfant, et peu ou point de ressources. D'autre part Pierre n'osait se déclarer formellement dans ses lettres à Jean, parce que lui-même n'avait encore qu'une situation médiocre et qu'il n'était pas certain de trouver dans Colette une complète assurance d'un amour auquel elle n'avait pas jusqu'ici, pensé.

Malgré tout l'année s'écoula et vers la fin de décembre Pierre reçut de son frère et de sa grand'mère un appel pressant à un retour pour Noël, l'état de santé du Docteur Bonart devenant de plus en plus inquiétant. A la lettre de Jean étaient ajoutées quelques phrases affectueuses de Colette, disant aussi le plaisir qu'elle aurait à le revoir, et un peu avant Noël, Pierre de retour, la glace ne fut pas rompue dès le premier jour, mais Pierre quand il eut revu Colette et la douce petite fille qui dormait dans son berceau, sentit s'évanouir les sentiments de jalousie qu'il avait éprouvés à sa visite précédente.

Voici la nuit de Noël, Jean proposa à Pierre et à Colette d'aller tous trois à la messe de minuit. Il faisait très froid et la neige couvrait la terre.

Quand tous trois revinrent au logis ils virent dans la vieille salle à manger que Mme Bonart avec le concours de la vieille bonne, Annette, avait organisé un petit souper, et dans la cheminée un arbre de Noël était dressé semblant abriter le berceau.

Mme Bonart toute petite, menue, ratatinée, était vraiment ce qu'elle avait feint d'être vingt ans plus tôt, une bonne vieille fée, protectrice de la maison, et sans rien dire elle prit la main de Colette et celle de Pierre et mit l'une dans l'autre. Les deux jeunes gens tombèrent dans les bras l'un de l'autre, Pierre s'inclinant sur le berceau, baisa doucement le front de la petite endormie et l'émotion était générale quand Annette posa devant chacun la tasse de chocolat parfumé, comme vingt ans avant.

Dr Paul Le Gendre.

« Les médecins ne réclament pas la réalisation d'un Eden terrestre. Ils demandent à vivre et c'est tout.

Mais cette prière de leur part semble être considérée comme une exigence insoutenable, puisque de mois en mois, elle est moins écoutée. Alors au moins qu'ils s'unissent dans la lutte et apaisent les souffles des amours-propres particuliers pour prendre place, la place qui leur sera assignée par leurs confrères, dans le cadre d'un groupement général dont la voix saura se faire entendre et ne sera pas étouffée par l'ingérence des politiciens. » (*Journal des Praticiens*, 28 nov. 1936. Les deux Métiers.)

Echos et Glanures

La tuberculose pulmonaire des plages. — *Frappé, depuis cinq ou six ans, par le nombre croissant de sujets en pleine éclosion de tuberculose pulmonaire qui sont venus le consulter à l'automne après « une saison de bains de mer », M. André Dufourt étudie* (LYON MÉDICAL, 13 décembre 1936) *l'influence des rayons solaires sur les cicatrices et les séquelles plus ou moins assoupies d'une infection tuberculeuse ancienne :*

Il est malaisé de préciser, dit-il, quelle est l'importance d'une insolation exagérée sur l'éclosion des manifestations d'une primo-infection latente. Nous avons bien vu des enfants revenir des plages avec une typho-bacillose ou un érythème noueux. Nous ne sommes point sûrs que s'ils étaient restés en ville, dans leur appartement privé de soleil, pareil événement ne se serait pas pareillement produit.

Ce qui n'est plus discutable, c'est l'effet excitant du soleil des plages sur l'apparition des épituberculoses, ces processus congestifs plus ou moins étendus, plus ou moins fébriles, plus ou moins durables, qui sont d'une banalité déconcertante dans la première année de la tuberculose. Nous les avons longuement étudiés avec Jacques Brun, nous ne reviendrons pas sur leurs symptômes et leurs modalités cliniques. Disons seulement qu'il y a longtemps que nous avons reconnu l'influence nocive des plages sur leur apparition et leur évolution. Nous n'avons jamais observé que le soleil transforme des épituberculoses en lésions caséeuses, comme le font les surinfections exogènes. Mais nous avons soigné plusieurs méningites et granulies écloses chez des enfants que des parents mal inspirés, ou mal conseillés, avaient, contre notre gré, emmenés au bord de la mer pour soi-disant guérir des épisodes pulmonaires congestifs initiaux dont la bénignité naturelle n'est plus à démontrer. Bien mieux, il nous est arrivé une fois d'assister à une récidive d'épituberculose chez une fillette qui, ayant eu un érythème noueux, suivi d'épituberculose juxta-hilaire, partit dans le Midi quelques mois après la disparition de cet accident initial. Elle revint avec une épituberculose secondaire importante, occupant la base, lésion qui guérit également et fut suivie d'une péritonite tuberculeuse. Il est bien à supposer que ces deux accidents eussent été évités sans l'adjonction de bains de soleil intempestifs.

Si nous écrivons ces lignes, ce n'est certes pas pour nier les heureux effets de la cure solaire en général ni les bienfaits que beaucoup d'organismes en retirent de toute évidence. Mais il paraît bien que chaque médaille a son revers. Il n'est pas indifférent de s'assurer de l'état de ses poumons avant de s'adonner à la quiétude des bains solaires et de souscrire aveuglément aux exigences d'une mode qui réclame, sous une certaine latitude, le changement inopiné de la teinte d'un épiderme.

L'hôpital du Gros-Caillou. — *Tandis qu'il est question d'apposer une plaque commémorative sur un immeuble occupant l'emplacement de l'hôpital du Gros-Caillou, un collaborateur de* l'INTERMÉDIAIRE DU CHERCHEUR (15 décembre 1936), *rappelle l'histoire de l'ancien hôpital militaire :*

« Cet hôpital militaire fondé en 1759, par le maréchal Louis-Antoine de Gontaut, duc de Biron (1701-1788), pour les Gardes françaises, a été démoli en 1894. Il occupait approximativement un quadrilatère formé par la rue Saint-Dominique (nos 106, 108, 110, 112, 114), la rue Sédillot, la rue Edmond-Valentin, l'avenue Bosquet. L'entrée principale se trouvait sur l'emplacement actuel du n° 112 de la rue Saint-Dominique, juste en face de la fontaine de style Empire, par Beauvalet, représentant Hygie soignant Mars, qui existe encore.

A droite, de face de cette entrée, au rez-de-chaussée sur la rue se trouvait la pharmacie de l'hôpital décorée d'une bibliothèque à trois corps en bois sculpté et peint, donnée par Mme Dubarry à la suite d'une visite qu'elle avait faite à cet établissement hospitalier, où elle avait remarqué que les officiers convalescents n'avaient aucun livre à leur disposition pour charmer leurs loisirs. Ce meuble doit être maintenant à l'Ecole du Service de santé du gouvernement militaire de Lyon. Quant aux ouvrages — dont un certain nombre reliés somptueusement — ils n'ont pas émigré bien loin : la plupart ont été joints aux collections de l'Ecole militaire.

On sait que le grand Larrey, après la chute de l'Aigle, a été chirurgien en chef de la Garde royale, dont l'hôpital était précisément le Gros-Caillou. »

Les Livres de la semaine

BORDIER (D. Ch.). — **Guide pratique du préparateur en pharmacie.** 500 p. Cart. : 45 fr. (Maloine).

COLBERT (Dr). — **Le traitement de la tuberculose pulmonaire en clientèle.** 2e éd. Coll. Comment guérir. 390 p. Br. : 35 fr. (Maloine).

DEGOS (R.). — **La syphilis acquise et héréditaire.** Coll. Petits Précis. 192 p. Cart. : 14 fr. (Maloine).

DEVRAIGNE (L.). — **Précis d'obstétrique.** 4e édit. Coll. Testut. 1.140 p. Cart. : 115 fr. (G. Doin et Cie).

LEVY (Georges). — **Les médications dermatologiques.** 240 p. Br. : 45 fr. (G. Doin et Cie).

PAUCHET (Victor). — **La pratique chirurgicale illustrée.** Fasc. XXI III. Dupret. 250 p. Br. : 80 fr. (G. Doin et Cie).

LEVEUF (J.). — **Etudes sur le Spina-Bifida.** 330 p. 176 fig. Br. - 75 fr. (Masson et Cie).

REGISMANSET (Ch.). — **Contradictions, maximes et anecdotes.** 328 p. Br. . 20 fr. (G. Doin et Cie).

AGOCHOLINE
DU Dr ZIZINE



GRANULÉ SOLUBLE

(avec ou sans menthe)

Peptone sèche purifiée + Sulfate de magnésie anhydre

Cholécystites chroniques, Congestion du Foie

Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation | d'origine
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit | hépato-biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude

LABORATOIRES du Dr ZIZINE, 24, rue de Fécamp, Paris (12e)

En Argentine, en Uruguay, aux États-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

NÉMET-JEP-CARRÉ PARIS

Le Gérant : Dr Victor GENTY CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

TABLE DES MATIÈRES

I. Articles originaux — Analyses — Sociétés Savantes

A

Abcès froid. (Ponction accidentelle au cours d'une rachicentèse d'un —) lombaire 455
— — thoraciques 994
— **myositique** du muscle temporal 1166
— **poly-microbien.** (Modifications apportées à l'évolution d'un —) du poumon par une injection intraveineuse de bactériophage 576
— **putride** du poumon avec bacilles de Koch 784
— **volumineux** d'origine éberthienne .. 1664
— **à pneumocoques** du poumon après ablation des végétations adénoïdes .. 1313
— **du poumon** 456
— — (Delirium tremens et —) 726
— — (Expectoration bacillifère dans les —) 1956
— — (Formes pseudo-tuberculeuses des —) 663
— — (Guérison d'un —) par le benzoate de soude intraveineux 1579
— — (Lobectomie et —) 1166
— — (Polymorphisme clinique des —) chez l'adulte 567
— — (Traitement des —) par les injections d'alcool intraveineuses 739
— — (Trois cas de tuberculose pulmonaire tardive après —) 1338
— — médicalement curables 1787
Académie de médecine. (Avis favorables de l' —) 1019, 1171
Accouchement. (Extraction par bronchoscopie d'un corps étranger au cours de l' —) 107
— **spontané** après élargissement définitif d'un bassin rétréci 534
Acétate de testostérone, hormone testiculaire synthétique 534
Acétonémique. (Crise dite —) 1788
Acétylarsan 239
— (Tolérance de l'appareil optique à l' —) 1872
Acétylcholine. (Efficacité de l' —) dans le traitement de l'épilepsie traumatique 447
Acide ascorbique. (Foie et —) 1851
— — (Sclérose en plaques et —) 968
— — Bases biologiques et cliniques de ses indications thérapeutiques 1791
— — dans les affections hépatiques ... 1791
— — et sclérose en plaques 1740
— **lactique.** (Traitement de l'urticaire par l' —) à forte dose 1338
— **urique.** (Effets des glucosides des bourgeons de peuplier sur l'élimination de l' —) 1787
— — (Facteurs solubilisants de l' —) urinaire 364
— **salicylique.** (Coma diabétique, et —) 1095
Acido-cétose salicylée 191
Acné rosacée interprétée comme une réaction cutanée consécutive à une infection focale 1623
Acridine 275
—(Action du jaune d' —) dans le traitement de la méningite cérébro-spinale 1704
Acrodynie Observation d') 1367
— (Répartition géographique actuelle de l' —) en France et hors de France 783
— **infantile** — (Epidémie d') dans le Sud-Ouest de la France 739
— — (Histoire et géographie de l' —). 1008
— — avec nécrose du maxillaire 369
Acromégalie avec diabète sucré, maladie de Basedow et cataracte 452
Acromicrie 1015
— Obésité et insuffisance génitale ... 784
Actinomycose du côlon descendant ... 538
— vertébrale primaire due à un actinomyce nouveau 160
Adénite cervicale suppurée 1744
Adénoïdisme en Cochinchine, ses causes, ses conséquences 1492
Adénopathie suppurée. (Inoculation tuberculeuse cutanée suivie d' —) non chronique 1832
— — (Septicémie streptococcique, érysipèle de la face et —) 366
Adénopathies. (Traitement chirurgical des —) du cancer de la langue ... 1166
Adhérences péritonéales. (Mécanisme de la formation des —) 329, 404
Adrénaline 108
— (Inconvénients des solutions d' —) trop acides 1128
— (Spléno-contraction sous l'effet de l' —) administrée chez l'homme par voie sanguine 240
— (Traitement de certaines anuries par l' —) 1579
Affections médico-chirurgicales. (Principales indications opératoires d'âge et d'urgence dans les —) de l'enfance 874
Age. (Rapports entre l' —) des premières règles et l'âge du début clinique de la tuberculose, suivant les formes cliniques de la tuberculose 1721
Agent thérapeutique. (Carbone intraveineux comme —) 320
Air. (Ecoles de plein —) et conditions d'hygiène nécessaires pour le développement normal de l'enfant 739
Aix-les-Bains. (Indications hydrologiques d' —) 1089
Albuminuries essentielles, céphalée et hypotension en pédiatrie 364
Alcool. (Dosage de l' —) dans les urines en vue du diagnostic biochimique de l'ivresse 451
— (Phlébite du membre supérieur à la suite d'une injection intra-veineuse d' —) 161
— (Traitement des abcès du poumon par les injections d' —) intraveineuses 739
— **intraveineux** 28
— — utilisé dans la pneumonie 496
Alcoolisme. (Traitement de l' —) par l'intolérance provoquée 685
Aleucie hémorragique avec anémie grave après chrysothérapie 1288
Algies. (Radiothérapie à petites doses de certaines —) 784
— (Traitement des —) des cardiaques. 666
— (Traitement électro-radiologique des —) 385
— des cardiaques 1792
Alimentaires. (Besoins —) de l'homme aux différents âges et la Société des Nations 1038
Alimentation. (Evolution de l' —) 1094
— (Lait de vache cru : ses inconvénients dans l' —) des jeunes enfants. 1314
— de l'avenir 1567
— iléo-abdominale 744
— dans le monde et la Société des Nations 160
— dans la première enfance 433
Allaitement. (Mortalité infantile et —) au sein à la campagne 828
Allergie curable réalisée avec des bacilles tuberculeux et morveux 283
Altitudes. (Aux grandes —) apparaissent des troubles psychiques 1831
Amanites. (Utilité de la rechloruration dans les empoisonnements par —) ... 1792
Amaurose par la quinine 925
— transitoire après un coma barbiturique traité par la strychnine 743
Amines sympathomimétiques 108
Amputation interilio-abdominale .. 701, 1481
Amygdale. (Tumeurs épithéliales de l' —) 779
Amygdales. (Hypertrophie des —) et carie dentaire deux portes d'entrées de la voie morbide 1258
— (Problème des —) chez l'enfant 1464
Analgésiques. (Incompatibilités pharmaceutique de certains —) et antithermiques 575
Anaphrodisiaque. (Insuline comme —). 1872
Anaphylaxie. (Relation entre la gravité de l' —) de la tuberculose et la sensibilité de l'organisme aux substances parasympatho et sympathomimétiques 783
Anatoxine. (Traitement des staphylacoccies par l' —) 452
— (Traitement des staphylacoccies cutanées par l' —) 452
— (Vaccinothérapie antistaphylococcique par l' —) 497
— **antistaphylococcique.** (Pseudo-sinusite maxillaire du nourrisson traitée par l' —) 497
— (Staphylococcémie grave, traitée et guérie par l' —) 1703
— (Staphylococcémie grave. (Injections d' —), transfusions 496
— **staphylococcique.** (Collapsus mortel au cours d'un traitement par l' —) .. 452
— — (Néphropathie à la suite de l' —). 497
— — (Ostéomyélite aiguë du péroné avec hémoculture positive, traitée par l' —) 702
— — en chirurgie 498

Anatoxine staphylococcique. Son emploi dans le traitement des staphylococcies 1463
— — et son emploi dans traitement des affections dues au staphylocoque 964
Anémie grave. (Aleucie hémorragique avec —) après chrysothérapie 1288
— — avec neutropénie et syndrome hémorragique après chrysothérapie.... 1199
— **gravissime** aiguë fébrile par paludisme primaire 1832
— **hypochrome** avec syndrome de Plummer-Vinson et cure martiale... 537
— **morbilleuse**. (Facteur humoral dans l' —) 1788
— **pernicieuse**. (Extraits du foie dans le traitement de l' —) 665
— **pernicoïde** des cirrhoses 575
— **de Biermer**. (Formes camouflées de l' —) 537
Anémies (A propos des —) professionnelles.......... 1338
— (Foie dans les —).......... 115
— (Gastrectomies et —) consécutives.. 1258
Anémiques. (Trois étapes dans le diagnostic et le traitement des états —). 1744
Anergie tuberculinique au cours de la rougeole 740
Anesthésie de base à la génoscopolamine morphine.......... 874
— **électrique**, ses caractères, 288, 455, 701
— — ses particularités, ses avantages.. 880
— — Sa réalisation. Sa technique..... 72
— — dans la dysphagie douloureuse du néoplasme œsophagien.......... 744
— **locale**. (Mélange anesthésique complémentaire de l' —).......... 1663
Anévrysme. (Syndrome hémoptoïque malin par —) interstitiel du poumon. 329
— de l'aorte thoracique à symptomatologie pleuro-pulmonaire 1791
— de la main.......... 1401
— traumatique de la fémorale....... 1912
Angine diphtérique. (Hémisyndrome bulbaire direct, séquelle d' —) 700
— **de poitrine**. (Rapport de l'infection de la vésicule biliaire et des calculs biliaires aux affections du myocarde et des coronaires et à l' —)........ 1273
— — (Traitement chirurgical de la douleur dans l' —) et l'angine elle-même.......... 1145
— — Opération de Daniélopolu...... 1956
Angines. (Emploi du bismuth dans les —) aiguës non-spécifiques.......... 1496
Angiographie pulmonaire.......... 879
Angiomatose hémorragique (maladie de Rendu-Osler).......... 284
Angiome de l'articulation du genou... 576
Angiomes cirsoïdes cranio-faciaux... 579
Angiospasme cérébral.......... 1095
Aniline. (Intoxication par l' —) avec cyanose intense.......... 1095
— (Intoxication aiguë par la teinture d' —).......... 1616
— (Nécrose chimique par crayon d' —) 1996
Anthelmintiques. (Médicaments)...... 879
Anthrax. (Guérison d'un —) de la lèvre inférieure par le bacté staphy-phage. 1016
— (Radiothérapie des furoncles et des —).......... 963
— de l'avant-bras et hémocrinothérapie.......... 1664
Antialcoolique. (Lutte —).......... 1707
Antigène méthylique. (Cholestérol et —) associés dans le traitement de la tuberculose 1703
— **simien**. (Traitement de la maladie de Nicolas Favre par les injections intradermiques d' —).......... 1624
Antimalarique. (Campagne —) de la Croix-Rouge italienne.......... 68
Antimoine.......... 270
Antimoine. (Traitement de la maladie de Nicolas Favre par les sels d' —).. 1165
Antiscorbutique. (Valeur —) des conserves alimentaires.......... 1667
Antiseptiques.......... 276
Antisyphilitique.......... 235
— (Traitements —) et neuro-réactions. 925
Antithermiques. (Incompatibilités pharmaceutiques de certains analgésiques et —).......... 575
Anuries. (Traitement de certaines —) par l'adrénaline.......... 1579
Anus sous-angulo-colique.......... 1663
— (Traitement des fistules à l' —) 1999
Aorte. (Anévrysme de l' —) thoracique à symptomatologie pleuro-pulmonaire 1791
— (Diagnostic radiologique du rétrécissement congénital de l'isthme de l' —).......... 878
— **abdominale**. (Tumeur anévrysmale de l' —).......... 1664
Apiol.......... 279
Appareil à contention des fractures du membre supérieur.......... 1167
— **circulatoire**. (Cœur et —) du mineur 309
— — (Influence du milieu souterrain sur le cœur et l' —) du mineur...... 72
— — (Opacification expérimentale post-mortem de l' —).......... 1960
Appareil optique. (Tolérance de l' —) à l'acétylarsan.......... 1872
Appendice. (Diverticules de l' —) 701, 744
— (Invagination de l' —).......... 1663
Appendicectomie.......... 1743
— à chaud.......... 1743
— (Fistules intestino-cutanées après —).......... 1314
— (Urticaire à type anaphylactique à la suite d' —).......... 1463
Appendicite.......... 1996
— (Danger de non-drainage après intervention pour —).......... 828
— (Ulcère de l'estomac et —).......... 572
— (Un signe de l' —) au cours de la gestation.......... 1371
— et le choc humoral.......... 702
— aux Etats-Unis.......... 1869
— **aiguë**. (Ulcère perforé de l'estomac au cours d'une —).......... 928
— **chronique**. (Hétérotopie osseuse dans un cas d' —).......... 1787
— — (Réactions de la vésicule biliaire dans l' —) et les inflammations du côlon droit.......... 1291
— **tuberculeuse**.......... 407
— à chaud.......... 1912
Appendicites. (Problème des —) graves ou compliquées de péritonite aiguë.. 877
— **aiguës**. (« Restitutio ad integrum » du péritoine après certaines —).... 1575
Argent.......... 276
Aromates. (Rôle hygiénique des —)... 159
Arsenic pentavalent.......... 236
— **trivalent**.......... 236
Arsénothérapie. (Accidents de l' —).... 1593
Art. (L' —) dans l'édition médicale... 1528
Artère pulmonaire. (Eréthisme cardiaque des adolescents, expression clinique d'une sténose congénitale légère de l' —).......... 784
— — (Thrombose oblitérante de l' —) chez des tuberculeux.......... 1703
Artérite. (Oscillométrie dans l' —) sénile des membres.......... 1400
Artérites. (Action du vaccin antirabique dans le traitement des manifestations douloureuses des —)........ 801
Artériographie expérimentale en physiologie.......... 945
— dans les tumeurs osseuses.......... 1095
— **pulmonaire** chez l'homme vivant... 832
Arthrite. (Maladie de Nicolas Favre et —) aiguë de la hanche.......... 744
— **gardénalique**.......... 784
Arthrites. (Ostéotomies de l'extrémité supérieure du fémur dans le traitement des —) douloureuses de la hanche et des luxations invétérées en particulier.......... 329
Arthrodèse simplifiée pour fracture du calcanéum.......... 407
Arthrodèses pour coxalgies chez l'enfant.......... 831
— dans les tumeurs blanches du genou. 1162
Arthropathies. (Traitement du psoriasis par les sels de manganèse. Action élective sur les —).......... 576
Arthrorise du pied.......... 572
— dans les pieds-bots.......... 746
Arythmie complète.......... 1008
Arythmies. (Variations des pressions minima et maxima des ventricules, les courbes respiratoires du cœur et leur rapport avec les —).......... 1287
Aspirine. (Dérivé iodé de l' —)....... 571
Assainissement au Maroc.......... 327
Asthénie bismuthique. (Opothérapie hépatique injectable dans le traitement de l' —).......... 1955
Asthénie-manie. (Pneumonie et —)... 1495
Asthmatiques. (Manifestations —) chez les fourreurs dues à une sensibilisation à la paraphénylènediamine.... 967
Asthme. (Radiothérapie du pancréas dans l' —).......... 98
— (Rôle des germes microbiens dans l' —). Indications de la vaccinothérapie 1093
— (Y a-t-il parfois une liaison étroite entre l' —) et la tuberculose ?...... 927
— nasal et médication parathyroïdienne.......... 576
— et rhumatisme.......... 1162
— **bronchique**. (Traitement de l' —) par les chocs insuliniques.......... 1368
Asthmes d'origine ovarienne.......... 533
Asystolie. (Radiothérapie thyroïdienne dans l' —) irréductible.......... 1703
— aiguë irréductible guérie par l'ablation du lobe droit du corps thyroïde. 538
— avec grande éosinophilie sanguine.. 1664
— **basedowienne**. (Résultats éloignés de la thyroïdectomie subtotale dans trente-cinq cas d' —).......... 1055
— — traitée par thyroïdectomie en deux temps.......... 831
Atélectasie massive post-hémoptoïque. 404
— — du poumon gauche par obstruction très vraisemblablement néoplasique de la bronche souche.......... 403
— **pulmonaire**. (Diagnostic de l' —).. 404
— — (Formes cliniques de l' —)...... 403
— — (Injection de lipiodol dans un cas d' —).......... 1016
— — (Rôle de l' —) dans la collapsothérapie des cavernes tuberculeuses. 403
— — chez l'enfant.......... 404
— — expérimentale.......... 404
— — de cause pleurale probable..... 404
— — peut-elle résulter de la contraction du poumon ?.......... 404
— — suraiguë par hémoptysie....... 403
— — dans le syndrome d'hémithorax sombre 397
— **pulmonaire**.......... 1956
— — Apnée du nouveau-né et hémorragie méningée.......... 1956
Atélectasies pulmonaires. (Difficultés d'interprétation dans le diagnostic radiologique des —) et les fausses atélectasies.......... 403
Atlas. (Compression du bulbe par malformation de l' —).......... 1704
Atonie générale et son pronostic...... 164

Atropine. (Traitement des syndromes post-encéphalitiques par l' —) à hautes doses 1052
— à doses fortes et progressives dans le traitement des troubles post-encéphalitiques 571
Aurothérapie 27
— (Un cas extraordinaire d'érythrodermie généralisée, consécutif à l' —) 696
— **intra-trachéale** par voie rhino-bronchique 575
— n'est pas aussi dangereuse qu'on le prétend 280
Auscultation. (Audition collective des bruits d' —) en haut parleur avec le télestétophone 928
— (Enregistrement et reproduction des bruits d' —) à l'aide de disques avec le pick-up médical 928
— (Enregistrement sur film des bruits d' —) transmis par haut-parleur avec le phonostéthographe 928
Auto-globulinothérapie. (Déséquilibre prodique au cours des états anaphylactoïdes. Traitement par —) intradermique 1015
Auto-greffe ovarienne. (Résultats obtenus par l' —) 572
Autohémothérapie dans certaines formes de suppurations allergiques 280
Avitaminoses frustes 1464
Avortement 1366
Avortement criminel. (Indications thérapeutiques dans les complications de l' —) et lors des perforations de l'utérus 1917
— **fébrile.** (Pronostic primaire et secondaire de l' —) 257
Azotémie et hypochlorémie chez les prostatiques 365
— survenue après des vomissements 534
— non uréique et son traitement par l'urée et les extraits de foie 447

B

Baccalauréat. (Examen de bonne santé doit être une des épreuves du —) 998
Bacille de Koch. (Recherche du —) dans le contenu gastrique 284
— — (Recherche du —) par la culture des selles 1740
— — (Recherche systématique du —) dans les expectorations broncho-pulmonaires 1128
— **de Pfeiffer.** (Endocardite maligne aiguë à —) 743
— **tuberculeux.** (Recherche du —) dans le contenu gastrique 284
— — (Problème des éléments filtrables du —) 1908
Bacillémie dans l'érythème nerveux 1166
Bacillus fragilis. (Septicémie à —) avec hémorragie intestinale et abcès du foie 1291
— **funduliformis.** (Identité du —) et du fuso-bacterium nucleatum agents de septico-pyohémies post-angineuses 1128
Bactériophage 1831
— (Traitement des ostéites des maxillaires d'origine dentaire par le —) 1449
Bacté staphy-phage. (Guérison d'un anthrax de la lèvre inférieure par le —) 1016
Baryum 276
Bassin. (Elargissement définitif du —) 1258
— **rétréci.** (Accouchement spontané après élargissement définitif d'un —) 534
B. C. G. (Contamination familiale ignorée au cours de la prémunition au —) 701
— (Méningite tuberculeuse à bacilles bovins et à point de départ intestinal chez un enfant vacciné par voie buccale au —) 701
— (Méningite tuberculeuse chez un nourrisson vacciné par le —) et en contact avec une adulte traitée par la collapsothérapie 740
— (Prophylaxie de la tuberculose dans la province de Québec, par vaccination par le —) 328
— (Pour et contre sur le —) 280
— inoffensif pour les sujets sains, l'est-il aussi pour les tuberculeux 699
Bégaiement chez l'enfant 67
Benzoate de benzyle. (Traitement de la gale par le —) 739
— **de soude.** (Guérison d'un abcès du poumon par le —) intraveineux 1579
— — 1911
Benzol 279
— (Surveillance médicale des ouvriers exposés à l'action du —) et d'autres composés volatifs du carbone 1467
Binoxol dans la diarrhée des tuberculeux 1128
Bismuth 235
— (Action thérapeutique dans la syphilis d'un iodure double de —) et de sodium 537
— (Emploi du —) dans les angines aiguës non-spécifiques 1496
— (Œdème aigu du poumon au cours d'un premier traitement antisyphilitique par le —) 1624
Blennorragie 270
— (Méthodes récentes de diagnostic et de traitement 156
— (Pyrétothérapie dans les complications médicales de la —) 1791
— (Réflexions prophylactiques et cliniques sur la —) 1093
— et métabolisme protido-lipidique 1127
Bleu de méthylène 270
— — (Traitement des brûlures par le —) 744
— — (Traitement de la lèpre par le —) 925. 1402
— — en dehors de la lèpre 275
Bordet-Wassermann. (Faut-il standardiser la pratique de la réaction de —) 1491
Bougies. (Dilatation des rétrécissements urétraux par les —) à demeure 156
Botulisme. (Cas de —) 1095
— grave, chez une fillette et son père diabétique. Sérothérapie antibotulinique 1016
Bourgeons. (Effets glucosides des —) de peuplier sur l'élimination de l'acide urique 1787
Bouton anastomotique. (Rétention de —) 198
Bradycardie par dissociation complète avec déformations alternantes des complexes ventriculaires 1291
Bradycardies et syncopes d'origine digestive 239
Bridault. (Traitement de —) et topiques végétaux 576
Brightisme précoce 142
Bronchiectasies. (Hémopneumothorax spontané avec signes de grande hémorragie interne chez un malade probablement porteur de —) 1288
Bromure 279
Broncho-pulmonaire lipiodolée. (Exploration —) 695
Broncho-pulmonaires. (Prophylaxie des complications —) de la coqueluche et de la rougeole en milieu hospitalier 160
Broncho-pneumonie prolongée 1576
Broncho-pneumonies. (Traitement des —) de l'enfant du premier âge par les transfusions du sang 1162
Bronchoscopie. (Extraction par —) d'un corps étranger au cours de l'accouchement 107
Bruit expiratoire. (Dédoublement du —) obtenu par l'expiration forcée et le bruit de galop respiratoire 1288
Brûlures. (Traitement des —) étendues. 576
— (Traitement des —) par le bleu de méthylène 744
Bulbe. (Compression du —) par malformation de l'atlas 1704
Bursites et petits corps étrangers intra-séreux 63

C

Cadres. (Erreur par les —) 116
Cæcum. (Volvulus incomplets chroniques du —) 780
Café décaféiné. (Origine du —) 403
Calcanéum. (Arthrodèse simplifiée pour fracture du —) 407
— (Fracture de la petite apophyse du —) 1743
Calcium 276
Calcul vésical. (Volumineux —) de dix centimètres de long sur six centimètres de large 928
Calculs biliaires. (Rapport de l'infection de la vésicule biliaire et des —) aux affections du myocarde et des coronaires et à l'angine de poitrine 1273
Camphosulfonate d'émétine. (Sel d'émétine, le —) 400
Cancer. (Ablation des ganglions lymphatiques du —) du col utérin 1096
— (Désarticulation inter-scapulo-thoracique dans des cas de récidive de —) du sein avec métastases axillaires inopérables par accès direct 1743
— (Diabète et —) du corps du pancréas 455
— (Diagnostic du —) de l'œsophage 1792
— (Envahissement des ganglions pelviens dans le —) du col 1999
— (Epreuve à la sécrétine et —) du pancréas 1203
— (Fistule duodéno-colique par —) du côlon 330
— (Lutte contre le —) au Portugal 68
— (Magnésium et —) A propos des expériences de Kreyberg et Nielsem 365
— (Métastases consécutives à un —) du poumon 968
— (Part de la Science française dans l'avance actuelle de la question du —) 931
— (Radiothérapie dans le traitement du —) du sein à l'exclusion des récidives et des métastases 1093

Cancer (Radiumthérapie du —) de l'œsophage avec toutes les apparences de la guérison..........576, 744
— (Recherches modernes sur l'étiologie du —)........................ 690
— (Syndromes nerveux dans le —) de l'œsophage........................ 1367
— (Thérapeutique du —)........... 455
— (Traitement chirurgical des adénopathies du —) de la langue......... 1166
— (Traitement du —) du col utérin.... 699
— (Vues nouvelles sur le —).......... 1960
— du col restant après hystérectomie subtotale....................... 407
— de l'estomac.................... 1908
— dans la race noire................ 571
— végétant et métastatique du corps du pancréas avec localisation oculaire........................... 1664
— et chimie....................... 985
— du poumon............... 1744, 1960
— primitif du poumon à forme pleurale et à métastases osseuses multiples simulant une tuberculose pleuro-pulmonaire avec ostéo-arthrites tuberculeuses......................... 1283
— du sein chez l'homme............ 1519
— **d'Aron.** (Réaction du —).......... 160
— **cervico-utérin.** (Infections secondaires du —)........................ 1094
— **pulmonaire.** (Etudes cliniques préparatoires à l'exérèse du —)........ 329
— — (Forme hépatomégalique du —). 120
— **recto-sigmoïdien.** (Résection abdominale du —) par le procédé de Hartmann........................ 831
— **ulcériforme**.................... 927
Cancers. (Electro-coagulation dans le traitement des —) externes........ 819
— (Rôle prophylactique nul des sels halogénés de magnésium dans le cas des —) (adénocarcinomes) spontanés des souris blanches............... 496
— (Téléræntgenthérapie à doses faibles et prolongées des —) généralisés............................ 160
— (Traitement par les radiations des formes inopérables de —) du sein.... 696
— du col après hystérectomie subtotale............................ 284
— développés sur les cicatrices de brûlure............................ 1496
Cancéreux. (Remarques chimiques sur le sang des —)..................... 879
Canal de Wirsung dans les pancréatites aiguës........................ 198
Carbone. (Surveillance médicale des ouvriers exposés à l'action du benzol et d'autres composés volatifs du —)... 1467
— **intraveineux**.................... 964
— — comme agent thérapeutique... 320
— — dans les infections chirurgicales. 576
Carcinose généralisée fébrile d'origine surrénale. Septicémie à streptocoques associés.................... 700
Cardiaque. (Echanges respiratoires et le débit —)....................... 1872
— (Insuffisance —) d'origine œdémateuse secondaire à un syndrome hydropigène pur.................... 927
— (Syndrome respiratoire de l'insuffisance —)........................ 495
— (Insuffisance —) et vagotonie...... 1664
Cardiaques. (Algies des —)........... 1792
— (Traitement des algies des —)..... 666
Cardio-dynamomètre. (Valeur fonctionnelle du cœur, le —).............. 455
Cardiopathies. (Les — congénitales).. 2017
Carie dentaire. (Danger de la —) précoce............................ 1572
— — (Hypertrophie des amygdales et —) deux portes d'entrées de la voie morbide......................... 1258
Castration. (Etat de la vésicule biliaire après —)....................... 1620
Cataracte. (Acromégalie avec diabète sucré, maladie de Basedow et —).... 452
— (Action possible d'un traitement parathyroïdien de la —)............. 879
— (Déplacements et déformations de la pupille après l'extraction totale de la —)......................... 161
— par insuffisance des glandes endocrines......................... 120
Caverne tuberculeuse. (Modification spontanée d'une —)............... 1016
Cellulo-dermite inguino-crurale....... 1663
Cerveau. (Eipthélioma métastatique du —)............................ 1096
Cervicale. (Fracture —)............. 968
Cérébrales. (Opérations —)........... 878
Césarienne. (Avenir obstétrical des femmes césarisées. Supériorité considérable de la —) basse........... 1624
Cétogène. (Régime —) dans le traitement des injections urinaires chez l'enfant.......................... 269
Chauffard. (Hommage à la mémoire du Prof. —)......................... 593
— (A travers l'œuvre de —)......... 615
Chaire du progrès scientifique........ 1261
Chancre mou...................... 964
— **syphilitique**................... 722
— — de l'oreille.................. 832
Chancres syphilitiques du col et des parois vaginales chez les prostituées... 1093
Charcot. (Jean —)................. 1747
Châtel-Guyon. (Indications de la cure de —) en thérapeutique infantile... 1090
Chaulmoogra..................... 270
Chéilite du rouge.................. 744
Chiasmatique. (Diagnostic des affections de la région —) et sellaire..... 1784
Chimie. (Cancer et —)............... 985
Chimiothérapie. (Ictères de la —) antisyphilitique...................... 196
— (Ictères médiats de la —)......... 1199
— (Rhumatisme de la —) chez un goutteux ancien................... 240
— (Synergie dans la —) de la streptococcie expérimentale............. 828
— des parasitoses intestinales........ 1311
Chirurgicale. (Pratique —) dans le Haut-Oubangui................... 878
Chirurgie. (Enseignements du XLVe Congrès français de —)........... 1655
— (Petites règles de la —) parfaite.... 1513
— **des enfants**..................... 925
— **de guerre**..................... 701
— **osseuse** (Avenir de la —).......... 849
— **rénale.** (Observations de —)........ 928
— **réparatrice** mammaire : distribution de la peau sur le sein néoformé..... 1258
Chlorure de papavérine a été utilisé avec succès dans un cas d'occlusion artérielle aiguë.................... 1496
— **de sodium** en solution hypertonique par voie veineuse dans les anorexies des aliénés..................... 291
Chlorhydrolactate. (Traitement de l'hydrocèle vaginale par les injections de —) double de quinine et d'urée..... 1579
Choc. (Contribution à l'étude du —)... 1287
— (Transfusion ne donne pas de —)... 880
— **humoral.** (Appendicite et le —).... 702
Chocs insuliniques. (Traitement de l'asthme bronchique par les —).... 1368
Cholécystectomie. (Du retentissement rénal et hépatique de la —)......... 152
Cholécystites. (Réactions duodénales des —)......................... 425
Cholécystostomie pour ictère prolongé. 699
Cholédoque. (Calculs du —).......... 608
Cholestérol et antigène méthylique associés dans le traitement de la tuberculose.......................... 1703
Chorée rhumatismale................ 1287
— **de Sydenham.** (Malariathérapie de la —)......................... 1011
— — (Traitement de la —) par les injections intramusculaires de sulfate de magnésie...................... 1094
Chrysothérapie. (Accidents nerveux de la —)......................... 496
— (Aleucie hémorragique avec anémie grave après —).................. 1288
— (Anémie grave avec neutropénie et syndrome hémorragique après —).. 1199
— (Galactosurie provoquée chez les tuberculeux pulmonaires soumis à la —)........................... 1056
— (Néphrose lipoïdique après —)..... 1199
— (Valeur de la —) en pédiatrie...... 1467
— et leucémie aiguë................ 740
— des polyarthrites chroniques....... 1467
Circulation coronarienne. (Conception actuelle de la —).................. 1019
— **coronarienne**.................. 1960
Circulatoire. périphérique. (Insuffisance —)............................ 492
Cirrhoses. (Anémie pernicoïde des —). 575
— (Epreuve calorique mixte dans les —)............................ 743
Cirrhotiques. (Déterminisme de l'opsiurie chez les —)................. 1704
Clavicule. (Luxation des deux extrémités de la —)...................... 1167
Cobalt......................... 276
Cœur. (Influence du milieu souterrain sur le —) et l'appareil circulatoire du mineur.......................... 72
— (Force aspiratrice du —) et de son importance au point de vue de la pharmacodynamie et de la clinique. 967
— (Valeur fonctionnelle du —) le cardio-dynamomètre................ 455
— (Variations des pressions minima et maxima des ventricules, les courbes respiratoires du —) et leur rapport avec les arythmies............... 1287
— et appareil circulatoire du mineur.. 309
— et vaisseaux..................... 112
Col. (Cancer du —) restant après hystérectomie subtotale.............. 407
— (Cancers du —) après hystérectomie subtotale....................... 284
— **utérin.** (Ablation des ganglions lymphatiques du cancer du —)......... 1096
— (Envahissement des ganglions pelviens dans le cancer du —)......... 1999
— — (Epithélioma cylindrique du —). 498
— — (Traitement du cancer du —)... 699
Colibacilles. (Mutations possibles « in vitro » de —) en entérocoques..... 928
Colibacillose urinaire. (Action de l'iodéopirine dans le traitement des différentes manifestations de la colibacillose et, en particulier, dans la —) 1168
— (Manifestations cutanées de la —).. 1960
Colibacilloses prolongées symptomatiques d'hydronéphrose congénitale... 568
— **urinaires.** (Pseudo- —)........... 1664
Colique appendiculaire de Talamon. Sa valeur clinique.................. 1575
Colite rhumatismale............... 1016
— **ulcéro-hémorragique**............. 538
Collapsothérapie. (Action des méthodes de —) sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire............... 1165
— (Méningite tuberculeuse chez un nourrisson vacciné par le B. C. G. et en contact avec une adulte traitée par la —)........................ 740
— (Mode d'action des méthodes de —) sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire......................... 1127
— (Rôle de l'atélectasie pulmonaire dans la —) des cavernes tuberculeuses.......................... 403

Collapsothérapie hypotensive dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ... 1534
Collapsus mortel au cours d'un traitement par l'anatoxine staphylococcique ... 452
Côlon. (Actinomycose du —) descendant ... 538
— (Tumeurs du —) droit ... 967
— **pelvien.** (Tumeurs bénignes du —) ... 408
Colonne vertébrale. (Malade atteint de fracture de la —) compliquée de disjonction pubienne ... 353
Coma. (Signe de localisation au cours du —) par lésion cérébrale circonscrite : le signe de Courtois ... 1855
— (Syndrome cérébello-spasmodique durable survenu après un —) toxique cyanhydrique ... 1703
— **barbiturique.** (Amaurose transitoire après un —) traité par la strychnine. 743
— — (Etat de mort apparente au cours d'un —). Injection intracardiaque de strychnine, d'ouabaïne et d'adrénaline ... 330
— — (Séméiologie du —) ... 925
— **diabétique** et acide salicylique ... 1095
— **urémique** chez un adolescent première manifestation clinique d'une néphrite chronique grave associée à des troubles endocriniens ... 1579
Congrès français de chirurgie. (Enseignements du XLV[e]) ... 1655
— **international de microbiologie.** (Quelques renseignements tirés du 11[e] —). 1429
— **de médecine.** (Enseignements du —) 1688
— — physique ... 1048
Conjonctivite diphtérique sans membrane, chez des sujets atteints de diphtéries méconnues de la gorge et du nez ... 1468
Conservation. (Procédé de —) des jus de fruits ... 159
Conserves alimentaires. (Valeur antiscorbutique des —) ... 1667
Contagions hospitalières. Les modes de transmission de la rougeole ... 159
Contamination. (Danger de —) tuberleuse par le personnel des services d'enfants ... 783
— (Lutte contre la —) intérieure dans les hôpitaux d'enfants ... 1660
Coqueluche. (Prophylaxie des complications broncho-pulmonaires de la —) et de la rougeole en milieu hospitalier ... 160
— et hygiène infantile ... 239
Corps étranger. (Extraction par bronchoscopie d'un —) au cours de l'accouchement ... 107
— — (Volumineux —) appendiculaire. 198
— — intra-oculaire toléré trente-cinq ans ... 369
Corps étrangers. (Bursites et —) intraséreux ... 63
— — (Observations de —) des voies digestives supérieures chez des enfants de moins de un an ... 407
— — (Synovectomie pour genou rhumatismal avec gros —) ... 407
— **thyroïde.** (Thyroïdectomie totale pour insuffisance cardiaque chez des malades à —) normal ... 198
Corpuscule carotidien. (Tumeur du —). 533
— — (Tumeur du —) ... 1999
Coryza. (Thérapeutique du —) aigu banal ... 448
Cotyle. (Fractures du fond du —) avec pénétration intrapelvienne de la tête fémorale ... 191
Couronne dentaire restée neuf mois dans une bronche et expulsée par un effort de toux ... 743
Coxalgies. (Arthrodèses pour —) chez l'enfant ... 831
Coxarthrie guérie par des moyens médicaux ... 880
— ... 1955
Crachats. (Valeur pratique de la culture des —) pour le diagnostic des tuberculoses paucibacillaires ... 327
Créosote ... 28
Cryptorchidie. (Hormonothérapie dans la —) ... 963
Cubitus. (Sub-luxation de l'extrémité inférieure du —) en avant ... 1167
Curatisants ... 115
Curiethérapie. (Nécrose des maxillaires après —) interne ... 1663
Cuti-réaction à la tuberculine chez l'adulte ... 1553
Cuti-réactions à la tuberculine chez les enfants ... 1572 1955
Cytostéatonécrose prémammaire et épiploïque ... 1915

D

Dégénérescence maligne d'une maladie scléro-kystique du sein ... 1118
Delirium tremens et abcès du poumon. 726
Délivrance. (Hémorragies de la —) ... 1955
Dénatalité ... 72
Dermatologie ... 696
— (Coup d'œil sur la —) après le Congrès de Budapest ... 160
Dermatoses. (Déformation des —) par les médicaments ... 1787
— (Opothérapie splénique et —) ... 1368
Dermite à l'eau de javel ... 663
Dermites artificielles dues au leucoplaste. Essais expérimentaux ... 780
Déséquilibre protidique au cours des états anaphylactoïdes. Traitement par auto-globulinothérapie intradermique ... 1015
Développement psychique de l'enfant et de l'adolescent ... 1399
Diabète. (Lithiase pancréatique et —). 575
— (Quelques remarques sur le pronostic du —) ... 137
— (Thérapeutique diététique et insulinique du —) ... 1791
— **de l'âge** mûr ou mieux les dysglucies de vieillissement ... 1016
— **bronzé** avec infantilisme et insuffisance cardiaque ... 497
— — et insuffisance surrénale ... 1703
— **insipide.** (Action paradoxale d'un diurétique mercuriel dans un cas de —) ... 1788
— — (Etude de l'élimination des chlorures et du pouvoir concentrateur du rein ... 1011
— — (Sarcoïdes noueuses disséminées avec —) associé ... 1788
— — apparu après application d'un appareil à friser les cheveux ... 1291
— consécutif à une entorse tibiotarsienne ... 291
— — avec glycosurie ... 287
— **sucré.** (Acromégalie avec —) maladie de Basedow et cataracte ... 452
— et cancer du corps du pancréas ... 455
— et rhumatisme articulaire aigu ... 1056
Diabètes de l'âge mûr ... 1402
Diabétiques. (Chirurgie des états —) ... 1167
— (Tuberculose pulmonaire chez les —) 1827
Diagnostic. (Erreurs de —) en matière de sciatique ... 1492
Diagnostics. (Erreurs de —) en matière de tuberculoses osseuses ... 695
Diarrhée. (Binoxol dans la —) des tuberculeux ... 1128
Diathermo-coagulation est le seul traitement du nævo-carcinome ... 288
Digitale. (Contre-indication de la —) et des digitaliques ... 1096
Digitalis lanata. (Quelques propriétés pharmaco-dynamiques du totum glycosidique de —) ... 1917
Dinitrophénol ... 328
— (Du nouveau sur le —) ... 162
Diphtérie. (Epidémies de —) à la Maternité de Lariboisière ... 1743
— dans une grande ville. Vers la vaccination antidiphtérique obligatoire. 451
— **maligne.** (Strychnothérapie dans la —) ... 922
Diphtéries. (Conjonctivite diphtérique sans membrane, chez des sujets atteints de —) méconnues de la gorge et du nez ... 1468
Discours du Docteur Siredey à l'Académie de médecine ... 159
Disjonction pubienne. (Malade atteint de fracture de la colonne vertébrale compliquée de —) ... 353
Dissociation complète avec flutter auriculaire transitoire ... 537
Distomose. (Nouveau parasite. Une nouvelle maladie, la —) intestinale porcine ... 496
Diurétique mercuriel. (Action paradoxale d'un —) dans un cas de diabète insipide ... 1788
Diurétiques mercuriels ... 1832
Diverticule. (Torsion d'un —) de la vaginale ... 1096
Diverticules duodénaux ... 198
Doigts. (Opération de Dujardin-Beaumetz dans les lésions accidentelles des —) et la restauration fonctionnelle des mains mutilées ... 305
Dolichocôlon. (Déterminisme pathogénique au déterminisme pathogène dans le —) ... 954
Dosage biologique. (Méthodes statistiques de —) de la scille ... 1287
Drata. (Action hypoglycémiante de l'extrait testiculaire dans le —) ... 1368
Duodénal. (Perforations d'ulcère gastrique et —) ... 1258
Duodénum. (Diverticule de la III[e] position du —) ... 1999
— (Ulcère double du —) ... 1996
— (Ulcère duodénal avec dilatation considérable de la première portion du —) ... 928
Dynamomètre cardiaque. (Applications cliniques du —) ... 880
Dysenterie. (Epidémie de —) ... 492
Dysostose cléido-cranienne avec malformations vertébrales ... 1915
Dysphagie. (Anesthésie électrique dans la —) douloureuse du néoplasme œsophagien ... 744
Dystrophies chordales ... 1165
— **musculaires progressives.** (Traitement des —) et plus spécialement des myopathies ... 9
Dysostoses préchordales ... 926

E

Eau de javel. (Dermite à l' —)........ 663
Eaux minérales du Nicaragua sont peu connues, bien qu'intéressantes...... 364
Echinococcose alvéolaire du foie....... 1704
— en Bulgarie..................... 968
Ecoles de plein air et conditions d'hygiène nécessaires pour le développement normal de l'enfant........... 739
Ectopie testiculaire. (Traitement médical de l' —)..................... 72
Eczéma. (Intolérance professionnelle) au rubiazol...................... 879
— **infantile**...................... 14
— — (Extraits lipidiques de rate dans l' —).......................... 162
Edition médicale. (L'art dans l' —).... 1528
Egagropiles ou tumeurs pileuses chez les enfants........................ 1513
Electrencéphalographiques. (Etudes —) Electrencéphalogrammes chez une malade à laquelle on a extirpé une portion du lobe frontal gauche..... 1128
— du chat et du cobaye nouveau-nés.. 1128
Electro-cardiogramme à morphologie variable avec projections.......... 288
Electro - cardiographiques. (Modifications —) chez un enfant atteint de maladie de Friedreich et chez son père.............................. 832
Electro-coagulation dans le traitement des cancers externes............. 819
Electro-encéphalographiques......... 1832
Electro-radiologique. (Traitement —) des algies.......................... 385
Eléphantiasis tropical.............. 878
Elimination urinaire physiologique du brome de l'organisme humain...... 1912
Embolie gazeuse..................... 1641
Embolies pulmonaires (Physio-pathologie des accidents mortels consécutifs aux —)..................... 1012
— — (Prévention expérimentale des accidents consécutifs aux —)....... 1012
Emétine............................ 270
— (Sel d' —) le camphosulfonate d'émétine.............................. 400
Emotif. (Impressionnable vagotonique variété d' —)..................... 802
Empoisonnement par les « mousserons » 664
— (Le triple — de Nantes) 2023
Empoisonnements. (Utilité de la rechloruration dans les —) par amanites.............................. 1792
Empyème. (Pneumothorax suffocant. —) de nécessité. Pleurésie pulsatile.. 54
Encéphalite de la scarlatine.......... 497
Encéphalites aiguës. (Etiologie des —) infantiles......................... 116
Enchondromes multiples des membres inférieurs......................... 783
Endocardite. (Septicémie entérococcique maligne. —), pleurésie séro-fibrineuse............................ 862
— **maligne** aiguë à bacille de Pfeiffer... 743
— — à staphylocoques.............. 1664
Endométriomes. (Diagnostic des —) de l'ovaire.......................... 1996
Endoprotéinothérapie dans le traitement de la fièvre ondulante........ 1894
Enfance. (Alimentation dans la première —)........................ 433
Entérite. (Vaccination par voie buccale de nouveau-nés atteints d'—) grave provoquée par un bacille dysentérique......................... 926
— **ulcéreuse.** (Perforation de l' —) des tuberculeux...................... 879
Entérocoques. (Mutations possibles « in vitro » de colibacilles en —)........ 928
Entorse tibio-tarsienne. (Diabète insipide consécutif à une —).......... 291
Entorses. (Traitement des —) par la novocaïne........................... 1536
Epanchements pleuraux invisibles..... 1313
— séro-fibrineux de la plèvre dans leurs rapports avec la tuberculose pulmonaire......................... 1422
Epaule. (Luxation de l' —). Ossification para-articulaire............. 498
— (Radiographies de l' —) montrant la nécessité d'une technique radiographique.......................... 119
Ephelides. (Traitement des —)........ 1469
Epilepsie. (Pleurs de sang et —)...... 291
— (Tuberculome et —)............... 1428
— **cardiaque.** (Pathogénie de l' —).... 1291
— **traumatique.** (Efficacité de l'acétylcholine dans le traitement de l' —).. 447
Epileptiques. (Accidents para- —) chez l'enfant......................... 736
Epiphysaire. (Action d'un extrait —) sur quelques constituants biochimiques du sang.................... 1235
Epiploïque. (Cytostéatonécrose prémammaire)....................... 1915
Epithélioma cylindrique du col utérin.. 498
— métastatique du cerveau.......... 1096
Epithéliomas cutanés. (Traitement des —) par le thermocautère........... 1468
Epituberculoses. Processus pneumoniques tuberculeux curables des périodes primaires et secondaires..... 568
Erasme devant la médecine et les médecins............................ 1217
Eréthisme cardiaque des adolescents, expression clinique d'une sténose congénitale légère de l'artère pulmonaire............................ 784
Ergotamine. (Action de l' —) sur l'écoulement et la composition de la lymphe du canal thoracique........... 1743
Erosion ponctuée des ongles.......283 327
Eruptive. (Maladie —) à forme d'érythème papuleux.................... 1915
Erythème annulaire rhumatismal et streptococcémie à « streptococcus viridans »........................ 1663
— **nerveux.** (Bacillémie dans l' —).... 1166
— **noueux.** (Maladie de Nicolas Favre et —)....................1200, 1791
— — (Virage de la réaction tuberculinique au cours de l' —)........... 1788
— — de l'adulte est-il toujours tuberculeux ?.......................... 1463
— **polymorphe** et érythème noueux... 1288
— **rhumatismal**..................... 1200
Erythrémie essentielle. Echec relatif de la télérœntgenthérapie. Amélioration par la phénylhydrazine........... 1704
Erythroblastoses à type familial observées chez le nouveau-né........... 71
Erythrodermie. (Extraordinaire d' —) généralisée, consécutif à l'aurothérapie............................ 696
— et polynévrite arsénicales consécutives à un traitement thermal non surveillé............................ 1291
Erysipélatoïde staphylococcique migrateur............................ 497
Erysipèle. (Septicémie streptococcique, —) de la face et adénopathie suppurée........................... 366
Estomac. (Cancer de l' —)........... 1908
Estomac. (Dilatation aiguë de l' —) au cours d'une réaction pleurale violente chez une porteuse de pneumothorax droit.......................... 537
— (Gastrectomie pour l'ulcère de l' —). 1744
— (Recherche du bacille tuberculeux dans l' —)....................... 534
— (Ulcère de l' —) et appendicite...... 572
— (Ulcère perforé de l' —) au cours d'une appendicite aiguë 928
— atteint de deux ulcères térébrants.. 364
Eto-butyléthyl-malonylurée. (Action de la strychnine sur le réveil des animaux narcotisés par l' —)......... 828
Eventration diaphragmatique......... 408
Evipan sodique. (Rein et —).......... 1787
Examen médical complet des candidats à la naturalisation et leur famille... 1287
Exanthème. (Fièvre de trois jours des jeunes enfants avec —) critique et granulocytopénie (sixième maladie). 1572
Exophtalmies. (Fausses —)........... 1200
Extrait testiculaire. (Action hypoglycémiante de l' —) dans le drata...... 1368

F

Fémorale. (Anévrysme traumatique de la —).......................... 1912
Fémur. (Ostéotomies de l'extrémité supérieure du —) dans le traitement des arthrites douloureuses de la hanche et des luxations invétérées en particulier.......................... 329
— (Tumeur osseuse du —)........... 1056
Fer................................ 276
Fermentation panaire............... 364
Fibrinémie. (Dosage pondéral de la —). 700
— (Valeur séméiologique du dosage pondéral de la —) dans les affections hépatiques 700
Fibromes. (Radiothérapie et cancérisation des —).................... 1052
— **utérins.** (Indications thérapeutiques dans les —)..................... 568
— — (Troubles digestifs dans les —).. 1492
Fibro-myomes utérins. (Diagnostic et traitement des —)................ 960
Fièvre. (Reproduction expérimentale de la —) des fondeurs ; sa forme atténuée. Fébricule zincique professionnelle des soudeurs................ 665
— de trois jours des jeunes enfants avec exanthème critique et granulocytopénie (sixième maladie)....... 1572
— **boutonneuse** observée à Paris...... 1915
— **jaune.** (Vaccination contre la —)... 1762
— **ondulante** en Anjou............... 1624
— — d'origine bovine............... [illegible]
— — (Endoprotéinothérapie dans le traitement de la —)............... 1894
— — (Maladie de Hogdkin à forme de —)............................ [illegible]
— — (Prophylaxie de la —).......... [illegible]
— **récurrente.** (Existence en Grèce d'une —) dont le spirochète revêt les caractères « de spirochæta hispanica » agent de la fièvre récurrente hispano-africaine......................... 1055
— **typhoïde** et coquillages sur le littoral méditerranéen .... [illegible]

Fièvres prolongées chez l'enfant...... 1153
Fistule duodéno-colique par cancer du côlon.......................... 330
— **urétéro-vaginale** partielle......... 1258
Fistules intestino-cutanées après appendicectomie...................... 1314
— (Traitement des —) à l'anus....... 1999
Flutter auriculaire. (Association du —) et du blocage auriculo-ventriculaire. 664
— — (Dissociation complète avec —) transitoire...................... 537
Foie. (Azotémie non uréique et son traitement par l'urée et les extraits de —)......................... 447
— (Extraits du —) dans le traitement de l'anémie pernicieuse........... 665
— (Insuffisance hépatique et déformations du —)..................... 553
— (Kyste hydatique du —) ancien et calcifié, tardivement ouvert dans les voies biliaires.................... 1496
— (Kyste hydatique du —) latent révélé par un ictère du type par rétention.......................... 1291
— (Kyste hydatique du —) révélé par une hémoptysie................... 968
— (Kystes non-parasitaires du —).... 1996
— (Sarcome primitif du —).......... 68
— et acide ascorbique.............. 1851
— dans les anémies................. 115
— dans la polynévrite éthylique...... 1287
Folliculine. (Dosage de la —) en clinique, technique : indications générales.......................... 575
— (Traitement par la —) de la grande hémophilie familiale............ 1338
— est-elle une hormone ovarienne. Ses indications dans le traitement de la stérilité....................... 64
— **urinaire.** (Evolution de la —) chez la femme castrée par ovariectomie ou radiothérapie ovarienne.......... 366
Forage médical de la hanche......... 964
Forages. (Technique des —) des enchevillements et de l'arthrodèse de la hanche par la voie transcervicale.... 702
Formol. (Historique de la découverte des applications du —), dans le domaine médical................. 327
Formulaire pharmaceutique du Service de santé de l'armée............... 557
Formule magistrale et spécialité pharmaceutique sont-elles deux rivales et même deux sœurs ennemies ?...... 696
Fosse septique et moustique.......... 1127
Fractures. (Appareil à contention des —) du membre supérieur.......... 1167
— (Infiltrations novocaïniques et mobilisation des —).................. 1999
— **cotyloïdiennes**................. 1996
Frei. (Intradermo-réaction de —)..... 1929
Frigore. (Paralysie faciale périphérique dite « a —) est fonction d'une atteinte artérielle des vaso-nervorum..... 1460
Fruits. (Préparation du jus de —)..... 926
Furet. (Transmission au —) du virus de la grippe humaine................ 1872
Furoncles. (Radiothérapie des —) et des anthrax..................... 963
— de la lèvre supérieure et radiothérapie......................... 288

G

Gaïacol. (Sirop de —) composé....... 403
Galactosurie provoquée chez les tuberculeux pulmonaires soumis à la chrysothérapie.................. 1056
Gale. (Diagnostic et traitement de la —). Pédiculoses et phtiriase inguinale......................... 1856
— (Traitement de la —) par le benzoate de benzyle...................... 739
— (Vaccine généralisée après une frotte de —)......................... 576
Galop. (Bruit de —)................ 1464
Ganglion. (Infiltration novocaïnique du —) stellaire..................... 408
Ganglions. (Diagnostic de la maladie de Hodgkin par la ponction des —).. 1094
— **lymphatiques** (Ablation des —) du cancer du col utérin.............. 1096
— **pelviens.** (Envahissement des —) dans le cancer du col............ 1999
Gangrène. (Lymphangite avec —) de la main.......................... 1663
— (Malades atteints de —) des membres inférieurs.................. 1353
— (Remarquable action de l'insuline sur la —) cutanée ischémique...... 72
— **gazeuse** après injection médicamenteuse......................... 1579
— **de la main** au cours d'une septicémie ictérigène à B. perfringens......... 743
— **du membre** inférieur............. 1663
— **sénile.** (Traitement de la —)...... 198
Gastrectomie. (Ulcère duodénal ancien. Sténose pylorique. —)............ 538
— pour l'ulcère de l'estomac......... 1744
Gastrectomies. (Statistique de cent-cinq —) pour ulcère.................. 700
— et anémies consécutives.......... 1258
Gastro-entérostomie................ 407
Gastropathies allergiques............ 1008
Gastrostomie fonctionnant depuis quarante ans...................... 968
Gaz de guerre. (Mécanisme suivant lequel les —) dits « suffocants » agissent sur le tissu pulmonaire pour provoquer l'œdème aigu du poumon. 1912
Génito-urinaires. (Traitement des affections —) par un mélange de bismuth-S. oxyquinoléine et d'isopropylnaphtalène sulfonate de soude... 366
Genou douloureux. Forage de l'extrémité supérieure du tibia........... 1200
Gentiane. (Rouge neutre et violet de —) dans la lèpre.................... 275
Gestation. (Un signe de l'appendicite au cours de la —).................. 1371
Gigantisme. (Cas de —)............. 926
Glande mammaire. (Reconstruction de la —)......................... 119
Glandes à sécrétion interne.......... 156
— **génitales.** (Tuberculose et —)..... 1864
Glaucome. (Justification des traitements médicaux du —) chronique... 1579
— chronique à tension artérielle. Traitement calco-magnésien.......... 369
Globules rouges. (Variabilité de la sédimentation des —)............... 663
Glosso-pharyngien. (Névralgie du —).. 538
Glycérine phéniquée en otologie....... 1792
Goitre. (Maladie de Basedow sans —).. 120
— (Troubles cardiaques dans le —) avec hypothyroïdie............. 567
Golf-Stream. (Syndrome et la fièvre estivale du —)................... 1008
Gonocoque. (Propos sur le —)......... 877
Goudron. (Bain de —) dans le traite-
Goutte et hyperuricémie............ 1952
ment des psoriasis................ 1093
Goutte ulcérée du pied avec importante destruction osseuse............... 879
Goutteux. (Réactions intestinales chez le —) et l'uricémique............... 928
Grancher. (Trente ans de la vie d'un foyer de l'Œuvre de —)........... 665
Granulie. (Forme pleurale de la —)... 1328
— froide......................... 1165
Gravelle urinaire chez les enfants..... 67
Greffe. (Reconstitution osseuse par —). 1999
Greffes ovariennes.................. 878
— — (A propos des —)............ 831
Greffon osseux. (Humérus reconstitué par —)........................ 1912
Grêle. (Infarctus du —) post-opératoire 1788
— (Infarctus du —)................ 1912
Grippe. (Epidémie de —)........ 492, 967
— et tuberculose.................. 1624
— **humaine.** (Transmission au furet du virus de la —).................. 1872
Grossesse. (Diagnostic précoce de la —) par la réaction pupillaire de Bercovitz...................... 498, 1402
— (Spirochétose ictéro-hémorragique évoluant pendant la —)........... 921
— et pneumothorax................ 739
— **gémellaire** et sa pathologie........ 729
— **tubaire.** (Malade atteinte de rupture de —)......................... 1190
Guerre bactériologique. (A propos de la —)........................... 655
Gynécologie. (Hormonothérapie en —). 1496

H

Hallucinations auditives. (Force déterminante des —).................. 345
Hallux varus par redoublement....... 968
Hanche. (Maladie de Nicolas-Favre et arthrite aiguë de la —)............ 744
— (Luxations congénitales de la —)... 1912
— (Luxation de la —).............. 1996
— (Luxations irréductibles ou incoercibles de la —).................. 1912
Héliothérapie. (Natrémie et réserve alcaline du sérum au cours de l' —)... 828
Hématies. (Sédimentation des —) dans la syphilis...................... 827
Hématome intracérébral............ 365
— spontané de la paroi abdominale... 120
Hématopoïèse. (Action pharmacologique des composés métalliques sur l' —)........................... 363
Hémiatrophie faciale droite avec atrophie du membre supérieur du côté opposé à type Aran-Duchesne...... 455
Hémipancréatectomie gauche......... 740
Hémisyndrome bulbaire direct, séquelle d'angine diphtérique............. 700
Hémithorax. (Atélectasie pulmonaire dans le syndrome d' —) sombre.... 497
Hémocrinothérapie. (Anthrax de l'avant-bras et —).................. 1664

Hémocrinothérapie dans les affections staphylococciques cutanées........ 1915
Hémoptysies foudroyantes............ 1832
Hémorragies. (Prophylaxie des —) opératoires par les extraits hépatique et gastrique...................... 291
— (Traitement des —) par le venin de vipère Daboïa.................. 1128
— de la délivrance................. 1955
— **gastro-duodénales** et régime alimentaire 575
— **méningées.** (Hémorragie méningée de cause indéterminée chez une jeune femme.) — de l'adolescence....... 874
— **utérines.** (Insuline dans les —)..... 702
— — (Position et technique de la radiothérapie dans le traitement de —) de la ménopause.............. 964
Hémophilie. (Traitement par la folliculine de la grande —) familiale....... 1338
Hémopneumothorax spontané bénin... 1016
— — avec signes de grande hémorragie interne chez un malade probablement porteur de bronchiectasies.... 1288
Hémoptysie. (Atélectasie pulmonaire suraiguë par —).................. 403
— (Kyste hydatique du foie révélé par une —)........................ 968
— foudroyante par communication directe d'un vaisseau et d'une bronche lobaires...................... 329
Hémoptysies. (Traitement rationnel des —) des tuberculeux........... 266
Hépatiques. (Détermination et mécanisme de certains œdèmes chez les —)........................... 1288
— (Extraits —) et syphiligraphie...... 1664
Hépatites diabétiques. (Contribution à l'étude des —).................. 637
Hépato-bilaires. (Valeur régulatrice de l'exercice musculaire sur les métabolismes chez les —)................ 1463
— **néphrite** aiguë post-abortum terminée par la guérison............... 832
Hérédité. (Rôle respectif de l' —) et de la contagion dans la genèse de la tuberculose...................... 1575
Hérédo - tuberculose d'Auguste Lumière.............................. 72
Hermaphrodite avec séminome tordu.. 407
Hernie scrotale géante............. 572
— **inguinale.** (Volumineuse —)....... 646
— — droite étranglée contenant le cæcum et l'appendice perforé....... 702
Hernies. (Phrénicectomie préalable pour le traitement des grosses —)... 1664
— inguinales volumineuses........... 198
Hétérotopie osseuse dans un cas d'appendicite chronique............... 1787
Histamine. (Injections intradermiques d' —) dans le traitement de la douleur et de la contracture au cours des rhumatismes aigus et chroniques.... 784
— (Réactogénothérapie de l'urticaire récidivante par l'ionisation à l' —).. 736
Histidine. (Traitement des ulcères gastro-duodénaux par l' —)........... 666
Histochimie. (Remarques sur l' —) des cellules cancéreuses............ 364
Hoquet post-sérothérapique.......... 330
Hormone ovarienne. (Folliculine est-elle une —). Ses indications dans le traitement de la stérilité........... 64
— **testiculaire.** (Acétate de testostérone —) synthétique.............. 534
Hosmones parathyroïdiennes et épilepsie............................ 197
Hormonothérapie dans la cryptorchidie............................ 963
— en gynécologie.................... 1496
Huile camphrée. (Inocuité et avantage des injections intraveineuses d' —).. 1056
Huile camphrée. (Technique et indications des injections intra-veineuses d' —)........................ 1096
— **iodée.** (Epreuve pancréatique à l' —)......................... 1579
Humérus. (Fractures de l' —)....... 1912
Humérus. (Kyste de l'extrémité supérieure de l' —).................. 1250
— (Pseudarthrose de l' —).......... 408
— reconstitué par greffon osseux..... 1912
Humeurs. (Troubles des —) dans la scarlatine......................... 699
Hydatide. (Torsion d'une —) pédiculée chez la femme enceinte........... 1166
— **de Morgagni.** (Torsion de l' —) chez la femme...................... 1787
Hydrocèle vaginale. (Traitement de l' —) par les injections de chlorhydro-lactate double de quinine et d'urée.. 1579
Hydrologiques. (Indications —) d'Aix-les-Bains....................... 1089
Hygiène. (Ecole de plein air et conditions d' —) nécessaires pour le développement normal de l'enfant...... 739
— dans les piscines................. 364
— **infantile.** (Coqueluche et —)....... 239
Hygiéniste et médecin.............. 444
Hyperextension. (Fréquence de l' —) des coudes chez les psychasthéniques 926
— **forcée** et incision transversale dans la chirurgie des voies biliaires...... 538
Hyperglycémie post-opératoire........ 699
Hypertendus. (Glucides du plasma des —)........................... 89
— **artériels.** (Tension rachidienne des —)........................... 287
Hypertension. (Irido-cyclite avec —).. 1911
Hypertension. (Phobie de l' —)....... 495
— **artérielle.** (Eléments de pronostic de l') — 1536
— — (Filles de 15 mois et de 3 ans 11 mois présentant de l' —) permanente sans symptômes de néphrite chronique..................... 221, 257
— — (Fille de 15 ans atteinte d'une néphrite chronique d'emblée avec —) et azotémie...................... 1327
— — (Traitements récents de l' —)... 448
— — et troubles humoraux.......... 119
— — paroxystique dans un cas de pouls lent permanent............ 1915
— — (Nerfs du rein dans l' —)....... 1937
Hyperthyroïdie. (Traitement chirurgical de l' —) avec accidents cardiaques............................ 1791
Hypertrichose du visage chez une jeune femme de 20 ans................. 288
Hypertrophie. (Mort subite chez un nourrisson de 4 mois porteur d'une —) du thymus................. 744
— (Pathogénie de l' —) de la prostate.. 407
— des amygdales et carie dentaire, deux portes d'entrées de la voie morbide............................ 1258
— **prostatique.** (Origine endocrinienne de l' —)......................... 1911
— — (Origine endocrine de l' —)...... 1982
Hyperuricémie. (Goutte et —)........ 1952
Hypocalcémie et pertes de connaissance d'origine indéterminée............ 1463
— **des brightiques.** (Importance de l' —)......................... 1955
Hypochlorémie. (Azotémie et —) chez les prostatiques................... 365
Hypofonctionnement préhypophysaire dans des cas de maigreur........... 1704
Hypoglycémie spontanée............. 452
— et intoxications.................. 1199
Hyposulfite de magnésium........... 279
Hypotension artérielle et son traitement.............................. 1168
Hypothyroïdie. (Troubles cardiaques dans le goitre avec —)...... 567
Hystérectomie. (Lésions urétérales après —)........................ 498
— (Pince automatique pour fermer le vagin dans l' —) totale............ 1959
— **subtotale.** (Cancers du col après —). 284, 407
Hystérectomies abdominales. (Sur un point de technique dans les —).... 562

I

Ictère. (Cholécystostomie pour —) prolongé.......................... 699
— (Kyste hydatique du foie latent révélé par un —) du type par rétention 1291
— à boue blanche................... 1012
— **catarrhal**....................... 986
Ictères médiats de la chimiothérapie... 1199
— de la chimiothérapie antisyphilitique............................ 196
— partiels.......................... 1291
Iléus paralytique apparu à la suite d'une éruption sérique et ayant imposé la laparatomie............... 702
— post-opératoire.................. 198
Image radiologique arrondie intrathoracique dans un cas de neuro-fibromatose............................ 1288
Immunisation antidiphtériques des étudiants.......................... 1287
Immunité. (Efficacité et la durée de l' —) dans la vaccination antitypholdique......................... 1872
— **antidiphtérique.** (Recherches sur l' —) chez les adultes soumis à la vaccination associée triple antityphoparatyphoïdique, antidiphtérique, antitétanique......................... 926
— **Antitétanique** et l'immunité antityphoparatyphoïdique chez l'adulte soumis à la vaccination associée triple antityphoparatyphoïdique, antidiphtérique et antitétanique....... 1660
Immuno-métallo-thérapie........... 1160
Impotences fonctionnelles. (Valeur et interprétation des renseignements fournis dans l'évolution des —) par l'électro-diagnostic............... 1056
Infantilisme splénique de type Cooley. 1015
Infarctus du grêle............. 1788 1912
— **génitaux**................... 407. 1258
— **intestinal**...................... 455
Infarctus intestinaux............... 198
Infection. (Lutte contre l' —). Le microbe et le terrain................ 761
— **charbonneuse** (Traitement de l' —). 1052
— **gonococcique** expérimentale chez le cobaye............................ 1056
— **tuberculeuse.** (Pourquoi l' —) est-elle allergisante et n'est-elle pas vaccinante............................ 155
Infections aiguës. (Elimination du virus tuberculeux par l'urine au cours d' —) non-tuberculeuses........... 155
— **inflammatoires.** (Traitement radiothérapique des —)................ 538
— **staphylococciques**................ 365
Infiltrats pulmonaires labilles juxtahilaires.......................... 1703
Injections intra-artérielles. (Effets physiologiques des —)................ 572
— **urinaires.** (Régime cétogène dans le traitement des —) chez l'enfant.... 269

Inoculation tuberculeuse cutanée suivie d'adénopathie suppurée non-chronique 1832
Insuffisance cardiaque. (Mécanisme des résultats de la mesure de la vitesse circulatoire à l'état physiologique et dans l'—) 537
— — (Mesure de la vitesse circulatoire avec l'éther, la saccharine et la fluorescéine dans les principaux types d'—) 537
— **hépatique.** (Taches rubis. Leur valeur comme signe d'—). Leurs variations 64
— — et déformations du foie 553
— — de l'enfance et son traitement par la cure thermale de Pougues-les-Eaux 872
— **surrénale.** (Diabète bronzé et —) ... 1703
Insuffisances surrénales légères 1485
Insuline. (Etalon international d'—) .. 197
— (Remarquable action de l'— sur la gangrène cutanée ischémique 72
— (Traitement des métrorrhagies par l'—) 363
— comme anaphrodisiaque 1872
— dans les hémorragies utérines 702
— **retard** 1791
Intestin. (Diagnostic et pronostic des tumeurs épithéliales du gros —) 443
— (Oblitération congénitale de l'—) .. 1166
Intolérance. (Thérapeutique des maladies d'—) 1093
— **plurimédicamenteuse** chez un même malade 197
— **provoquée.** (Traitement de l'alcoolisme par l'—) 685
— **rénale** familiale 1199
Intoxication aiguë par la teinture d'aniline 1616
— par l'aniline avec cyanose intense ... 1095
— **alimentaire.** (Néphrose lipoïdique après —) 1203
— **apiolique** 451
— **cyanhydrique** 1959
— — **expérimentale.** (Recherches anatomiques et biologiques sur l'—) ... 1681
— **mercurielle** grave 744
Intoxications. (Hypoglycémie et —) .. 1199
— **alimentaires.** (Déclenchement de quelques —) 571, 633
— **mercurielles.** (Traitement des —) aiguës par la méthode américaine ... 71
Intradermo-réaction de Mutermilch et Grimberg avec polysaccharides gonococciques 880
— — de Frei 1929
Invagination de l'appendice 1663
— **intestinale** 831
— — chez l'adulte 967
Iode dans le traitement de la syphilis .. 491
Iodéopirine. (Action de l'—) dans le traitement des différentes manifestations de la colibacillose et, en particulier dans la colibacillose urinaire .. 1168
Iodiniectol. (Iodure de formine, benzo-sodique salicylé) a été employé dans les affections rhumatismales 283
Ionisation iodée. (Sympathectomie et —) dans le traitement des troubles trophiques et les séquelles consécutives aux plaies des nerfs 152
Irido-cyclite avec hypertension 1911
Isthme. (Diagnostic radiologique du rétrécissement congénital de l'—) de l'aorte 878
— **aortique.** (Rétrécissement congénital de l'—) 878

K

Kala-azar. (Cas de —) 1094
— autochtone de l'adulte 1660
— — (Diagnostic du —) par la ponction ganglionnaire 1915
Kératite trophique guérie par vitaminothérapie locale 288
Kyste. (Faux —) du pancréas 456
— de l'extrémité supérieure de l'humérus 1250
— du ménisque externe du genou 1166
— du mésentère 538
— **hydatique du foie.** (Valeur du tubage duodénal, pour le diagnostic de —) ouvert dans les voies biliaires 196
— — — ancien et calcifié, tardivement ouvert dans les voies biliaires 1496
— — — latent révélé par un ictère du type par rétention 1291
— — — révélé par une hémoptysie 968
Kystes. (Faux —) du pancréas 456
— aériens multiples et volumineux du poumon chez un vieillard 1199
— gazeux du poumon 1288
— dermoïdes de l'ovaire 1960
— lutéiniques de l'ovaire 1787
— non-parasitaires du foie 1996
— **rénaux.** (Conduite à tenir dans les tumeurs et les —) 532

L

Lait. (Liguedu —) 1096
— de femme 1287
— de vache cru : ses inconvénients dans l'alimentation des jeunes enfants ... 1314
Laminectomie. (Paraplégie pottique traitée par —) 408
Laparotomie. Iléus paralytique apparu à la suite d'une éruption sérique et ayant imposé la —) 702
Larmoiement dans la maladie de Basedow 1338
Laryngites graves tardives de la rougeole 1947
Larynx. (Papillomatose du —) 161
Lèpre 270
— (Bleu de méthylène en dehors de la —) 275
— (Centre international d'étude de la —) 72
— (Rouge neutre et violet de gentiane dans la —) 275
— (Traitement de la —) par le bleu de méthylène 925, 1402
— **des rats.** (Modification de l'excitabilité nerveuse dans la —) 1127
Lésions cutanées graves et prolongées guéries par un traitement digestif ... 119
— **pulmonaires.** (Pathogénie des —) d'origine embolique 1012
Leucémie aiguë 1056
— — (Chrysothérapie et —) 740
— — (Syndrome intermédiaire entre la —) et la leucémie myéloïde 1008
— — monoblastique 49
Lèvre. (Furoncles de la —) supérieure et radiothérapie 288
Ligue du lait 1096
Lipiodol. (Injection de —) dans un cas d'atélectasie pulmonaire 1016
— (Insufflation tubaire et injection intra-utérine de —) dans la stérilité. 702
Lipodystrophie. Etude humorale 287
— **progressive** 287
— —. Syndrome de Barraquer-Simonds 28
Lipome. (Volumineux —) du mésocôlon 1996
Liquide céphalo-rachidien. (Monocyte dans le —) au cours des états méningés 280
— — (Paralysie diffuse à type extenso-progressif avec dissociation albumino-cytologique et xanthochromie du —) au cours des oreillons 119
Lithiase biliaire. (Données récentes sur la pathologie de la —) 196
— **pancréatique** et diabète 575
Lobectomie et abcès du poumon 1166
— en deux temps 831
Localisation. (Signe de —) au cours du coma par lésion cérébrale circonscrite : le signe de Courtois 1855
Loi. (Réflexions sur la —) des pensions. 571
Luxation sous-astragalienne du pied ... 1624
— astragalo-scaphoïdienne 1743
— de l'épaule. Ossification para-articulaire 498
— de la hanche 1996
— temporo-maxillaire habituelle 198
Luxations congénitales de la hanche ... 1912
— irréductibles ou incoercibles de la hanche 1912
Lymphangite pulmonaire. (Diagnostic de la —) cancéreuse généralisée sans cancer du poumon 1765
— avec gangrène de la main 1663
Lymphocytes. (Méningite scarlatineuse à —) 537
Lymphogranulomatose maligne, à début aigu et à forme anémique, avec syndrome de Mickulicz 1832
Lympho-pronostic dans les maladies infectieuses 72

M

Magnésie. (Traitement de la chorée de Sydenham par les injections intra-musculaires de sulfate de —) 1094
Magnésium. (Hyposulfite de —) 279
— (Rôle prophylactique nul des sels halogénés de —) dans les cas de cancers (adénocarcinomes) spontanés des souris blanches 496
— et cancer. A propos des expériences de Kreyberg et Nielsem 365
Maigreur. (Hypofonctionnement préhypophysaire dans des cas de —) ... 1704
Maigreurs. (Préhypophyse dans certaines obésités et —) 1849
Mains mutilées. Opération de Dujardin-Beaumetz dans les lésions acciden-

◆

telles des doigts et la restauration fonctionnelle des —) ... 305
Mal des rayons ... 72
Malades vus à la consultation du lundi. 1421
Maladie d'Addison. (Forme fruste de —) 330
— — (Traitement de la —) par l'extrait cortico-surrénal ... 119
— — à évolution lente ... 455
— **de Basedow.** (Acromégalie avec diabète sucré, —) et cataracte ... 452
— — (Larmoiement dans la —) ... 1338
— — (Radiothérapie dans la —) ... 452 1312
— — (Traitement médical de la —) ... 879
— — sans goitre ... 120
— **de Besnier-Bœck** ... 452
— **de Bouillaud.** (Complications névritiques, méningées et médullaires de la —) ... 1623
— — (Pathogénie de la —) ... 664
— **de Buerger** ... 198
— **de Chalier-Levrat.** (Premier cas de —) décrit en Espagne ... 681
— **de Crouzon.** (Oreille dans la —) ... 1787
— **d'Ehlers-Dantos.** Etude anatomo-clinique et biologique ... 1788
— **de Heine-Médin.** (Valeur pratique de la sérothérapie dans le traitement de la —) ... 330
— **de Hodgkin.** (Diagnostic de la —) par la ponction des ganglions ... 1094
— — avec forte éosinophilie et évolution rapide ... 1199
— — (Diagnostic de la —) par la ponction ganglionnaire ... 1955
— — (Forme anurique de la —) ... 1956
— — à forme de fièvre ondulante ... 1959
— **de Nicolas-Favre** ... 270
— — (Lésions cutan., au cours de la —) 1536
— — (Traitement de la —) par les injections intradermiques d'antigène simien ... 1624
— — (Traitement de la —) par les sels d'antimoine ... 1165
— — et arthrite aiguë de la hanche ... 744
— — et érythème noueux ... 1200 1791
— **de Parkinson.** (Traitement de la —) par la cure bulgare ... 928
— **de Raynaud** prédominant aux lobules des oreilles, guérie par le traitement antisyphilitique ... 533
— **de Rendu-Osler.** (Angiomatose hémorragique), à propos de deux cas anormaux ... 926
— **de Rothmund** à forme familiale ... 1200
— **de Sohüller-Christian** ... 700
— **de Simmonds** ... 497
— **de Vaquez.** (Syndromes spléno-polyglobuliques. Dissociation de la —) ... 1012
— **de Volkmann** ... 699
— **hémolytique** familiale ... 927
Maladies infectieuses. (Lympho-pronostic dans les —) ... 72
— **nerveuses.** (Traumatisme et —) ... 1730
— **vermineuses.** (Organisation de la lutte contre les —) parmi la population de l'U. R. S. S ... 1417
— **vénériennes** chez les animaux ... 514
Malariathérapie de la chorée de Sydenham ... 1011
— à de nombreuses contre-indications 283
Malformation de l'atlas. (Compression du bulbe par —) ... 1704
Manganèse. (Traitement du psoriasis par les sels de —). Action élective sur les arthropathies ... 576
Mastoïdites. (Douleur dans les —) ... 568
Mathématiciens. (Les —) ... 1337
Maxillaire. (Ostéome spongieux du —) inférieur ... 498
Maxillaires. (Nécrose des —) après curiethérapie interne ... 1663
— (Traitement des ostéites des —) d'origine dentaire par le bactériophage ... 1449
Médecin. (Hygiéniste et —) ... 444
— et pharmacien ... 403
Médecine. (Evolution de la —) ... 1576
— (Evolution de la —) ne se fait pas toujours dans le sens du progrès ... 1576
— (Histoire de la —) en Touraine ... 806
— en série ... 998
— **vétérinaire.** (Exercice de la —) ... 160
Médicaments sont souvent prescrits d'une facon machinale ... 1496
— antirachitiques ... 27
Médication sthénique nouvelle ... 162
Méga œsophage ... 1055, 1096
Mélitococcie. (Complications osseuses et articulaires de la —) ... 1904
— (Diagnostic de la —) par les méthodes de laboratoire ... 1889
Méningite. (Thiorachie et thiémie chez les gens sains et dan s quelques formes de —) ... 765
— **bénigne** des porchers ... 1396
— **cérébro-spinale.** (Action du jaune d'acridine dans le traitement de la —) ... 1704
— **herpétique** ... 1468
— **lymphocytaire** ... 369
— — bénigne ... 1664
— **ourlienne** primitive ... 455
— **scarlatineuse** à lymphocytes ... 537
— **tuberculeuse.** (Bacille bovin dans l'étiologie de la —) de l'enfant ... 1831
— — à bacilles bovins et à point de départ intestinal chez un enfant vacciné par voie buccale au B. C. G. ... 701
— — et syndrome de Froin ... 1428
— — chez un nourrisson vacciné par le B. C. G. et en contact avec une adulte traitée par la collapsothérapie ... 740
— **à streptocoques** chez l'enfant ... 1468
— — hémolytiques, d'origine otitique, traitée par le sérum de H. Vincent ... 161
Méningites septiques. (Traitement des —) post-traumatiques ... 721
Méningocèle cervicale ... 1258
Méningocoques. (Extension de la pluralité des —) ... 1576
Méningo - encéphalite mélitococcique tardive avec spasmes sylviens et épisodes psychiques ... 287
Ménisques. (Traitement des déplacements des —) du genou sans opération sanglante ... 1402
Ménopause. (Position et technique de la radiothérapie dans le traitement des hémorragies utérines de la —) ... 964
— (Troubles hépato-biliaires de la —) ... 473
Menstruation. (Rapports entre la tuberculose extra-génitale et l'âge de la première —) ... 1185
— (Thérapeutique par les préparations d'or sur la —) ... 1951
Mental. (Profil —) des post-choréatiques ... 949
Mercure ... 235
Mercuriels. (Traitements —) ... 192
Mercurochrome ... 696
Mésentère. (Kyste du —) ... 538
Mésocôlon. (Volumineux lipome du —). 1996
Métabolismes. (A propos de trois —) basaux ... 1007
— (Valeur régulatrice de l'exercice musculaire sur les —) chez les hépato-bilaires ... 1463
Métalloïdes. (Métaux et —) ... 276
Métastases consécutives à un cancer du poumon ... 968
Métaux et métalloïdes ... 276
Méthodes Holger Nielsen et Schaefer-Héderer. (Manœuvre inspiratoire dans les —) ... 1912
Métrorrhagie sénile et tumeur de l'ovaire ... 1744
Métrorrhagies. (Traitement des —) par l'insuline ... 363
Microbiologie. (Quelques renseignements tirés du 11e Congrès international de —) ... 1429
Migraine. (Traitement endocrinien de la —) ... 1791
— (Traitement hépatique de la —) ... 1792
— (Traitement de la —) par les méthodes de modification humorale ... 1792
Migraines. (Rôle des spasmes vasculaires et importance de la thérapeutique antispasmodique ... 1791
Mission au Brésil ... 1917
Moelle cervicale. (Compression de la —) 1495
Molybdates d'ammonium et de sodium. 276
Mongolisme et syphilis congénitale ... 327
— **infantile.** (Problème obstétrical du —) ... 1165
Monocyte dans le liquide céphalo-rachidien au cours des états méningés aigus ... 280
Moranyl ... 279
Morphine et ses dérivés ... 363
Morphologique. (Méthode —) permettant de suivre les transformations qui se produisent par chauffage dans un sérum ... 1166
Mortalité des enfants de 5 à 15 ans ... 1703
— post-opératoire peut être abaissée ... 160
— par tuberculose à Lyon depuis trente ans ... 780
— **infantile** et allaitement au sein à la campagne ... 828
Mousserons. (Empoisonnement par les —) ... 664
Moustique. (Fosse septique et —) ... 1127
Mucines. (Principales indications des —) dans les affections du tube digestif ... 1019
Mycose et phlegmon récidivant chez l'enfant après amygdalectomie. Irradiations. Guérison ... 1911
Mycose pulmonaire à forme de tumeur primitive ... 287
Mycoses ... 279
Mydriase épileptique ... 120
Myélomes multiples, images radiologiques et myélogrammes ... 239
Myocarde. (Rapport de l'infection de la vésicule biliaire et des calculs biliaires aux affections du —) et des coronaires et à l'angine de poitrine ... 1273
Myopathies. (Quelques aperçus sur les —) ... 314
— (Traitement des dystrophies musculaires progressives et plus spécialement des —) ... 9
Myopie et son traitement ... 68
Mythomanie ... 1495

N

Nævo-carcimone. (Diathermo-coagulation est le seul traitement du —) ... 288
Nanisme au cours d'une néphropathie chronique ... 1011
Nécrologie Richet (Charles) (1850-1935) 17[illegible]
— Rouzaud (Aimé) ... 513
Nécrose chimique par crayon d'aniline. 1996
— diabétique de la langue ... 369

Nécrose des maxillaires après curiethérapie interne 1663
Néoformation osseuse paracicatricielle.. . 744
Néphrectomie. (Limites de la —) dans la tuberculose rénale unilatérale associée à la tuberculose pulmonaire.. 280
Néphrite aiguë mercurielle.......... 1056
— **aurique** et néphrose lipoïdique.... 1288
— **chronique**. (Coma urémique chez un adolescent première manifestation clinique d'une —) grave associée à des troubles endocriniens.......... 1579
— — (Filles de 15 mois et de 3 ans 11 mois présentant de l'hypertension artérielle permanente sans symptômes de —)................ 221. 257
— — (Fille de 15 ans atteinte d'une —) d'emblée avec hypertension artérielle et azotémie..................... 1327
— — (Paralysies faciales au cours d'une —)..................... 1095
— — avec syndrome azotémique sans œdèmes, ni hypertension.......... 119
— **érysipélateuse**. Action du bicarbonate de soude ingérée sur l'acidose. Inocuité de chlorhydrate de sulfamidochrysoïdine pour le rein malade... 575
— — Etude de la chlorémie et de l'élimination urinaire des chlorures. Alcalose provoquée par l'ingestion de bicarbonate de soude............. 572
— **subaiguë** d'origine saturnine....... 1094
Néphropathie. (Nanisme au cours d'une —) chronique..................... 1011
— à la suite de l'anatoxine staphylococcique 497
— tardive post-chimiothérapique..... 1095
Néphrose lipoïdique après chrysothérapie 1199
— — après intoxication alimentaire... 1203
— — suivi pendant quatre ans....... 1094
— — postérieure à une néphrite aiguë 1959
Néphrotyphus. Glomérulo-néphrite hémorragique avec néphrite hydropigène..................... 1291
Nerfs du rein dans les hypertensions artérielles 1937
Nerveuses. (Traumatisme et maladies —)..................... 1730
Neuro-fibromatose. (Image radiologique arrondie intrathoracique dans un cas de —)..................... 1288
Neuro-psychiatrie. (Enseignement de la —) et du Service de santé militaire au Val-de-Grâce.................. 1073
— **légale** et sociale prophylactique du vagabondage des garçons.......... 1232
Neuro-réactions. (Traitements antisyphilitiques et —)................ 925
Neurotoniques conjonctivo-lymphatiques. (Réactions —)............ 1247
Névralgie du glosso-pharyngien....... 538
Névrite optique. (Difficulté du diagnostic d'une —) apparue au décours d'un coma barbiturique chez un hérédo-syphilitique................ 1788
Nicotine 108
Nitrite de soude antidote de H²S...... 279
Nodule vocal. (Conduite à tenir en présence d'un —)................ 116
Nourrisson qui ne peut marcher les pieds nus..................... 1314
Nouveau-né. (Erythroblastoses à type familial observées chez le —)....... 71
Novocaïne. (Traitement des entorses par la —)..................... 1536
Novocaïnisation de la chaîne sympathique..................... 408

O

Obésité héréditaire irréductible....... 1496
— et syphilis..................... 1047
— **infantile**. (Traitement de l' —)..... 736
Obésités. (Préhypophyse dans certaines —) et maigreurs.................. 1849
Oblitération congénitale de l'intestin.. 1166
Obstétrique. (Vaccinothérapie en —).. 2017
Occlusion. (Chlorure de papavérine a été utilisé avec succès dans un cas d' —) artérielle aiguë.............. 1496
— post-opératoire..................... 1744
— **intestinale** à double siège.......... 1055
Occlusions intestinales. (Radiographie sans préparation dans le diagnostic des —)..................... 1314
Œdème aigu du poumon au cours d'un premier traitement antisyphilitique par le bismuth 1624
— (Mécanisme suivant lequel les gaz de guerre dits « suffocants » agissent sur le tissu pulmonaire pour provoquer l' —) aigu du poumon............ 1912
— généralisé chez un brûlé.......... 1832
Œdèmes. (Détermination et mécanisme de certains —) chez les hépatiques... 1288
Œsophage. (Diagnostic du cancer de l' —)..................... 1792
— (Examen radiologique de l' —) en position de face dans le diagnostic du rétrécissement mitral et exceptionnellement dans celui du rétrécissement tricuspidien.............. 1015
— (Radiumthérapie de cancer de l' —) avec toutes les apparences de guérison..................... 576
— (Syndromes nerveux dans le cancer de l' —)..................... 1367
Officine au siècle de Louis XIV....... 403
Oléo-chrysothérapie............... 1536
Oligophagie avec appétit normal ou exagéré..................... 744
Ondes courtes comme agent de résorption sanguine................... 964
Ongles. (Erosion ponctuée des —).. 283 327
— (Raies transversales des —) consécutives à un traitement par le 914... 964
Opacification expérimentale post-mortem de l'appareil circulatoire....... 1960
Opération de Dujardin Beaumetz dans les lésions accidentelles des doigts et la restauration fonctionnelle des mains mutilées.................. 305
Opérations sympathiques (1.256 —)... 1095
Opothérapie artérielle.............. 1016
— **hépatique** injectable dans le traitement de l'asthénie bismuthique..... 1955
— splénique et dermatoses.......... 1368
Opsiurie. (Déterminisme de l' —) chez les cirrhotiques................. 1704
Optimum thermique et le développement des jeunes mammifères.. 160. 239
Or. (Thérapeutique par les préparations d' —) sur la menstruation.... 1951
Ordonnance de post-cure. (Erreur pratique médicale : l' —)................ 72
Oreille. (Poudre pour insufflation de l' —)..................... 403
— dans la maladie de Crouzon....... 1787
Oreillons. (Paralysie diffuse à type extenso-progressif avec dissociation (albumino-cytologique et xanthochromie du liquide céphalo-rachidien au cours des —)............. 119
Oreillons à forme cérébrale et à début psychosique..................... 1664
Organisme. (Recherche sur le sort des poussières dans l' —)............. 363
Orthosiphon. (Essais pharmacodynamiques et cliniques sur les effets diurétiques de l' —) stamineus........ 197
Os. (Diagnostic des tumeurs des —), 456, 1095
— (Tumeurs des —)........... 1258 1912
Oscillométrie dans l'artérite sénile des membres..................... 1400
Oscillométriques. (Traces —)........ 366
Ostéites. (Traitement des —) des maxillaires d'origine dentaire par le bactériophage..................... 1449
Ostéo-arthropathie pseudo-tabétique des deux pieds..................... 497
Ostéolyse progressive essentielle de la main gauche..................... 365
Ostéome spongieux du maxillaire inférieur..................... 498
Ostéotomies de l'extémité supérieure du fémur dans le traitement des arthrites douloureuses de la hanche et des luxations invétérées en particulier..................... 329
Ostéomyélite. (Evolution spontanée de l' —) aiguë..................... 455
— (Traitement retardé de l' —)...... 968
— **aiguë** du péroné avec hémoculture positive, traitée par l'anatoxine staphylococcique..................... 702
— **primitive** de la rotule.............. 1823
Ostéopathie de carence au cours d'un scorbut fruste................. 1832
Ostéoporose tibio-tarsienne rhumatismale et radiothérapie paravertébrale dorso-lombaire.................. 160
Ostéosynthèse. (Etudes électriques et métallographiques en vue de l' —).. 284
— (Pour la réhabilitation des cercles de Parham en particulier et de l' —) en général..................... 329
— temporaire au moyen de la broche de Kirschner..................... 407
Otite moyenne. (Traitement de l' —) aiguë..................... 1401
Otologie. (Glycérine phéniquée en —).. 1792
Ouabaïne. (Sur certaines ressources que peut offrir l' —) Arnaud en thérapeutique cardiaque................. 217
Ovaire. (Diagnostic des endométriomes de l' —)..................... 1996
— (Kystes lutéiniques de l' —)....... 1787
— (Kystes dermoïdes de l' —)........ 1960
— (Métrorragie sénile et tumeur de l' —)..................... 1744
Oxalurie d'origine parasitaire........ 1463
Oxyéthérothérapie hypodermique..... 1955
Oxycarbonémie endogène........... 1992
Ozone. Cent premiers cas traités à Beaujon-Clichy 1770

P

Pachydermie plicaturée. (Syndrome ostéo-dermopathique. La —) avec pachypériostose des extrémités...... 533
Pain. (Conséquence de la diminution de la consommation nationale du —)... 534
— **blanc**. (Nocivité du —) 327

Paludisme. (Formes pseudo-péritonéales du —) 1784
— (Prix des sels de quinine joue un rôle capital dans la lutte contre le —) 364
— **congénital** par la pratique systématique de la réaction de Henry et l'étude des formules leucocytaires chez les accouchées et leurs nouveau-nés 365
Pancréas. (Calculs du —) 1999
— (Cancer végétant et métastatique du corps du —) avec localisation oculaire 1664
— (Diabète et cancer du corps du —) .. 455
— (Epreuve à la sécrétine et cancer du —) 1203
— (Faux kystes du —) 456
— (Précipitation calcique dans le —) .. 743
— (Radiothérapie du —) dans l'asthme 98
Pancréatine antichoc et antianaphylactique 197
— **aiguë** 496
Pancréatites aiguës. (Canal de Wirsung dans les —) 198
Papavérine. (Chlorure de —) a été utilisé avec succès dans un cas d'occlusion artérielle aiguë 1496
Papillomatose du larynx 161
Paraffinothérapie et ses applications ... 1284
Parkinson aigu typhique 119
Paralysie cubitale bilatérale au cours d'une pleurésie séro-fibrineuse 1287
— **diffuse** à type extenso-progressif avec dissociation albumino-cytologique et xanthochromie du liquide céphalo-rachidien au cours des oreillons 119
— **faciale** périphérique dite «a frigore» est fonction d'une atteinte artérielle des vaso-nervorum 1460
— **générale.** (Fréquence de la —) chez l'indigène de Cochinchine 160
— **infantile** 67
Paralysies diphtériques généralisées de l'enfant 871
— — et leur traitement par le sérum .. 1364
— **faciales** chez l'enfant 197
— — au cours d'une néphrite chronique 1095
Paraphénylènediamine. (Manifestations asthmatiques chez les fourreurs dues à une sensibilisation à la —) 967
Paraplégie pottique 740
— — traitée par laminectomie 408
Parasitoses intestinales. (Chimiothérapie des —) 1311
Parasympathique. (Excitants du —) .. 111
— (Paralysants du —) 112
Parathyroïdes 156
Paratyrone. (Action antichoc de la —). 366
Parotidite suppurée bilatérale post-pneumonique 1469
Pathologie. (Renouveau de la notion de terrain en —) 1492
— **mentale.** (Statistique et —) 156
P. C. B. (Quelques opinions sur le —) .. 1605
Pédiculoses. (Diagnostic et traitement de la gale. —) et phtiriase inguinale. 1856
Péricarde. (Calcification du —) 240
Périodicité journalière est une loi biologique 664
Péritoine. (« Restitutio ad integrum » du —) après certaines appendicites aiguës 1575
Péritonéale. (Réaction —) d'origine rhumatismale 779
Péritonite. (Problème des appendicites graves ou compliquées de —) aiguë .. 877
— à pneumocoques de l'adulte 857
— **streptococcique** primitive 1258
Péritonites à pneumocoques 1809
— puerpérales diffusantes 873
Pédiatrie. (Albuminuries essentielles, céphalée et hypotension en —) 364
— (Valeur de la chrysothérapie en —). 1467
Pensions. (Réflexions sur la loi des —) .. 571
Pfeifier. (Septicémie à bacille de —) ... 534
Pharmacien. (Médecin et —) 403
Pharmacologie et thérapeutique françaises en 1934-1935 ... 27, 108, 235, 270
Phlébite du membre supérieur à la suite d'une injection intraveineuse d'alcool 161
Phlegmon temporo-facial gangréneux d'origine dentaire 1743
— (Mycose et —) récidivant chez l'enfant après amygdalectomie, irradiation. Guérison 1911
— **gazeux** cervical à bacillus funduliformis 1956
Phrénicectomie 1166
— préalable pour le traitement des grosses hernies 1664
pH sanguin. (Variations du —) chez l'homme sous l'action des irradiations à ondes courtes 1743
Phtiriase inguinale. (Diagnostic et traitement de la gale. Pédiculoses et —) 1856
Phtisie cavitaire. (Tuberculose multiganglionnaire au cours d'une —) stationnaire 1094
Phtisiothérapie. (Réflexions sur les tendances actuelles de la —) 1575
Physiologie. (Artériographie expérimentale en —) 945
— **de la thérapeutique.** (Rythmes chimiques dans la séméiologie médicale et dans la —) 1087
Phytopharmacie. (Comment organiser la —) 403
Phytothérapie 279
Pieds-bots. (Arthrorise dans les —) 740
— (Principes de la correction des —) paralytiques 1495
Pigmentation dans les aires peladiques. 28
Pince automatique pour fermer le vagin dans l'hystérectomie totale 1959
Piscines. (Hygiène dans les —) 364
Placenta. (Examen histo-pathologique de —) peut-il permettre le diagnostic de la syphilis? 1823
Plaies. (Importance des vitamines dans le traitement des —) 288
— **opératoires.** (Traitement de certaines —) des grosses artères par l'enroulement musculaire 1401
Plastique mammaire 1258
Pleurésie. (Paralysie cubitale bilatérale au cours d'une —) séro-fibrineuse ... 1287
— **pulsatile.** (Pneumothorax suffocant. Empyème de nécessité. — 54
— **purulente.** (Heureux effet du rubiazol dans un cas de —) à streptocoque hémolytique 1096
— — (Signe clinique dans la —) 1460
— **séro-fibrineuse.** (Septicémie entérococcique maligne. Endocardite. —) .. 862
Pleurésies dites « étagées » 1015
— **purulentes.** (Traitement des —) tuberculeuses 1908
Plèvre. (Epanchements séro-fibrineux de la —) dans leurs rapports avec la tuberculose pulmonaire 1422
Plomb 276
Pluriglandulaire. (Diabetul maladie. —) 1536
Pneumocoques. (Péritonite à —) de l'adulte 857
— (Péritonites à —) 1809
Pneumonectomie vue par un médecin .. 1977
Pneumonie. (Alcool intraveineux utilisé dans la —) 496
— et asthénie-manie 1495
Pneumonies prolongées et les séquelles post-pneumoniques chez l'adulte ... 1401
Pneumothorax. (Grossesse et —) 739
— suffocant. Empyème de nécessité. Pleurésie pulsatile 54
Poliomyélite. (Est-il possible de vacciner l'homme contre la —) 496
Poliomyélite aiguë à Paris 1912
Polyarthrites. (Chrysothérapie des —) chroniques 1467
Polymorphisme. Clinique des abcès du poumon chez l'adulte 567
Polynévrite alcoolique. (Problème pathogénique de la —) 1287
— **arsenicale.** (Erythrodermie et —) consécutives à un traitement thermal non surveillé 1291
— **barbiturique** 575
— **éthylique.** (Caractère spécial des troubles gastriques au cours de la —) 1287
— — (Foie dans la —) 1287
Polynévrites. (Traitement des —) par la radiothérapie 1496
Polytumeurs simultanées 564
Ponction sous-occipitale 1056
— **lombaire.** (Traitement des prurits par la —) 1291
Posologie en thérapeutique 1368
Pott. (Maux de —) silencieux ou à symptomatologie atypique 824
Pouce. (Rupture sous-cutanée du tendon du long extenseur du —) 1533
Pouls lent permanent 1832
— (Hypertension artérielle paroxystique dans un cas de —) lent permanent 1915
— **normographique.** (Interprétation générale du —) 365
Poumon. (Abcès du —) 456
— (Abcès à pneumocoques du —) après ablation des végétations adénoïdes ... 1313
— (Abcès putride du —) avec bacilles de Koch 784
— (Atélectasie massive du —) gauche par obstruction très vraisemblablement néoplasique de la bronche souche 404
— (Atélectasie pulmonaire peut-elle résulter de la contraction du —) 404
— (Cancer du —) 1744 1960
— (Cancer primitif du —) à forme pleurale et à métastases multiples simulant une tuberculose pleuro-pulmonaire avec ostéo-arthrites tuberculeuses 1283
— (Delirium tremens et abcès du —) ... 726
— (Kystes aériens multiples et volumineux du —) chez un vieillard 1199
— (Kystes gazeux du —) 1288
— (Modifications apportées à l'évolution d'un abcès poly-microbien du —) par une injection intraveineuse de bactériophage 576
— (Œdème aigu du —) au cours d'un premier traitement antisyphilitique par le bismuth 1624
— (Réticulo-endothéliome du —) à image arrondie 1336
— (Syndrome hémoptoïque malin par anévrysme interstitiel du —) 329
— (Traitement des abcès du —) par les injections d'alcool intraveineuses ... 739
— (Tumeur bénigne du —) 831
Poumons. (Examen fonctionnel des —) suppurés 159
Poussières. (Recherche sur le sort des —) dans l'organisme 363
Préhypophyse dans certaines obésités et maigreurs 1849
Prémunition antituberculeuse du cobaye, du lapin et du singe par les variétés de bacilles tuberculeux 365
Pression artérielle. (Nouvelle conception de la régularisation de la —) ... 160

Pression lymphatique dans les collecteurs périphériques 71
Pressions minima. (Variations des —) et maxima des ventricules, les courbes respiratoires du cœur et leur rapport avec les arythmies 1287
Primo-infection du jeune adulte 663
Progrès. (Evolution de la médecine ne se fait pas toujours dans le sens du —) 1576
Prolapsus du rectum 198
Propidon. (Fracture de la base et —) .. 533
Prostate. (Pathogénie de l'hypertrophie de la —) 407
Prostatiques. (Azotémie et hypochlorémie chez les —) 365
Prostituées. (Chancres syphilitiques du col et des parois vaginales chez les —) 1093
Protéido-métalliques. (Nouveaux composés —), les globinales de fer, de cuivre et de magnèse 1743
Protéinothérapie 659
Prurits. (Traitement des —) par la ponction lombaire 1291
Psittacose. (Epidémie familiale de —) .. 1463
Psoïtis suppurée 1055
Psoriasis. (Bain de goudron dans le traitement des —) 1093
— (Traitement du —) par les sels de manganèse. Action élective sur les arthropathies 576
— (Traitement du —) chronique par le sulfanthren en combinaison avec les bains de sel 291
Psychasthéniques. (Fréquence de l'hyperextension des coudes chez les —). 926
Psychiques. (Aux grandes altitudes apparaissent des troubles —) 1831
Psychonévrose associée à un rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte 369
Psychoses. (Traitement chirurgical de certaines —) 451
Ptose gastrique vraie 1624
Pulmonaires. (Complications —) post-opératoires 1166
— (Pathogénie des complications —) post-opératoires 365
Pupille. (Déplacements et déformations de la —) après l'extraction totale de la cataracte 161
— (Réaction lumineuse paradoxale de la —) 967
Purpuras. (Les —) 1450
Pyélites. (Agglutination de souches staphylococciques isolées de —) 1287
Pyorrhée alvéolaire 151
Pyorrhéique. (Hygiène du —) 1399
Pyrétothérapie 1536
— dans les complications médicales de la blennorragie 1791

Q

Quadriplégie brusque et mort rapide... 1664
Quinine. (Amaurose par la —) 925
— (Prix des sels de —) joue un rôle capital dans la lutte contre le paludisme 364
— et dérivés 275

R

Rachicentèse. (Ponction accidentelle au cours d'une —) d'un abcès froid lombaire 455
Rachitisme. (Prophylaxie et traitement du —) 488
Radiesthésiques. (Diagnostics —) 1368
Radiographie sans préparation dans le diagnostic des occlusions intestinales aiguës 1314
Radiographies. (Etude et interprétation correcte des —) transversales du thorax de l'enfant 1464
Radiokymographiques. (Courbes —) de compression sinocarotidienne 538
Radiothérapie. (Furoncles de la lèvre supérieure et —) 288
— (Position et technique de la —) dans le traitement des hémorragies utérines de la ménopause 964
— (Traitement des polynévrites par la —) 1496
— **des furoncles** et des anthrax 963
— à petites doses de certaines algies ... 784
— dans la maladie de Basedow 452, 1312
— **du pancréas** dans l'asthme 98
— dans le traitement du cancer du sein, à l'exclusion des récidives et des métastases 1093
— **gynécologique** 1571
— **thyroïdienne** dans l'asystolie irréductible 1703
Radium. (Cas soigné par injections d'émanations de —) 1955
Radiumthérapie du cancer de l'œsophage avec toutes les apparences de la guérison 576, 744
Raisin. (Consommation alimentaire du jus de —) 365
Râle crépitant. (De la valeur du —) dans la tuberculose pulmonaire 280
Rate. (Extraits lipidiques de —) dans l'eczéma infantile 162
— (Rupture de la —) 1167
— (Rupture traumatique de la —) 1096
Rayonnement solaire. (Action thermogène du —) concentré 926
Réaction de Wassermann peut-être négative dans les syphilis secondaires récidivantes. 1495
Réactogénothérapie de l'urticaire récidivante par l'ionisation à l'histamine 736
Réanimation. (Méthodes de —) 1791
Rechloruration. (Guérison rapide par la —) d'accidents graves au décours d'une spirochétose ictérigène 743
Recto-colite hémorragique évoluant depuis quinze ans et ayant cédé à un traitement désensibilisant 120
Recto-colites hémorragiques 699
Rectum. (Prolapsus du —) 198
Rééducation. (Projet d'organisation sociale de la —) en France 1744
Régime alimentaire. (Hémorragies gastro-duodénales et —) 575
Règles. (Rapports entre l'âge des premières —) et l'âge du début de la tuberculose, suivant les formes cliniques de la tuberculose 1721
Rein et évipan sodique 1787
— (Nerfs du —) dans les hypertensions artérielles 1937
Réinfection syphilitique 288
Résorption sanguine. (Ondes courtes comme agent de —) 964
Respiration artificielle. (Rapport sur la nouvelle manœuvre Hn de —) 1128
Respiratoire. (Insuffisance —) des enfants 495
Respiratoires. (Echanges —) et le débit cardiaque 1872
Responsabilité. (Remarques sur l'idée de —) 451
Réticulo-endothéliome du poumon à image arrondie 1336
Réticulo-endothéliose et considérations générales sur cette maladie ... 664
Rétrécissement. (Diagnostic radiologique du —) congénital de l'isthme de l'aorte 878
— (Examen radiologique de l'œsophage en position de face dans le diagnostic du —) mitral et exceptionnellement dans celui du rétrécissement tricuspidien 1015
— **aortique** congénital 1095
— — non rhumatismal 1784
— **cardio-œsophagien** 968, 1095
— **congénital** de l'isthme aortique 878
— **mitral.** (Considérations sur le syndrome électrique du —) 196
— — Ses difficultés de diagnostic 780
Rétrécissements urétraux. (Dilatation des —) par les bougies à demeure ... 156
Rhinœdème médicamenteux 1872
Rhino-pharyngés. (Traitement des porteurs de germes —) 197
Rhinoplastie par enjambement antibrachial 702
Rhodanémie 1872
Rhumatismale. (Maladie —) ab-articulaire d'allure typhoïde avec iritis bilatéral 1200
Rhumatisme. (Asthme et —) 1162
— **de la chimiothérapie** chez un goutteux ancien 240
— **ankylosant** vertébral 572
— **articulaire.** (Diabète et —) aigu 1056
— — (Théories étiologiques du —) aigu 695
— — et accidents encéphalitiques terminaux 492
— **blennorragique** 288
— **chronique.** (Traitement parathyroïdien de certaines formes de —) 366
— **poly-articulaire** déformant de l'enfance 1008
— **vertébral.** (Syndromes neurologiques du —) 1464
Rhumatismes. (Injections intradermiques d'histamine dans le traitement de la douleur et de la contracture au cours des —) aigus et chroniques 784
— (Médicaments nouveaux des —) ... 283
— (Salicylate de soude. —) 275
Rickettsia canis. (Persistance de —) dans l'organisme du chien après guérison 72
Rouge neutre et violet de gentiane dans la lèpre 275
Rougeole. (Anergie tuberculinique au cours de la —) 740
— (Contagions hospitalières. Les modes de transmission de la —) 159
— (Laryngites graves tardives de la —) 1947
— (Prophylaxie de la —) dans une grande ville industrielle 323
— (Prophylaxie des complications broncho-pulmonaires de la coqueluche et de la —) en milieu hospitalier. 160
Rubiazol 275
— (Action du —) 455

Rubiazol (Heureux effet du —) dans un cas de pleurésie purulente à streptocoque hémolytique............ 1096
— (Intolérance médicamenteuse au —) 783
— (Intolérance professionnelle, eczéma au —)........................ 879
Rythmes chimiques dans la sémiologie médicale et dans la physiologie de la thérapeutique.................. 1087

S

Sacralisation. (Procès de la —)........ 538
— douloureuse.................... 880
Sacrum horizontal.................... 456
Sages-femmes. (Recrutement des —).. 1660
— (Statut des —).................... 71
Salicylate de soude. Rhumatismes..... 275
Sang. (Pleurs de —) et épilepsie...)... 291
— (Remarques chimiques sur le —) des cancéreux.................... 879
— (Télérœntgenthérapie totale dans les maladies du —) et des organes hématopoïétiques.................... 1004
— (Transfusion de —) conservé...... 1761
Sanitaire. (Etude générale de l'état —) de notre marine marchande......... 1232
Santé. (Examen de bonne —) doit être une des épreuves du baccalauréat... 998
Sarcoïdes noueuses disséminées avec diabète insipide associé........... 1788
Sarcome primitif du foie............ 68
Scalénotomie.................... 572
Scaphoïdite tarsienne de l'enfant...... 284
— — à évolution anormale.......... 408
Scapulalgie. (Malade atteint de —)... 775
Scarlatine. (Encéphalite de la —)...... 497
— (Troubles des humeurs dans la —).. 699
Sciatique. (Erreurs de diagnostic en matière de —).................... 1492
— double.................... 925
— névrite goutteuse.................... 455
Science française. (Part de la —) dans l'avance actuelle de la question du cancer.................... 931
Scille. (Méthodes statistiques de dosage biologique de la —)............... 1287
Scléro-kystique. (Dégénérescence maligne d'une maladie —) du sein....... 1118
Sclérose. (Acide ascorbique et —) en plaques.................... 1740
— en plaques et acide ascorbique..... 968
Scorbut parisien.................... 240
Scouts. (Surveillance médicale des —) de France.................... 880
Sécrétine. (Epreuve à la —) et cancer du pancréas.................... 1203
Sédimentation. (Variabilité de la —) des globules rouges.................... 663
Sein. (Cancer du —) chez l'homme.... 1519
Seins. (Comment examiner une déficiente des —) au point de vue d'une opération reconstructive........... 455
Selles. (Recherche du bacille de Koch par la culture des —)............... 1740
Sels d'or associés aux méthodes collapsothérapiques dans un certain nombre de tuberculoses pulmonaires... 1467
Séméiologie. (Spécificité en —)....... 663
— du coma barbiturique............ 925
Sémiologie médicale. (Rythmes chimiques dans la —) et dans la physiologie de la thérapeutique........... 1087
Semi-lunaire. (Fractures du —)...... 968
Septicémie. (Gangrène de la main au cours d'une —) ictérigène à B. perfringens.................... 743
— (Observations de —) à bacillus funduliformis.................... 878
— **à bacille** de Pfeiffer.............. 534
— **à Bacillus** fragilis avec hémorragie intestinale et abcès du foie......... 1291
— à colibacille.................... 1996
— **pure à bacillus proteus**. Forme pseudo-palustre.................... 240
— **à diplococcus crassus** avec endocardite.................... 1704
— **entérococcique maligne**. Endocardite, pleurésie séro-fibrineuse....... 862
— à « proteus vulgaris »............. 287
— à streptocoque viridans........... 879
— à « streptocoque viridans » curable chez une malade atteinte de cardiopathie rhumatismale............. 1203
— **post-otitique** à bacillus funduliformis avec thrombo-phlébite des sinus caverneux.................... 1015
— **streptococcique**, érysipèle de la face et adénopathie suppurée........... 366
Septicémies. (Importance du terrain dans les —).................... 120
— à bacillus fœcalis alcaligenes...... 1368
— **streptococciques**. Importance des infections préexistantes. Guérison de quatre cas par la sérothérapie de H. Vincent.................... 394
Septico-pyohémie post-angineuse à bacillus funduliformis terminé par la guérison.................... 1015
— post-angineuse à bacillus funduliformis à évolution rapidement mortelle. Ligature de la veine jugulaire interne.................... 1015
— à staphylocoques................ 1167
— à staphylocoques dorés........... 1663
Séquelles post-pneumoniques. (Pneumonies prolongées et les —) chez l'adulte.................... 1401
Sérothérapie. (Septicémies streptococciques. Importance des infections préexistantes. Guérison de quatre cas par la —) de H. Vincent........ 394
— (Valeur pratique de la —) dans le traitement de la maladie de Heine-Médin.................... 330
Sérum. (Activité du centre de —) de convalescent de Strasbourg (1934-1936).................... 1128
— (Emploi thérapeutique du —) des convalescents de fièvre récurrente hispano-africaine............... 534
— (Méthode morphologique permettant de suivre les transformations qui se produisent par chauffage dans un —).................... 1166
— (Paralysies diphtériques et leur traitement par le —)........... 1364
— (Valeur pronostique du pouvoir bactéricide du —) dans la tuberculose pulmonaire.................... 1702
de H. Vincent. (Méningite à streptocoques hémolytiques, d'origine otitique, traitée par le —)........ 161
Service de santé. (Formulaire pharmaceutique du —) de l'armée......... 557
militaire. (Enseignement de la neuro-psychiatrie et du —) au Val-de-Grâce.................... 1073
Services sanitaires. (Organisation et fonctionnement actuels des —) en Afrique occidentale française....... 1055
Signe de Courtois. (Signe de localisation au cours du coma par lésion cérébrale circonscrite, le —)......... 1855
Silicium dans l'immunité contre la tuberculose pulmonaire............. 571
Sinusite. (Pseudo- —) maxillaire du nourrisson traitée par l'anatoxine antistaphylococcique............ 497
Sondes trachéo-bronchiques. (Présentation d'une série de —)............ 880
Sodium. (Action thérapeutique dans la syphilis d'un iodure double de bismuth et de —).................. 537
Spécialité pharmaceutique. (Formule magistrale et —) sont-elles deux rivales et même deux sœurs ennemies ?.................... 696
Sphincter anal. (Réfection d'un —).... 408
Spirochète. (Existence en Grèce d'une fièvre récurrente dont le —) revêt les caractères « de spirochæta hispanica » agent de la fièvre récurrente hispano-africaine.................... 1055
Spirochétose. (Diagnostic microbiologique de la —) dite ictéro-hémorrag. 910
— (Guérison rapide par la rechloruration d'accidents graves au décours d'une —) ictérigène............. 374
— ictérigène en Cochinchine......... 1008
— ictéro-hémorragique.............. 897
— — évoluant pendant la grossesse... 921
— — d'origine hydrique............ 879
Spina bifida cervical chez l'adulte...... 831
— **occulta**. (Aréflexies tendineuses, les troubles sensitifs et trophiques pouvant accompagner les malformations du rachis lombo-sacré, —) et sacralisation de la V[e] vertèbre lombaire... 116
Splanchnodyme. (Jeune malade —)... 967
Splénectomie.................... 1258
Spléno-contraction sous l'effet de l'adrénaline administrée chez l'homme par voie sanguine............. 240
Splénomégalie myéloïde mégacaryocytaire diagnostiquée cliniquement par la ponction splénique............. 831
Spondylose rhizomélique............ 478
Sprue.................... 1915
Staphylococcémie grave. Injections d'anatoxine ; transfusions.......... 496
— — traitée et guérie par l'anatoxine.. 1703
Staphylococcies. (Anatoxine staphylococcique, son emploi dans le traitement des —).................. 1462
— (Traitement des —) par l'anatoxine. 45
— (Traitement des —) cutanées par l'anatoxine.................... 452
Staphylocoques. (Endocardite maligne à —).................... 1664
— (Septico-pyohémie à —).......... 1167
— (Septicopyohémie à —) dorés...... 1663
Sténose congénitale. (Eréthisme cardiaque des adolescents, expression clinique d'une —) légère de l'artère pulmonaire.................... 784
— **pylorique**. (Ulcère duodénal ancien. —). Gastrectomie................ 538
Stérilisation.................... 1096
— rationnelle de l'air des salles d'opération.................... 1167
Stériliser. (Appareil à —) l'air des salles d'opérations.................... 878
Stérilité. (Folliculine est-elle une hormone ovarienne. Ses indications dans le traitement de la —)............ 64
— (Insufflation tubaire et intra-utérine de lipiodol dans la —)........... 702
Stovarsol.................... [illegible]
Strabisme. (A quoi bon opérer le —).. [illegible]
Streptococcie. (Synergie dans la chimiothérapie de la —) expérimentale. 828
Streptococcemie post-morbilleuse compliquée de congestion pulmonaire bilatérale, de phlébite et d'otomastoïdite aiguë.................... 16[illegible]
Streptocoque hémolytique. (Heureux effet du rubiazol dans un cas de pleurésie purulente à —)............... 1096

Streptocoque viridans. (Septicémie à —). 879
— — (Septicémie à —) curable chez une malade atteinte de cardiopathie rhumatismale 1203
Streptocoques. (Méningite à —) chez l'enfant 1468
Strychnine. (Action de la —) sur le réveil des animaux narcotisés par l'éto butyléthyl malonylurée 828
— (Amaurose transitoire après un coma barbiturique traité par la —) 743
Strychnothérapie dans la diphtérie maligne 922
Sub-luxation de l'extrémité inférieure du cubitus en avant 1167
Substances dangereuses. (Danger des synonymes employés dans le commerce des —) 403
— **radio-actives.** (Introduction de —) dans l'organisme 1912
Sucre-insuline. (Association —) en thérapeutique cardiaque 925
Suffocation accidentelle au cours de l'absorption d'un gâteau 1579
Sulfanthren. (Traitement du psoriasis chronique par le —) en combinaison avec les bains de sel 291
Sulfate de magnésie 1911
Suppurations allergiques. (Autohémothérapie dans certaines formes de —) 280
Surrénales 156
Sympathectomie et ionisation iodée dans le traitement des troubles trophiques et les séquelles consécutives aux plaies des nerfs 152
Sympathicectomie lombaire 878
Sympathicectomies lombaires par voie médiane 1743
Sympathicolytiques synthétiques 1011
Sympathique. (Excitants du —) 108
— (Paralysants du —) 108
Syncopes. (Bradycardies et — d'origine digestive 239
— au cours d'affections digestives 288
Syndrome d'action extérieure 1033, 1113
— et la fièvre estivale du Golf-Stream 1008
— **de Cushing** avec symptomatologie fruste et vérification anatomique 1703
— **de Froin.** (Méningite tuberculeuse et —) 1428
— **de Guillain-Barré** fruste au cours d'une tuberculose pulmonaire évolutive 1788
— **de Landry** cliniquement primitif 1579
— **de Wolkmann** 1743
— **azotémique.** (Néphrite chronique avec —) sans œdèmes ni hypertension 119
— **basedowien** aigu et transitoire 878
— **cérébello** spasmodique durable survenu après un coma toxique cyanhydrique 1703
— **électrique.** (Considérations sur le —) du rétrécissement mitral 196
— **hydropigène.** (Insuffisance cardiaque œdémateuse secondaire à un —) pur. 927
— **hyperfolliculinique** ; son traitement par les injections d'hormone lutéinique 1291
— **hypophyso-thyro-génital** 1288
— **intermédiaire** entre la leucémie aiguë et la leucémie myéloïde 1008
— **ostéo-dermopathique.** La pachydermie plicaturée avec pachypériostose des extrémités 553
Syndromes parkinsoniens. (Rôle du traumatisme dans l'étiologie des —). 1401
— **post-encéphalitiques.** (Traitement des —) par l'atropine à hautes doses. 1052
— **spléno-polyglobuliques.** Dissociation de la maladie de Vaquez 1012
Synonymes. (Danger des —) employés dans le commerce des substances dangereuses 403
Synovectomie pour genou rhumatismal avec gros corps étrangers 407
Syphiligraphie. (Extraits hépatiques et —) 1664
Syphilis. (Action thérapeutique dans la —) d'un iodure double de bismuth et de sodium 537
— (Examen histo-pathologique de placenta peut-il permettre le diagnostic de la —) 1823
— (Iode dans le traitement de la —) 491
— (Obésité et —) 1047
— (Réaction de Wassermann peut-être négative dans les —) secondaires récidivantes 1495
— (Sédimentation des hématies dans la —) 827
— (Traitements préventifs inutiles de la —) 1960
— (Transmission de la —) par voie sanguine 288
— acquise chez l'enfant 827
— expérimentale cliniquement inapparente de la souris 783
— chez les tuberculeux pulmonaires 1052
— **congénitale.** (Diagnostic de la —) 327
— — (Mongolisme et —) 327
Syphilophobie. (Aspects de la —) 877
Syphilose aiguë broncho-pulmonaire 1200
Système neuro-végétatif dans les réactions d'hypersensibilité 1459

T

Tabes. (Crise gastrique du —) 1052
Tabétiques. (Réflexions à propos de quelques types de —) 68
Tableau historique. (Esquisse d'un —) des progrès de l'esprit humain 1337
Tableaux A ou C. (Inscriptions aux —) 71
Taches rubis. Leur valeur comme signe d'insuffisance hépatique. Leurs variations 64
Tachycardie sinusale permanente compliquée de crises tachycardiques chez un blessé de poitrine 743
Taurocholate de soude 28
Teintures capillaires. (Accidents cutanés des —) 1783
Téléroentgenthérapie à doses faibles et prolongées des cancers généralisés 160
— totale dans les maladies du sang et des organes hématopoïétiques 1004
Tendon. (Rupture sous-cutanée du —) du long extenseur du pouce 1533
Tension artérielle chez les amputés 498
— **rachidienne** des hypertendus artériels 287
Tératome exogastrique 831
Térébenthine 279
Terrain. (Renouveau de la notion de —) en pathologie 1492
Test. (Expérimentation au Levant du —) cutané de Frei 699
Testostérone. (Acétate de —) hormone testiculaire synthétique 534
Tétanos post-abortum 744
— à porte d'entrée minime 1664
Tétrachlorure de carbone 279 1960
Thérapeutique. (Bon sens en —) 739
Thérapeutique. (Importante voie nouvelle ouverte en —) 448
— (Posologie en —) 1368
— (Pharmacologie et —) françaises en 1934-1935 27, 108, 235, 270
— **antirhumatismale** 1167
— **cardiaque.** (Association sucre-insuline en —) 925
— — (Sur certaines ressources que peut offrir l'ouabaïne Arnaud en —) 217
— **diététique** et insulinique du diabète. 1791
— **infantile.** (Indications de la cure de Châtel-Guyon en —) 1090
— par les préparations d'or sur la menstruation 1951
Thérapie antinéoplasique. (Essais d'une —) par modification physico-chimique de l'équilibre sanguin 1232
Thermocautère. (Traitement des épithéliomas cutanés par le —) 1468
Thiémie. (Thiorachie et —) chez les gens sains et dans quelques formes de méningite 765
Thoracectomies. (Technique opératoire et résultats des diverses —) pratiquées pour les lésions tuberculeuses du poumon 1127
Thoracoplastie. (Avantages de la voie sous-scapulaire pour la —) 828
— dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Sa valeur actuelle ; ce qu'on peut en attendre grâce à une orientation nouvelle 1166
Thoracoplasties. (Indication des —) dans le traitement de la tuberculose pulmonaire 1165
— **itératives** 155
Thorax. (Etude et interprétation correcte des radiographies transversales du —) de l'enfant 1464
Thrombose comme agent hémostatique. 571
— oblitérante de l'artère pulmonaire chez des tuberculeux 1703
— post-opératoire et les moyens de la prévenir d'après Havlicek 1557
Thymus. (Mort subite chez un nourrisson de 4 mois porteur d'une hypertrophie du —) 744
Thyroïde 156
Thyroïdectomie. (Asystolie basedowienne traitée par —) en deux temps 831
— (Résultats éloignés de la —) subtotale dans trente-cinq cas d'asystolie basedowienne 1055
— totale pour insuffisance cardiaque chez des malades à corps thyroïde normal 198
Thyroïdiens. (A propos de l'examen des états —) 399
Tibia. (Genou douloureux. Forage de l'extrémité supérieure du —) 1200
— (Traitement des fractures de l'extrémité supérieure du —) 878
Tiorachie et thiémie chez les gens sains et dans quelques formes de méningite. 765
Titane. (Nouvel élément dans le corps humain ; le —) 783
Tonicité musculaire. (Réveil de la —) 119
Topiques végétaux. (Traitement de Bridault et —) 576
Toxicomane. (Décalogue du —) 1831
Trachomateux. (Nombre de —) augmente au Liban 1492
Trachome. (Contribution à l'étude anatomo-pathologique et bio-microscopique du —) 1787
Transfusion ne donne pas de choc 880
— **du sang** de cadavre aux êtres humains 827
— — conservé 1761
— **sanguine** dans le traitement de l'urémie 288

Transfusions. (Réactions sanguines paradoxales observées à l'occasion des —) 828
— **du sang**. (Traitement des bronchopneumonies de l'enfant du premier âge par les —) 1162
Traumatisme et maladies nerveuses.... 1730
Tréponème. (Recherche du —) par la ponction des ganglions 1402
Tri-orchidie. (Observation contrôlée de —) ou mieux de dédoublement testiculaire 328
Trypanosomiase. (Guérison d'une —) expérimentale chez la souris par inhalation de vapeurs de moranyl... 1235
Tryparsamide 239
Tubage duodénal. (Valeur du —) pour le diagnostic de kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires... 196
— —. Modification de la sécrétion biliaire au cours d'une séance de courants exponentiels de basse fréquence 701
Tube digestif. (Principales indications des Mucines dans les affections du —) 1019
Tuberculeuse. (Etude des causes de la maladie —) 1096
— (Fermeture spontanée d'une vieille caverne —) 927
Tuberculeuses. (Enfants de —) 324
Tuberculeux. (Binoxol dans la diarrhée des —) 1128
— (Perforation de l'entérite ulcéreuse des —) 879
— (Recherche du bacille —) dans l'estomac 534
— (Thrombose oblitérante de l'artère pulmonaire chez des —) 1703
— (Traitement rationnel des hémoptysies des —) 266
— **pulmonaires**. (Galactosurie provoquée chez les —) soumis à la chrysothérapie 1056
— — (Syphilis chez les —) 1052
Tuberculine. (Cuti-réaction à la —) chez l'adulte 1553
— (Cuti-réactions à la —) chez les enfants 1572 1955
— (Guérison de la tuberculose par la —) 701
— (Réactions cutanées à la —) 1703
— (Variations de l'index tuberculinique suivant les régions, à propos de 2.155 cutiréactions à la —) 451
Tuberculome et épilepsie 1428
Tuberculose. (Cholestérol et antigène méthylique associés dans le traitement de la —) 1703
— (Grippe et —) 1624
— (Guérison de la —) par la tuberculine 701
— (Influence de la race sur la —) 1464
— (Manifestations oculaires de la —) et leur traitement dans les sanatoria... 1314
— (Médication aurique de la —) 1467
— (Mortalité par —) à Lyon depuis trente ans 780
— (Prophylaxie de la —) dans la province de Québec, par vaccination par (le B. C. G 328
— Rapports entre la —) extra-génitale et l'âge de la première menstruation 1185
— (Rapports entre l'âge des premières règles et l'âge du début clinique de la tuberculose, suivant les formes cliniques de la —) 1721
— (Recherches sur la présence de l'agent pathogène de la —) dans les épanchements pleuraux séro-fibrineux 71
(Réflexions suggérées par l'étude d'une —) familiale 780
Tuberculose. (Relation entre la gravité de l'anaphylaxie, de la —) et la sensibilité de l'organisme aux substances para-sympatho et sympathomimétiques 783
— (Rôle respectif de l'hérédité et de la contagion dans la genèse de la —)... 1575
— (Traitements divers de la —) 28
— (Y a-t-il parfois une liaison étroite entre l'asthme et la —) 927
— consécutive à une suppuration pulmonaire 287
— chez les femmes exerçant un métier. 1011
— et glandes génitales 1864
— **apicale**. Localisations tuberculeuses chez les animaux adultes de l'espèce bovine 571
— **multi-ganglionnaire** 1288
— — de l'adulte 1056
— — au cours d'une phtisie cavitaire stationnaire 1094
— **pulmonaire**. (Action des méthodes de collapsothérapie sur l'évolution de la —) 1165
— — (Collapsothérapie hypotensive dans le traitement de la —) 1534
— — (Considérations générales sur les indications et les résultats des traitements chirurgicaux de la —) 1127
— — (Diagnostic de —) 1831
— — (Diagnostic bactériologique de la —) par la recherche du bacille dans le contenu gastrique 288
— — (Epanchements séro-fibrineux de la plèvre dans leurs rapports avec la —) 1422
— — (Etude comparée des courbes de la sédimentation globulaire et du poids dans la —) 1831
— — (Evolution actuelle du traitement de la —) est-elle heureuse ?... 1575
— — (Fréquence et topographie des différentes formes de la —) chez l'enfant 1663
— — (Importance et hiérarchie des symptômes cliniques et des méthodes d'examen en —) 1428
— — (Indication des thoracoplasties dans le traitement de la —) 1165
— — (Mode d'action des méthodes de collapsothérapie sur l'évolution de la —) 1127
— — (Possibilité des interventions endothoraciques dans le traitement chirurgical de la —) 1127
— — (Trois cas de —) tardive après abcès du poumon 1338
— — (Silicium dans l'immunité contre la —) 571
— — (Syndrome de Guillain-Barré au cours d'une —) évolutive 1788
— — (Thoracoplastie dans le traitement de la —). Sa valeur actuelle ; ce qu'on peut en attendre, grâce à une orientation nouvelle 1166
— — (Valeur du râle crépitant dans la —) 280
— — (Valeur pronostique du pouvoir bactéricide du sérum dans la —) 1702
— — chez les diabétiques 1827
— **rénale**. (Limites de la néphrectomie dans la —) unilatérale associée à la tuberculose pulmonaire 280
— **primo-secondaire**. (Pronostic et traitement de la —) 1999
Tuberculoses. (Aspects cliniques et modes évolutifs des —) mixtes 1959
— **aiguës**. (A propos d'une petiteépidémie scolaire de —) 64
— **osseuses**. (Erreurs de diagnostics en matière de —) 695
— **paucibacillaires**. (Valeur pratique de la culture des crachats pour le diagnostic des —) 327
Tuberculoses paucibacillaires (Sels d'or associés aux méthodes collapsothérapiques dans un certain nombre de —) 1467
Tubérosité tibiale. (Affaissement de la — externe 538
Tubérosités tibiales. (Fractures articulaires des —) 1624
Tumeur abdominale. (Malade atteinte de —) 1303
— **anévrysmale** de l'aorte abdominale.. 1664
— **bénigne** du poumon 831
— **cæco-colique** 1744
— du corpuscule carotidien 1999
— **du sein**. (Malade atteinte d'une volumineuse —) 1682
— **osseuse** du fémur 1056
Tumeurs. (Arthrodèses dans les — blanches du genou 1162
— (Conduite à tenir dans les —) et les kystes rénaux 532
— du côlon droit 967
— épithéliales de l'amygdale 779
— d'inclusions faciales 1055
— des os 1258 1912
— (Diagnostic des —) des os, 408, 456, 1095, 1166
— **bénignes** du côlon pelvien 408
— — de la parotide 495
— **épithéliales**. (Diagnostic et pronostic des —) du gros intestin 443
— **malignes**. (Répétition des cas de —) dans une même famille 159
— — (Traitement palliatif des —) non sarcomateuses 364
— **osseuses**. (Artériographie dans les —) 1095
— — (Diagnostic des —) 740
— **pileuses**. (Egagropiles ou —) chez les enfants 1513
Typho-bacillose. (Conception actuelle de la —) 155
Typhoïde. (Epidémie de —) à symptomatologie particulièrement grave survenue chez des enfants 1007
Typhus exanthématique 1495
— — (Préséance et prémunition au cours du —) et au cours de l'infection inapparente 877
— — chez l'homme simple et double vaccination 1166

U

Ulcération tuberculeuse de la langue... 1784
Ulcère. (Gastrectomie pour l' —) de l'estomac 1744
— (Quel est l'avenir des malades opérés d' —) perforé ? 1008
— (Statistique de cent cinq gastrectomies pour —) 700
— de l'estomac et appendicite 532
— — et hérédité 161
— perforé de l'estomac au cours d'une appendicite aiguë 925
— double du duodénum 1956
— **duodénal** avec dilatation considérable de la première portion du duodénum 925
— — ancien. Sténose pylorique. Gastrectomie 538
— **gastrique**. (Perforations d' —) et duodénal 1258

Ulcère gastrique. Syphilis héréditaire et syphilis nerveuse ; sclérose pulmonaire gauche et attraction du médiastin 119
Ulcères gastriques. Ulcères cancérisés, cancers ulcériformes 1055
— **gastro-duodénaux**. (Traitement des —) par l'histidine 666
— — d'origine appendiculaire 572
— **térébrants**. (Estomac atteint de deux —) 364
Ulcus gastro-duodénal 823
Ultra-violets. (Indications thérapeutiques des —) 1917
Urane 276
Urée. (Azotémie non uréique et son traitement par l' —) et les extraits de foie 447
Urémie. (Transfusion sanguine dans le traitement de l' —) 288
Urétéro-pyélographie 1744
— rétrograde 408, 498
Uricémique. (Réactions intestinales chez le goutteux et l' —) 928
Urine. (Incontinence durable d' —) après une peur 641
Urines. (Dosage de l'alcool dans les —) en vue du diagnostic biochimique de l'ivresse 451
Urologie 925
Urticaire. (Propriétés antianaphylactiques du vin dans un cas d' —) par anaphylaxie aux fraises 1667
— (Réactogénothérapie de l' —) récidivante par l'ionisation à l'histamine 736
— (Traitement de l' —) par l'acide lactique à forte dose 1338
— à type anaphylactique à la suite d'appendicectome 1463
Utérus. (Indications thérapeutiques dans les complications de l'avortement criminel ? et lors des perforations de l' —) 1917
Utérus bicorne unicervical 968

V

Vaccination. (Immunité antitétanique et l'immunité antityphoparatyphoïdique chez l'adulte soumis à la —) associée triple antityphoparatyphoïdique, antidiphtérique et antitétanique 1660
Vaccination. (Recherches sur l'immunité anti-diphtérique chez les adultes soumis à la —) associée triple antityphoparatyphoïdique-antidiphtérique-antitétanique 926
— contre la fièvre jaune 1702
— par voie buccale de nouveau-nés atteints d'entérite grave provoquée par un bacille dysentérique 926
— au moyen des cultures pures « in vitro » du virus vaccinal 1911
— **anti-charbonneuse** au moyen des vaccins lanolinés 1832
— **antidiphtérique**. (Diphtérie dans une grande ville. Vers la —) obligatoire .. 451
— **antirabique** par les vaccins phéniqués 1011
— **antityphoïdique** 1871
— — (Efficacité et la durée de l'immunité dans la —) 1872
Vaccine généralisée après une frotte de gale 576
Vaccin antirabique. (Action du —) dans le traitement des manifestations douloureuses des artérites 801
— **Delbet** 1743
Vaccins. (Conservation et vieillissement des stocks —) agglutinants ... 699
— **phéniqués**. (Vaccination antirabique par les —) 1011
Vaccinothérapie. (Rôles des germes microbiens dans l'asthme. Indications de la —) 1093
— **anti-lépreuse** 739
— **antistaphylococcique** par l'anatoxine 497
Vagin. (Création d'un —) par la méthode autoplastique 1166
Vagotomie. (Insuffisance cardiaque et —) 1664
Vaisseaux. (Cœur et —) 112
Vanadium. (Etude du —) en syphilis ... 1464
Varicelle. (Épidémie de —) maligne au Cameroun 1055
Varices. (Traitement des —) 155
Variole. (Biologie du virus de —) 1428
Venin. (Traitement des hémorragies par le —) de vipère Daboïa 1128
Vermifuges 27
Verres de contact 1003
— **correcteurs**. (Nécessité de la méthode objective dans le choix des —) 1008
Vésicule biliaire. (Etat de la —) après castration 1620
— — (Perforations de la —) 1999
— — (Rapport de l'infection de la —) et des calculs biliaires aux affections du myocarde et des coronaires et à l'angine de poitrine 1273
— — (Réactions de la —) dans l'appendicite chronique et les inflammations du côlon droit 1291
Vésicules biliaires en situation basse ... 64
Vin. (Propriétés antianaphylactiques du —) dans un cas d'urticaire par anaphylaxie aux fraises 1667
Vinification 283
Virus. (Biologie du —) de variole 1428
— (Transmission au furet du —) de la grippe humaine 1872
— **filtrants** invisibles 1428
— **tuberculeux**. (Elimination du —) par l'urine au cours d'infections aiguës non tuberculeuses 155
Vitamine C. (Quelques données sur la —) et ses variations dans le liquide céphalo-rachidien à l'état normal et pathologique 71
— précarence et neuro-psychiatrie ... 832
— **E**. (Emploi thérapeutique des préparations à base de —) 1955
Vitamines. (Importance des —) dans le traitement des plaies 288
Vitaminothérapie. (Kératite trophique guérie par —) locale 288
Vitesse circulatoire. (Mécanisme des résultats de la mesure de la —) à l'état physiologique et dans l'insuffisance cardiaque 537
— — (Mesure de la —) avec l'éther, la saccharine et la fluorescéine dans les principaux types d'insuffisance cardiaque 537
Voie sanguine. (Transmission de la syphilis par —) 288
Voies biliaires. (Hyperextension forcée et incision transversale dans la chirurgie des —) 538
— — (Chirurgie des —) 1911
— **digestives**. (Observations de corps étrangers des —) supérieures chez des enfants de moins de un an 407
— **respiratoires**. (Résultats d'une enquête sur les affections des —) chez les mineurs des charbonnages des Pays-Bas 328
Volvulus incomplets chroniques du cæcum 780
Vomissements. (Azotémie survenue après des —) 534
Vulgarisation médicale 689

W

Wolkmann. (Syndrome de —) 1743

II. Nouvelles — Variétés

A

Académie de chirurgie. (Autour de l'inauguration de l' —) 371
— **de médecine**. (Entrée gratuite des membres de l' —) dans les Musées ... 163
— — (Paul Bourget et l' —) 243
Académies. (Les —) 1502
Alembert. (Mort de d' —) 1469
Aliénés. (Paul Bourget et les) 163
Alimentation. (Homme est-il perfectible par une meilleure) 973
— (Opinions sur l') et les aliments 192
Ampère. (Distractions d' —) 461
Anesthésie générale. (Histoire de l' —) . 164
Angleterre. (Henriette d' —) aurait-elle pu être sauvée ? 75
Antommarchi, dernier médecin de l'Empereur 1582
— Transfuge de l'ophtalmologie 835
Aphorismes 1911
Appendicite 1402
— (Question de l' —) en 1894 1317
Armaingaud, éditeur et commentateur de Montaigne 1438
Arthritisme 1467
Asepsie. (Terrillon créateur de l' —) ... 748
Association des étudiants en médecine de Paris 75
— **universelle**. Premières assises de l' —) pour la protection internationale de l'humanité 86
Autorité. (Sens de l' —) 1317

B

Babinski et Vaquez vus par Jules Romains 1435
Baccalauréat, devrait-il comporter une épreuve d'éducation physique ?.... 1294
Bacilles tuberculeux 665
Balzac. (Les modèles de —) pour son « Médecin de campagne »........ 371
Barèges au XVII[e] siècle........ 1020
Barrès (Maurice —) et la grande pitié des laboratoires........ 204
Barthez. (Mort de —)........ 1406
Beauté. (Institut de —)........ 885
Besnard. (Chefs-d'œuvres du peintre Albert —)........ 1099
Bibliothèque de la Faculté de médecine de Montpellier........ 707
Bibliothèques scientifiques. (Les besoins des —)........ 116
Blum. (Ce que Léon —) écrivait sur la médecine il y a trente-cinq ans..... 1021
Boldo. (Pharmacologie du —)........ 828
Bourget. (Anecdote sur Paul —)...... 1478
—) et l'Académie de médecine........ 243
—) et les aliénés........ 163
—) et la médecine........78, 580
Brochin. (Quelques souvenirs du Docteur Albert —)........ 668
Brosse à dents. (Usage de la —) en Allemagne........ 294
Budget d'un étudiant en 1820........ 1750
Buffon. (Maladie et mort de —)....... 1629

C

Cadres (Erreur par les —)........ 151
Calcium en chirurgie........ 1956
Cancer. (Traitement par les radiations du —) du col de l'utérus........ 1783
Capillaires. (Rôle des —)........ 1402
Carrel. (Idées sociales du Docteur —).. 1204
Carrières libérales. (Orientation professionnelle et —)........ 932
Céline. (Cas —)........ 1099
Censure des livres étrangers aux Etats-Unis 462
Certificat médical. (Faut-il exiger un —) des candidats à la députation ?..... 747
Champignons suspects........ 696
Charcot. (Quelques souvenirs sur Jean —) 1539
— dans l'Antarctique........ 1797
Charlatan 1356
Chateaubriand (Séjour de —) à Néris en 1840 1293
Chirurgie. (Calcium en —)........ 1956
Chirurgie. (Cinéma et —)........ 46
— (Evolution et avenir de la —). 1171 1371
— **cérébrale** de Horsley........ 619
Chirurgien militaire à dix-sept ans.... 500
Cinéma et chirurgie........ 46
Clarté. (Symbole et —)........ 579
Claude Bernard. (Quelques pensées de —) 372
— (Séparation de —)........ 459
— (Terrain, microbe et état infectieux. —) ou Pasteur ?........ 1318
— (Veuves abusives. Celle de —)...... 1877
Clientèles. (Les cessions de —)........ 115
Concours. (A propos des épreuves du —) de l'agrégation 1020
— (A propos des —) d'externat et d'internat 1564
— d'externat et d'internat des hôpitaux 1744
Conjonctivites banales. (Traitement simple des —)........ 67
Conte de Noel. (Vingt ans après) 2027
Corporation médicale ou corporation sanitaire 151
Corps étrangers de l'oreille 967
Coucou. (Enigme du —)........ 542
Courant (Etre au —)........ 1420
Crise médicale. (Réflexions sur les causes profondes de la —)........ 146, 186
Croix-Rouge. (Dames infirmières de la —) pendant la grande guerre....... 669
— **française** 621

D

Dacryoadénites aiguës........ 967
Décret-loi. (A propos d'un —)........ 973
Dénatalité. Lutte contre la—) en Russie........ 788
— française........ 1965
Dénigrement. (Réponse à une campagne de —)........ 1293
Dernière fois. (Pour —)........ 1292
Desmarest, chirurgien........ 932
Diagnostics infaillibles........ 1706
Dieulafoy. (Talamon et —)........ 1317
Discordance 1467
Divorce des générations........ 789
Docteur en médecine. (Un mari a-t-il le droit d'ouvrir les lettres de sa femme lorsque celle-ci est —)........ 46
Douleur. (Nous sommes plus sensibles à la —) que nos ancêtres........ 837
Doyens. (Nomination des —)........ 1886
Duchesne, de Boulogne, praticien..... 1132

E

Ecole de médecine de Besançon....... 1795
— — de Dakar........ 291
Elite intellectuelle........ 1165
Endocrinologie........ 1356
Enfant. (Comment l' —) commence à marcher........ 1205
Enseignement. (Nouvelles conceptions hospitalières. —) Les abus........ 750
— **médical** et la situation des médecins en Hongrie........ 269
Epée. (Charles de l' —) fut-il le premier à s'intéresser aux sourds-muets. 1405
Epilepsie. (Origines de l' —)........ 1872
Erreur par le regard........186, 195
Etablissements scientifiques. (Ne découronnez pas nos grands —)...... 1396
Etudes médicales. (Réflexions sur la réforme des —)........ 1052
Etudiant. (Budget d'un —) en 1820.... 1750
— (Journée d'un —) en médecine en 1829........ 1134
Etudiants. (En France, les —) sont abandonnés à eux-mêmes........ 567
— (Tenue des —) au Kouantoung ... 166
Examen des examens........ 1003
Externat à travers les âges........ 35

F

Farabeuf. (Un mot de —)........ 1099
Faust de Klinger........ 837
Femme et vin. Le vin dans l'esthétique féminine........ 1580
— **médecin** aux Colonies........ 747
Fétichisme. (Prétendu —) de Rétif de la Bretonne........ 1750
Fiches. (Contre les —)........ 1795
Fiscale. (Préconciliation —) dans le département de la Seine........561, 571
Fontaine. (Jean de La —), chevalier du rhumatisme........ 670
Français. (La crise du —)........ 1238
Frey. (Léon —)........ 331
Furoncles. (Traitement des —)....... 1056

G

Glycérine phéniquée en otologie....... 1956
Gœthe. (De quoi —) est-il mort ?.... 789
Goiffon (J.-B. —)........ 1470
Goitre exophtalmique........ 665
Gui (Au —) l'An neuf........ 967

H

Herbe à Nicol. Son emploi et sa consommation à travers les siècles...... 1501
Hérophile. (Connaissances neurologiques d' —) à Galien........ 708
Hippocrate. (Serment d' —)......1199 1965
— sous les traits d'Arsène Houssaye... 1470
Homard. (Encore « le — ») à la Coppée. 331
Homme, cet inconnu, 252, 360, 1237, 1619
— individuel et l'homme collectif.... 1205
Hôpitaux . (Si les —) n'avaient pas de resquilleurs, le droit des pauvres pourrait être supprimé........ 374
— **modèles**. (Il n'y a pas que des —) en U. R. S. S........ 668
Horsley. (Docteur de Martel et sir Victor —)........ 502
Houssaye. (Hippocrate sous les traits d'Arsène —)........ 1470
Huile de ricin. (Production mondiale de l' —)........ 886
Humanité. (Premières assises de l'Association universelle pour la protection internationale de l' —)........ 86

Hygiène alimentaire. (Parmentier et l'—) 884
— doit concilier les intérêts de l'individu et ceux de la collectivité 2003
Hypérite. (Découverte de l'—) 973
Hypertrophie prostatique et son traitement 1956

I

Immunité locale de l'intestin 1886
Incinération en Allemagne 1318
Infirmière hospitalière 1926
Inoculation au XVIIIe siècle 1835
Inscription. (A propos de l'augmentation des droits d'—) 60
— (Droits d'—) en Hongrie 36
Intestin. (Immunité locale de l'—) 1886
Institut. (Pas de privilège pour les vieillards de l'—) 1917

J

Jalousie 293
Jugement. (Commentaires à propos du —) du tribunal de Béthune 949
Justice et pacification 1131

L

Laboratoires. (Maurice Barrès et la grande pitié des —) 204
Lacenaire et la phrénologie 243
Laënnec, inventeur du vers libre ? 1564
— médecin militaire 1435
Lafont (Départ de M. —) 246
Lait. (Distribution du —) devant l'hygiène 1102
Latin (Enseignement du —) 244
— (Quartier —) 789
Larrey. (Quelques souvenirs sur le baron H. —) 294
Laubry. (Professeur Charles —) 1965
Leriche. (Professeur —) 1838
Lit. (Ce qu'on —) à l'hôpital 244
Louison. (La « petite — ») 78
Lycéens, 1935 60

M

Maladie. (Exploiteurs de la —) 1022
— (Psychologie de la —) 1374
Mâle. (Le —) n'est pas toujours le plus fort 1102
Manifestes. (Signatures et —) 212
Marée. (La —) influe-t-elle sur l'heure de la naissance 76
Martel. (Docteur de —) et sir Victor Horsley 502
Maupassant. (Folie de —) 1342
Médecin. (A un jeune —). Cave canem 579
— (Chaque malade arrive au —) avec une idée toute faite sur son cas 665
— (Dans le salon d'attente du —) 1061
— (L'écrivain doit-il quelque chose au —) 1749
— (Nombre de —) 949
— (Opinion du —) 1306
— (Presque médecin, plus que —) 412
— (Réflexions d'un —) de province 67
— (Retraite du —) 659
— (Sur quelques devoirs du —) 1708
— de bataillon pendant la grande guerre 708
— écrivain et philosophe 1205
— de théâtre 240
— **de campagne.** (Les modèles de Balzac pour son —) 371
— — (Vie et mort d'un —) il y a cinquante ans 201
— **malade** 1357, 1383
Médecins. (De l'origine des —) 1400
— (Les —), écrivent 334
— (La France n'a pas assez de —) 360
— (Limite d'âge des —) et des parlementaires 1877
— (Jugements rendus contre les —) 1131
— **étrangers** 1238
— — Un bruit 1710
— — (Naturalisations de —) 166
Médecine. (Ce que Léon Blum écrivait sur la —), il y a trente-cinq ans 1020
— (Evolution de la —) 411
— (Inadmissible que l'on pratique la —) si on n'est pas un convaincu 1402
— (Où va la —) 1963
— (Pourquoi on fait sa —) 1669 2003
— Si c'était à refaire referiez-vous votre médecine ? 1797, 1877
— (Paul Bourget et la —) 78, 580
— (Travail à la chaîne en —) 1261
— (Vue sur la —) en 1802 972
— et médecins en U. R. S. S. 1478
— **européenne.** Chez les Berbères de l'Atlas 619
— **française.** (Hommage à la —) 619
— **soviétique** 1489
Médical. (Découragement —) 580
Médicale (Consultation —) 1206
— (Formation —) 634
— (Sur la vocation —) 1294
Médicaments nouveaux 666
Médico-sociale. (Crise —) 1019, 1153, 1203
Menu d'un hôtel de ville d'eau, il y a un siècle 1317
Mesmer, candidat à l'Académie de Lyon 580
Métal. (Influence de la nature du —) dans les ostéosynthèses 963
Milly ou la Terre natale 933
Monde. (Agitation destructrice du —) 1420
Montaigne. (Armaingaud, éditeur et commentateur de —) 1438
Montespan. (Madame de —) fut-elle une empoisonneuse ? 1059
Moral. (Problème —) 1019
Mortalité des médecins aux Etats-Unis et au Canada 292
Musée de Gadagne. (A propos d'un tableau du —) relatif à la peste de 1720 1022
Musées. (Entrée gratuite des membres de l'Académie de médecine dans les —) 163
Musset (Alfred de). (Cas d'—) 460
Mutilations sexuelles 1206

N

Naissance. (La marée influe-t-elle sur l'heure de la —) 76
Naturalisations de médecins étrangers 166
Néologismes. (Trop de —) 126
Netter. (Le président Arnold —) 669
Nicolle. (Charles —) 499 1436
— (Portrait de Charles —) 787
— Vaquez et leur génération 1059
Nicot. (Herbe à —). Son emploi et sa consommation à travers les siècles 1501
Noailles. (Les médecins de Mme de —) 1060
Noel d'un vieux ménage médical 31

O

Onomastique révolutionnaire 124
Ophtalmologie. (Transfuge de l'—). Antommarchi 835
Optimisme par le soleil 38
Ostéosynthèses. (Influence de la nature du métal dans les —) 963
Otologie. (Glycérine phéniquée en —) 1956

P

Pacifiant essorage 364
Pallas. (Enquête de —) sur le tempérament chirurgical 414, 554
Paramédicaux 828
Parlementaires. (Que MM. les —) commencent 1262
Parler. (Trop —) nuit 478
Parmentier et l'hygiène alimentaire 884
Pasteur. (A l'ombre de —) 1667, 1837
— (Réaumur précurseur de —) 1294
— (Souvenirs sur —) 2005
— (Terrain, microbe et état infectieux. Claude Bernard ou —) 1318
— et la poignée de mains 1446
Pathologie hormonale n'est pas une pathologie d'organe, mais de système 1003
Pavlov. (Ivan —) 539
— (Visite chez —) 124
Péritonite 1467
Peste. (A propos d'un tableau du Musée de Gadagne relatif à la —) de 1720 1022
— (Idées d'autrefois sur la transmission de la —) 1669
— à Chalon-sur-Saône en 1495 126
— de Marseille de 1720. Havres de pensée, bastide d'amour 1341
Pétrequin. (Chirurgien lyonnais : — Joseph-Pierre-Eléonard) 1132
Philosophie médicale. (Création d'un prix de —) 460
Physiologie en U. R. S. S. 747
Phytothérapie 243
Phrénologie. (Lacenaire et la —) 243
Pilsudski. (De quoi est mort le Maréchal —) 36

Pneumothorax 1667
— (Résultats éloignés du —) thérapeutique 1729
— **thérapeutique**. (Quand doit-on abandonner un —) 1619
— — précoce 1827
Poéticothérapie 787
Pommaret. (Proposition —) 1371
Prince. (Thèse sur la mort du conseiller —) 1709
Prisonnier. (Le —) 787
Professionnelle. (Orientation —) 203
— (Orientation —) et carrières libérales 932
Profiteurs de la maladie. (Enquête sur les —) 1007
Psychologie de l'homme au visage large 332
— de la maladie 1374

R

Racisme est une doctrine antiscientifique 835
Radiesthésie 883
— et hasard 1373
— **médicale** 366
Raisin. (Fabrication du sirop de —) sous le premier Empire 206
Réaumur, précurseur de Pasteur 1294
Rééducation 1235
Regard. (Erreur par le —) 186, 195, 269
Régimes sans privations 706
Religion et science 789
Resquilleurs. (Si les hôpitaux n'avaient pas de —) le droit des pauvres pourrait être supprimé 374
Rétif de la Bretonne. (Le vrai visage de —) 1470
— (Prétendu fétichisme de —) 1750
Révolution. (Villes d'eaux et la —) 1372
Rhumatismales. (Statistique des maladies —) traitées à la Clinique infantile de 1925 à 1934 116
Rhumatisme. (Jean de La Fontaine, chevalier du —) 670
Rivalités professionnelles 1965
Romains. (Babinski et Vaquez vus par Jules —) 1435
Ronflement. (Vraie cause du —) et sa suppression 1709
Rousseau. (La maladie de —) 1061

S

Salubrité publique. (Opération de —) qui s'impose 1099
San Michele. (Livre de —) 294, 327
Santé publique. (Unanimité contre l'ancien ministre de la —) 414
Sauerbruch. (Un indépendant : le Professeur —) 1877
Science. (Religion et —) 789
— **nouvelle** du pendule n'est qu'une nouvelle « science occulte » 1963
Scientisme et science 971
Secret. (Que chacun garde son —) 579
Serment d'Hippocrate. (Prestation du —) se fera-t-elle en toge ou en veston ? 76
Signatures et manifestes 212
Sirop de raisin. (Fabrication du —) sous le premier Empire 206
Sociales. (Idées —) du Docteur Terme, maire de Lyon (1840-1847) 747
Socialisme. (Psychologie du —) 1189
Société médicale d'émulation. ((Genèse de la —) de Paris 1875
Statistique. (Bureau universitaire de —) 164
— **des diplômes** d'Etat de docteur en médecine 1835
— **du P. C. B** 1835
Stevenson. (Une étude médicale sur Robert-Louis —) 332
Surmenage scolaire 1908
Symbole et clarté 579
Syndicaliste. (Mouvement —) 24
Syphilis. (Mention relative à la —) à Lyon est datée du 7 juillet 1496 1101

T

Tabacomanie 1590
Tableaux médicaux. (Exposition de —) anciens 579
Talamon et Dieulafoy 1317
Tempérament chirurgical. (Enquête de Pallas sur le —) 414, 554
Terme. (Idées sociales du Docteur —) maire de Lyon (1840-1847) 747
Terre natale. (Milly ou la —) 933
Terrillon, créateur de l'asepsie 748
Thibaudet. (Derniers jours d'Albert —) 971
Tombeau. (A chaque génération qui s'en va au —) 1502
Tuberculose 696, 1704
— et lutte contre ce fléau 886
— pulmonaire des plages 2080

U

Ulcères gastro-duodénaux. (Orientation actuelle du traitement des —) 1827
Urines. (Enquête sur l'incontinence nocturne d' —) de l'enfant 1729
Utérus. (Traitement par les radiations du cancer du col de l' —) 1783

V

Vacances. (Trop de —) 1318
Vaquez. (Henri —) 941
— (Professeur —) 705
— (Babinski et —) vus par Jules Romains 1435
— (Nicolle, —) et leur génération 1059
Vérole de Stendhal 1918
Vétérinaires. (Les —) à l'honneur 86
Vie. (Recettes de —) 123
Vieillesse. (Problème de la —) 32
Villes d'eaux et la révolution 1372
Vin. (Femme et —). Le vin dans l'esthétique féminine 1580
— (Monseigneur le —) vu par quelques médecins du grand siècle 1540
— (Technique de la dégustation du —) 1488
— (Voltaire et le —) de Bourgogne 1020
Vocation médicale. (Enquête sur la —), 1172, 1396, 1432, 1438, 1459
Voivenel Campagnon 123
Voltaire et le vin de Bourgogne 1020

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS

A

Abaza (A.), 1185, 1721.
Abaza (M. Marchal), 878.
Abel, 925.
Abitboul, 1996.
Abiteboul (J.), 1468.
Accoyer (H.), 1788.
Achard, 327.
Agasse-Lafont (P.), 1052.
Aimes (A.), 828, 1533, 1823.
Aïtoff (Mme), 926.
Alajouanine, 119.
Alajouanine (Th.), 452.
Alechinsky, 1338.
Alexano-Buttu, 926.
Alglave (P.), 155.
Alibert, 663.
Alice (Carlo), 533.
Allain (Henri), 1206.
Allaines (d'), 572, 1166, 1999.
Alliez (J.), 455.
Almeras (Henri d'), 243.
Alquier (Louis), 1247.
Ameuille, 287, 329, 927, 1703.
Ameuille (P.), 879, 1956.
Amsler, 1007.
Amsler (R.), 927.
Andrieu (G.), 1368.
Anglade (Pierre), 404.
Anselme, 1291.
Anselme-Martin (G.), 925, 1579.
Anthony (R.), 634.
Antonelli, 455, 740.
Antoine (Georges), 363.
Apert, 1704, 1959.
Araujo (Castro), 492.
Arloing (F.), 968, 1740.
Armand, 119.
Armand-Delille, 287, 701, 1095, 1703, 1832.
Armand-Delille (P.), 159, 288, 534, 1663.
Armand-Delille (P.-F.), 739.
Aron, 160.
Aron (Emile), 666.
Aron (Max), 1704, 1849.
Arrou, 198.
Askanazy, 1467.
Aslau, 1956.
Atchildi, 1955.
Athias (M.), 68.
Aubertin (Ch.), 1199.
Aubertin (E.), 1792.
Aubourg, 701.
Aubourg (Paul), 1770.
Aubry (G.), 1015.
Audiat (Pierre), 1262.
Audibert, 968.
Audibert (Victor), 1460.
Audier 161, 1016.
Audier (M.), 700, 801.
Aujaleu (E.), 1463.
Auvray, 63.
Auzépy (P.), 119, 330, 1200, 1203.
Aveline (Mlle), 1740.
Avellar de Loureiro (J.), 1428.
Azoulay (R.), 155, 1787.

B

Babonneix, 327, 575.
Babonneix (L.), 197, 1287, 1915.
Bacaloglu (C.), 1536.
Baccino, 160, 239.
Bachmann, 537.
Bachman (S.), 1199.
Badelon, 365, 1787.
Baderon, 163.
Badolle (R.), 779.
Bailly (J.), 1011.
Balgairies (E.), 451.
Balme (Mlle Marguerite), 1090.
Baltazard, 877.
Balteanu (I.), 699.
Balthazard (M.), 1166.
Balzan, 244.
Barbary (Fernand), 239, 1703.
Barbellion (L.), 880.
Barbellion (Pierre), 156.
Barbier, 784, 1096, 1338.
Barbier (J.), 1008.
Barbier (P.), 266.
Bardin (Pierre), 1012.
Bargeton 365, 572.
Bargeton (D.), 700, 1095.
Bariéty, 1016.
Bariéty (M.), 497, 1056.
Barker (Herbert), 1872.
Barraquer-Ferré (L.), 28.
Barraya, 198, 831.
Barrès (Maurice), 1502.
Barrios (D.), 1911.
Barth (Henri), 1575.
Barthélemy, 572.
Barthélemy (J.), 1396.
Basch (G.), 497.
Bascourret (M.), 217.
Basset, 198, 1956.
Basset (A.), 1055.
Battesti (P.), 968.
Baudet, 407.
Baudoin, 328.
Baudoin (A.), 663, 1288.
Baufle (Paul), 1368.
Baumel, 1579.
Baumgartner, 831, 968, 1166.
Baydur (Djemil-Chérif), 702.
Bayle (J.-C.), 72.
Bayle (Paul), 1749.
Bayle (V.), 72, 1663.
Bazy, 456, 878, 1166.
Bazy (Louis), 498, 1663.
Beaujard (M.), 345.
Beauvieux, 161.
Bécart, 880, 1258.
Bécart (A.), 1744.
Béchet (Michel), 1096.
Béclère, 160, 452, 1055, 1912.
Bedel (Maurice), 1261.
Béhague (P.), 291.
Bejslechem (N.-B.), 1579.
Bénard (H.), 1915, 1959.
Bénard (René), 119, 784.
Benda (R.), 404, 1056, 1094, 1791.
Benhamou (Ed.), 537, 1052.
Benon (R.), 156, 1495.
Bérard, 1127.
Beretervide (J.-J.), 1911.
Berger (Jean), 198.
Bergeret (A.), 1704.
Bériel, 784.
Bérillon, 1488.
Berl (Alfred), 669.
Bernal (Pierre), 1787.
Bernard (Etienne), 496, 497, 740, 743, 832, 1016, 1288, 1663.
Bernard (Jean), 1011.
Bernard (Raymond), 567.
Bernay (P.), 1624.
Bernou, 1165.
Bernoville (Gaëtan), 412.
Bersot (H.), 832.
Bert, 1291.
Bertier (L.), 1089.
Berton (Camille), 873.
Bertrand, 1167.
Bertrand (Gabriel), 283.
Bertrand (Ivan), 119, 927.
Bertrand (L.), 696.
Bertrand-Fontaine (Mme), 1832.
Besançon (L.-Justin), 330, 452, 575, 832, 1012, 1200, 1287, 1703, 1955.
Besredka (A.), 1886.
Besson (Albert), 1912.
Besson (Mme Andrée), 1096.
Bethoux, 1704.
Bétoulières, 1496.
Beuzart, 572.
Bezançon, 1127.
Bezançon (F.), 159, 327, 1128, 1165, 1740, 1787.
Bickel (Georges), 492.
Biérent, 365.
Billings, 1623.
Binet, 365, 1402, 1166.
Binet (Léon), 699, 1052, 1199, 1956.
Bioy (E.), 743, 1992.
Bischler, 1374.
Bistriceano (I.), 1743.
Blamoutier (P.), 1093.
Blanc, 1016, 1402.
Blanc (G.), 877, 1166.
Blanc (L.-G.) 1089.
Blankoff (B.), 695.
Blaquies (Mlle), 452.
Blazso (Alexandre), 36, 269.
Blechmann (G.), 740, 1172.
Blinder (H.), 287.
Bloch (A.), 497.
Bloch (H.-R.), 1664.
Bloch (J.-Ch.), 538, 878, 1056, 1663, 1999.
Bloch (Michel), 1956.
Bloch (René), 198, 572.
Bobec (J.), 1008.
Bocage (A.), 964.
Bocquentin, 1096.
Boiget (Maurice), 159.
Boigey, 36.
Bolgert, 1203.
Bolgert (M.), 119.
Bolzinger, 161.
Bompart, 1744.
Bon (H.), 1007.
Bonamy (René), 456.
Bonardi (Pierre), 932.
Bonnal (Gaston), 120.
Bonnet (Henri), 1463.
Bonnet (J.), 1792.
Bonnet (L.), 407.
Bonnet-Roy, 1743.
Bonnin (H.), 1784.
Bopp (Léon), 971.
Boppe, 456, 572, 968, 1912.
Bordet (E.), 538.
Bordet (Paul), 1908.
Borel, 1128.
Borneuf (R.), 1784.
Bory (Louis), 514.
Bosviel (J.), 403.
Boucher (H.), 1008.
Bouchut (L.), 1623.
Boucomont, 783.
Boucomont (J.), 1008.
Boudin, 1291.
Boudin (Georges), 575, 1012, 1703, 1915.
Boudin (Paul), 24, 949.
Boudry (Albéric), 364.
Bouet, 287.
Bouley, 452.
Bouley (H.), 284.
Boulin, 1288, 1703.
Boulin (R.), 330, 455, 497, 740, 1791.
Bouquet (Henri), 1371.
Bour (H.), 497.
Bourde (Yves), 828.
Bourée (J.), 743.
Bourgeois (Pierre), 1052, 1959.
Bourguet, 1258.
Boury, 120.
Bousset, 968.
Bouteron (Marcel), 371.
Boutin, 1007.
Boyer (Paul), 27, 108, 235, 270.
Brandy, 155.
Brault (A.), 1959.
Brault (P.), 1624.
Braun, 327.
Braun (Paul), 159, 1128, 1740.
Brauner (R.), 664.
Bréchot, 366, 456, 1200.
Bréchot (A.), 191.
Bréger, 1999.
Brétégnier, 407.
Bretey (J.), 365.
Breugelmans (J.), 403.
Briau, 444.
Briskas (S.-B.), 433, 1185, 1572, 1721, 1788, 1955.
Brissemoret, 879
Brissemoret (A.), 576.
Broca, 1166.
Brocard, 1199.
Brocard (H.), 497.
Brochier (A.), 1165.
Brocq, 408, 498, 538, 572, 740, 968, 1996.
Brocq (P.), 1787.
Brodin, 497, 1203.
Brodin (P.), 538, 572, 1291.
Broglie (Raoul de), 1020.
Bron (R.), 284.
Broustet (Pierre), 1809.
Brûlé, 1094, 1704, 1959.
Brull, 1312.
Brumpt, 496.
Brun (J.), 568, 1401.
Brunet (Etienne), 72.
Brunet (Pierre), 1835.
Brunetière, 120.
Brustlein (L.), 1118.
Bugnion (Mlle), 1232.
Buisson (P.), 968.
Buizard (Charles), 407.
Bultingaire (Léon), 116, 500.
Burnand (R.), 1619, 1667.
Busson (A.), 1664.
Butescu (E.), 699.
Buttu, 71.

C

Cabonat, 498.
Cabouat, 538.
Cachera (René), 239, 784, 1200.
Cachin (M.), 159, 196.
Cadenat, 198, 1167, 1743.
Cahen, 1287.
Caillol, 1094.
Caillon (L.), 1093.
Cain (A.), 1832.
Calmettes, 369.
Calvet (Jean), 1162, 1904.
Cambassédès, 1872.
Cambessédès (H.), 1894.
Caminopetros (Jean), 1055.

Campagnou, 1478.
Camuzet (P.), 1624.
Canac (François), 1373.
Canalis (Pardo), 571.
Canque, 874.
Cantacuzène (J.), 1033, 1113.
Cantacuzène (L.), 699.
Cantegril, 1283, 1336.
Capette, 1167, 1999.
Carayannopoulos, 1258.
Carcassonne (E.), 1016.
Cardis, 404.
Carle, 877, 1093.
Carles 1579.
Carlotti, 64.
Carnot (P.), 239, 330, 403, 784, 1200.
Caroli (Jacques), 330.
Caron (Sylvio), 1428, 1495.
Carrasco, 744.
Carrel (Alexis), 252, 360, 1237, 1619.
Carrez (P.), 743.
Carri (V.-E.-R.), 1496.
Carrière (G.), 89.
Carvalho (Lopo de), 832.
Casamajor (Louis), 1911.
Cassoute, 369.
Castaigne, 1317.
Castaigne (P.), 1575.
Casuso (Alejandro), 1911.
Cathala, 1663.
Cathala (J.), 119, 1200, 1788.
Cattan, 198, 537.
Cattan (R.), 1832.
Caussade, 1999.
Caussade (G.), 366, 927.
Caussade (L.), 874.
Cayla (J.), 828.
Cerf (Léon), 933.
Cermesoni (Antonio), 283.
Cevey, 702.
Chabrol (Etienne), 142, 240, 743, 1664.
Chaglassian, 699.
Chalier (Joseph), 280.
Chapeau, 1468.
Chapelo (Raymonde), 64.
Chappaz (G.), 998.
Chapuy (A.), 120.
Charbonneau (F.), 1624.
Charrier (J.), 927.
Chartronet - Duperrat (M.), 832.
Chatagnon (Mlle), 1912.
Chatain (Jean), 152, 270, 533, 663, 695, 824, 874.
Chauchard (B.), 1127.
Chauffard, 608.
Chaumartin (Henry), 1540.
Chavany (J.-A.), 9.
Chevassu, 1996, 1999.
Chevé (J.), 1872.
Cheever Shattuch (Georges), 364.
Cheftel, 1667.
Cheramy, 1579.
Chevalier (A.), 1200.
Chevalier (René), 1008.
Chevallier, 1199, 1203.
Chevallier (Jean), 1102.
Chevallier (P.), 1832.
Chevassu, 328, 408, 498, 1744.
Chevat (H.), 827.
Chevrel, 160.
Cheynel, 1469.
Chick (Grégoire), 363.
Chiniara (J.), 1787.
Chorine (V.), 1127.
Christeas, 1258.
Chureau, 968.
Chureau (R.), 284.
Cibrie (P.), 1710.
Ciocalteu (V.), 71.
Ciorapcin, 1015.
Cixous, 1052.
Claoulé (C.), 1258.
Claque, 119, 702.
Clavelin, 1832.
Clément (Robert), 197, 1287, 1959.
Clerc (A.), 217.
Clerc (G.), 1288.
Cochrane (E.), 1464.
Codet (H.), 802.
Codvelle, 1703.
Codvelle (F.), 1287.
Cohen-Solal (G.), 537.
Colarizi (Arrigor), 765.
Colin, 1832.
Collesson, 1400.
Colloridi (Franco), 729.
Colombe (J.), 64.
Comby, 1704, 1959.
Comby (J.), 67, 116, 1513, 1872.
Comby (Mlle M.-Th.), 116.
Comte (H.), 568.
Condomine (A.), 345.
Condorcet, 1337.
Contadiès (X.-J.), 198.
Contreras (Marin-Ramos), 1094.
Coperchot (Lucien), 580, 1060.
Coquelet (O.), 280.
Corachan, 1912.
Corbalan (G.), 695.
Cordier, 1791.
Cordier (V.), 1872.
Cornet (Lucien), 1438.
Cornil (L.), 49, 1368 1681.
Coste, 784, 928.
Coste (F.), 740, 964.
Coste (Maurice), 116.
Costedoat, 1915.
Costesco, 1055, 1663, 1743.
Costil, 284.
Costil (L.), 1831.
Cotenot, 879.
Cottet (Jean), 897, 1791, 1851.
Cottin (E.), 1765.
Coulaud, 283.
Courcoux, 404, 663, 1016.
Courmont (P.), 780, 1128, 1702.
Couvelaire, 71, 1660.
Craciun (E.-C.), 664.
Cremonese (Guido), 1160.
Crinon, 1795.
Crinon (J.), 371, 787, 1020, 1022, 1061, 1131, 1356, 1965.
Croisat, 831.
Crosnier (R.), 1368.
Crouzon, 1165.
Crouzon (O.), 926, 1217, 1730.
Crut, 571.
Cruveilhier, 828.
Cunéo (Bernard), 408, 1167, 1911, 1982.

D

Daleas (P.), 365.
Dally (Ph.), 162.
Dalous, 637, 1283, 1336.
Damade, 67.
Damaye (Henri), 726.
Dambrin (L.), 744.
Dambrin (Paul), 576.
Dambrin (Louis et Paul) 721.
Darier (J.), 160.
Dartigues, 72, 455.
Daudet (Léon), 499, 705, 1059, 1204.
Dauer (C.-C.), 1869.
Daum, 575.
Daunay, 926.
Dautrebande (Lucien), 495.
David (Paul), 1582.
Daydé, 365, 1663.
Debat, 926.
Debénédetti (R.-L.), 451.
Debray (Maurice), 1200.
Debré, 452, 455, 701, 832, 1166, 1199, 1200, 1203, 1959.
Debré (R.), 284, 404, 832, 927, 1011, 1056, 1463, 1660, 1663, 1664, 1956.
Decaux (F.), 197.
Dechaume, 1449.
Decker (P.), 1467.
Decourt, 452, 1012, 1704.
Decourt (Jacques), 116, 119, 240, 287, 455, 878, 1015, 1788, 1832.
Decora (A.), 967.
Degos, 722.
Dejardin, 198.
Dejust-Defiol (Mme), 1368.
Dekeyser (L.), 696.
Delagenière (Yves), 534, 1258, 1664, 1912.
Delannoy, 120.
Delaplace (Mme), 288.
Delapalce (S.), 1284.
Delay (S.), 780.
Delarue (J.), 497, 1012.
Delbet, 327, 365, 571.
Delbove (P.), 1008.
Deleito (Federico Gonzalez), 1831.
Delhaye (J.), 1783.
Delherm (Louis), 98.
Delhomme (Mlle), 329, 1703.
Delmas (J.), 146, 186.
Delom, 878.
Delore (P.), 1492.
Demange (M.), 287.
Demirleau, 329.
Dendale (R.), 1011.
Denéchau, 1624.
Denk, 963.
Derobert, 1579.
Derolle, 160.
Deron, 64.
Dervillée (Pierre), 451, 1401, 1960.
Desaive (P.), 696, 1094.
Desbouis (G.), 967.
Desbuquois (G.), 240.
Desfosses (P.), 192.
Desgrez, 784, 832.
Desjardins, 1791.
Desjardins (A), 538.
Desmaret (E.), 967.
Desoille (H.), 451.
Desplas, 198, 1095, 1166, 1663, 1912.
Desplats, 160.
Desruelles, 291.
Detouillon, 284.
Deverin (Edouard), 244.
Devèze, 928.
Devraigne, 72.
Devraigne (L.), 1743.
Diacono (E.), 288.
Di Benedetto (D.), 1911.
Didiée, 288.
Didiée (J.-J.), 963.
Didier (Robert), 668.
Dierx (Léon), 331.
Dieulafé, 407.
Dieulafé (L.), 568.
Dieulafé (R.), 567.
Dogliotti, 878.
Doléris, 1287.
Donatien, 72.
Donnadieu, 877.
Donnadieu (A.), 925.
Donzelot, 878.
Dooren (F. Van), 664.
Dopter (M.), 1576.
Dor, 1167.
Douay, 572.
Doubrow, 328.
Doumer (Ed.), 239, 743 927, 1832.
Douyau, 1168.
Dracinschi (Venceslau), 492.
Dreyfus (A.), 1450.
Dreyfus (Gilbert), 452, 1016, 1291, 1704.
Dreyfus (Jules R.), 1572.
Dreyfus (P.), 155.
Dreyfus-Sée (G.), 284.
Drouet, 287, 1400.
Dubarry, 288.
Dubau, 1996.
Du Bois (A.-H.), 665.
Dubois-Verlière (Mme), 1956.
Dufas (J.), 1056.
Dufau (E.), 403.
Dufour, 497, 874.
Dufour (Henri), 743, 1200.
Dufourmentel, 576, 1055.
Dufourmentel (L.), 116.
Dufourt (A.), 568.
Dugas, 1016.
Dugay (A.), 1917.
Duhail (Pierre), 702.
Duhamel (Georges), 123, 212, 787, 1205, 1306, 1317, 1420.
Dujarric de la Rivière, 1872.
Dumarest (E.), 1575.
Dumas (A.), 780.
Dumitresco Mante, 1015.
Dumont, 1312.
Dupas, 365, 1663, 1787.
Dupérié (R.), 1947.
Duperrat, 1788.
Duperrat (R.), 879.
Duprez (Ch.), 1576.
Dupuy, 537.
Dupuy (R.), 1704.
Dupuy de Frenelle, 744.
Durand, 1624.
Durand (Gaston), 575.
Durand (H.), 404.
Durand (Paul), 1314.
Durif, 1401.
Durœux (L.,) 1168.
Duroux (E.), 985.
Durtain (Luc), 1459.
Dutheil (Lucien), 27, 108, 235, 270.
Duval, 1166, 1912.
Duval (Jean), 700, 1008.
Duval (P.), 365, 699, 1744, 1996.
Duvoir, 452, 1956.
Duvoir (M.), 284, 1703, 1915.

E

Eaubonne (Gérard d'), 365.
Eck (Marcel), 1364.
Edelberg (H.), 641.
Egas Moniz, 451.
Eink (Ch.-J.), 1463.
Elekes, 1664.
Eloy (L.), 1911.
Engerand (Fernand), 1372.
Enselme (J.), 120, 1872.
Enselme (Mme), 120.
Erchbach (H.), 879.
Esbasch, 1704.
Escat (E.), 1792.
Escat (F.), 1872.
Escher, 699.
Eschleman (Chas.-L.), 495.
Ettori (Jean), 783.
Even (Roger), 1575, 1832.
Evrard, 1996.

F

Faber (Knud), 1011.
Fabre, 1996.
Fabre (Jacques), 637, 1283, 1336.
Façon (E.), 571.
Facquet, 198, 700.
Facquet (J.), 537, 783 1791.
Faelli (Carlo), 1536.
Face (Gustave), 356.
Fahrman (J.), 196.
Fallas, 366.
Faquet (Emile), 511.
Farez (Paul), 364, 747.
Faroy, 64.
Faroy (G.), 425.
Fasquelle (R.), 1915.
Fauqué, 1463.
Fauqué (M.), 553.
Faure (J.-L.), 283.
Faure-Beaulieu, 314, 1095, 1288.

Fausler (Walter-A.), 443.
Fauvet, 784.
Fauvet (J.), 964.
Favory, 1788.
Favory (Albert), 1003.
Fay, 365.
Fayé, 871.
Feil, 72.
Feil (André), 309.
Feld (L.), 880.
Ferey (Daniel), 455, 831.
Ferond (M.), 1536.
Ferrabouc (L.), 119, 1287.
Ferrão (Pires), 1467.
Ferroir (J.), 425.
Ferru, 701.
Feuz (Jean), 1464.
Fiessinger, 1291.
Fiessinger (Ch.), 116, 151, 186, 195, 269, 293, 460.
Fiessinger (Noël), 115, 575, 736, 743, 1564, 1669, 1703, 1704, 1744, 2003.
Fiessinger (M.-N.), 1012.
Fiévez, 1743.
Filderman, 1056, 1664, 1915.
Fiolle (Jean), 971.
Fisch (H.), 538.
Fischer (L.), 1052, 1788, 1832.
Flandin, 330, 572, 575, 1016, 1288, 1704, 1788, 1959.
Flandin (Ch.), 537, 663, 879, 1200, 1703, 1788.
Folliasson, 1743.
Folliet (L.), 1089.
Fontaine (R.), 1095.
Fontès (Georges), 1743.
Font-Réaulx, 832.
Font-Réaulx (de), 1015, 1956.
Foret (P.), 451.
Forgue, 931.
Forgue (E.), 305.
Fouilloy (R.), 35.
Fourès (R.), 1052.
Fourmestraux (J. de), 1171, 1371, 1659.
Fournier, 780.
Fraenkel (I.), 291.
Français, 702.
Franche (M.), 699.
Franchel, 249, 1788.
Franchi (Filippo), 1495.
Franck (G.), 1291.
Fredet, 831, 1167, 1787.
Fredet (Pierre), 699.
Fribourg-Blanc, 197, 447.
Fricker (J.), 1664.
Friedmann, 72.
Friedmann (E.), 783, 1459.
Frogé, 1787.
Froment (Roger), 700, 1623.
Frommel (Ed.), 492.
Fruchaud, 828, 831, 1165.
Frumusan, 700.
Frumusan (P.), 878.
Funck-Brentano, 831.

G

Gabriel (P.), 1056.
Gadrat, 1996.
Gajdos (A.), 736, 743, 1012, 1704.
Gallavardin (L.), 1784.
Galliot, 1664.
Gallois, 1579.
Gallois (J.), 369.
Gally, 452.
Gally (L.), 452, 1703.
Ganche (Édouard), 201, 1709.
Gaquier, 1055, 1791.
Garcin, 119.
Gardère (H.), 1702.
Gardien (P.), 291.
Gardien-Jourdheuil, 291.
Garelly de la Camara (Ricardo), 1467.
Garin (Ch.), 1624.
Garipuy (G.), 369.
Garnier, 1915.
Garraud (Robert), 1438.
Gaté (J.), 827.
Gatellier, 1788.
Gaubert, 1915.
Gaudier, 160.
Gauducheau, 534.
Gaultier (M.), 452.
Gaumond (E.), 696.
Gauthier, 291.
Gauthier (J.), 329.
Gauthier (Robert), 60, 164.
Gauthier-Villars (Mlle P.), 1094.
Gautier (Claude), 1288.
Gautier (Jean), 455.
Genet, 744.
Gennes (de), 119, 497, 1593, 1864.
Georgesco (Mlle Marie), 71.
Germain, 1095.
Gernez, 699.
Gigon, 576.
Gilbert-Dreyfus, 1788.
Gilbrin (Emile), 1400, 1992.
Gillet (Louis), 1099, 1205.
Gillot (V.), 1011.
Girard, 191.
Girard (M.), 120.
Giraud (P.), 330, 369 744, 1915.
Giraud (S.), 1094.
Girbal, 1162, 1516.
Giroud, 1667.
Glénard (R.), 553.
Glibert (D.), 1467.
Godard, 407.
Godart (Justin), 372, 459.
Godeau (Jean), 451.
Godéchoux, 1008.
Goducheau (A.), 973.
Goffin (R.), 1495.
Goinard, 408.
Goldberg, 1288.
Goldstein (Hyman-I.), 1273.
Golé (L.), 533.
Gonalons (G.-P.), 1496.
Goris, 1128.
Gorse, 369.
Gosset, 198, 408, 1096.
Gothié, (S.), 1012.
Gougerot, 369, 1960.
Gougerot (H.), 1856.
Goumain, 161.
Gouverneur, 498.
Graciansky (de), 663.
Graffin, 831.
Grain (R.), 72, 288, 455, 701, 880.
Grandjean (A.), 1956.
Grandpierre, 287.
Grasset, 1019, 1153, 1203.
Grau (C.-A.), 400.
Gravier (L.), 567.
Grécouroff, 1999.
Grégoire, 198, 366, 1096, 1166, 1912.
Grenet, 1200, 1203.
Grenet (H.), 827, 1200, 1959.
Grenet (P.), 1200.
Grévin, 780.
Grimault, 1996.
Grimberg, 1664.
Grimberg (A.), 288, 1056, 1744.
Grollet (L.), 366.
Grumbach, 1128.
Grupper, 1915.
Gudin, 878.
Guebel (R.), 1872.
Gueneau, 284.
Guérin (R.), 1008.
Guesdon (P. L.), 1469.
Guiart, 1132.
Guibal, (J.), 874.
Guichard, 576, 1912.
Guillaume, 1467.
Guillaume (A.), 403.
Guillaumin, 119, 159, 455, 878, 1788.
Guilleman, 1056, 1096.
Guillemin., 287.
Guillemin (A.), 1784.
Guillemin (J.), 287.
Guillemot (L.), 291.
Guillet (Mme Lucie), 787.
Guilly (Paul), 1132, 1134.
Guinard, 699.
Guinchaux, 1963.
Guisez (Jean), 576, 744.
Gumpert, 972.
Gutmann, 288.
Gutmann (R.-A.), 927, 1016, 1055.
Guyot (J.), 353, 646, 775, 857, 994, 1190, 1250, 1303, 1353, 1682.

H

Haas (E.), 1468.
Haber (F.), 496.
Hagueneau, 452, 784.
Hahn (B.), 1832.
Halbron (Paul), 1463.
Hallé, 1015, 1095, 1199, 1200, 1832.
Halluin (d'), 1166.
Hamant, 1624.
Hamburger (Jean), 945, 1015.
Hamet (Raymond), 1011.
Hamon, 161.
Hanaut, 119.
Haneau, 744.
Hanrion (C.), 1427.
Haren (de), 366.
Harry, 1911.
Hartmann, 740, 1999.
Harvier (Paul), 739.
Hasard, 666.
Hauteffeuille, 1624.
Hazemann (R.), 2003.
Héderer (Charles), 1912.
Heger-Gilbert, 665.
Heim de Balzac 665, 1960.
Held (J.), 1291.
Hemmerdinger (A.), 1567.
Henri, 369.
Henrion (J.), 1287.
Hercelles (O.), 1956.
Hermet (P.), 1093.
Hernando, 1791.
Herrenschmidt (J.-L.), 159.
Hertz (S.), 1832.
Hijmans van den Bergh (A.), 137.
Hillemand, 1827.
Hinault, 832.
Hirsch (Robert), 1232.
Ho-Dac-Di, 1999.
Hœffel, 1744.
Hœrner (Mlle G.), 1703.
Hoffer (Henriette), 67.
Hoffmann (W.-H.), 1428.
Holtz (Folke), 257.
Horowitz, 744.
Horowitz (A.), 879.
Ho-Thieu-Ngan, 1008.
Houssay (François), 665.
Hoyle (Clifford), 1496, 1576.
Hristu, 1743.
Huard (P.), 1401.
Hubert, 330, 700.
Huerre (R.), 575.
Huet, 407, 408, 498, 572, 1744.
Huet (J. A.), 366.
Huet (P. C.), 1128.
Hugonot, 1288, 1832.
Huguet, 67.
Huguet (Mlle S.), 452, 879.
Humbert, 1056.
Hurez, 1288.
Huriez (Claude) 89.
Husenstein, 1166.
Hybbinette (S.), 495.

I

Ichok (G.), 690, 1094, 1709.
Iglesias-Bettancourt, 329.
Imann (Georges), 1341.
Imbert, 968.
Imbert (Raymond), 968.
Iraci (Alberto), 1831.
Isch-Wall, 1012.
Isch-Wall (F.), 1094.
Isch-Wall (P.), 831, 1955.
Iselin, 1166.
Israël (L.), 1095, 1704, 1849.
Israel (René), 404, 879.
Issac-Georges (P.), 1959.

J

Jacob, 404, 1288, 1959.
Jacob (A.), 287, 1704, 1849.
Jacob (P.), 537.
Jacod 448.
Jacquelin (A.), 663.
Jacquerod, 696.
Jahiel, 119.
Jalabert (E.), 571.
Jaloux (Edmond), 1019.
Jame, 288, 366.
Jammet (Mlle J.-L.), 1663.
Jarricot (J.), 1955.
Jaulmes (Ch.), 1956.
Jayle (F.), 1287.
Jeanne (René), 46.
Jeanneney, 1052, 1203, 1356, 1912.
Jeanneney (G.), 1492, 1572.
Jobin (Albert), 67.
Joltrain (E.), 967.
Joly (H.), 1534.
Joly (Marcel), 119, 288, 385.
Jonesco-Sisesti, 926.
Jonnesco (D.), 71.
Jossebrand, 1740.
Josserand (A.), 968.
Joulia (P.), 1093.
Jourdan (Pierre), 1459.
Journé (Maurice), 564.
Jousset (A.), 280.
Jouve, 744.
Jude (A.), 926, 1463, 1660
Judine (S.-S.), 827.
Jullien, 1402, 1898.
Jung (Adolphe), 156.

K

Kaminski (Vladimir), 663.
Kapitsa (P.), 539.
Kaplan (S.), 878.
Kaufmann (R.), 1460, 1917.
Kayser (F.), 1463.
Kerckhove, 288.
Kermorgant (Yves), 1047.
Ketelbant, 1464.
Kindberg (Michel-Léon), 287.
Kipfer (M.), 1791.
Kissel, 925.
Kissel (P.), 196.
Kissmeyer (A.), 1093.

Kissmeyer (M.-A.), 739.
Kling, 1912.
Kling (G.), 496.
Klotz 497.
Klotz (P.), 1095, 1287.
Klotz (H.-Pierre), 214, 240, 452, 1463.
Kœnig (René), 1496.
Kofman, 1166.
Kopaczewski, 1318.
Koressios, 1128.
Kourilsky (R.), 404.
Kreindler (A.), 1128, 1832.
Krusen, 1791.
Kuntzmann, 160.
Küss, 1095, 1743.

L.

Labbé, 497, 1288, 1703.
Labbé (Marcel), 330, 452, 497, 575, 740, 926, 1038, 1791, 1952, 1955.
Labbé (Mme Marcel), 455.
Labignette (Pierre), 880.
Lacassagne (Jean), 1101.
Læderich, 1664.
Læmmer (Marcel), 879.
Lafargue, 198.
Lafitte, 403.
Lafon, 1469.
Lafont (J.), 824, 1357, 1383, 1402, 1432, 1536, 1576, 1708, 2024.
Laignel-Lavastine, 926.
Lamay (P.), 1406.
Lambret, 554, 699.
Lamy, 1015.
Lamy (Marcel), 1056.
Lamy (Maurice), 404, 927, 1663, 1956.
Lance, 408, 572, 740.
Landau (A.), 1291.
Lande (Pierre), 451.
Langen (C. de), 137.
Langeron (L.), 1664.
Lannois, 1470.
Lannois (M.), 1022.
Lanos (Jean), 456.
Lapicque, 160, 747.
Laplanche (J.), 743.
Laplane (R.), 534.
Laporte, 744.
Laporte (A.), 572, 575, 1956.
Lardennois, 198, 538, 1743.
Laroche (Guy), 366.
Larue (G.-H.), 1428.
Lasalle, 447, 1167.
Lasserre (Charles), 925.
Lasserre (J.), 1015.
Laubry, 283, 832, 1200, 1203.
Laubry (Ch.), 196.
Laudat (M.), 534, 572, 575, 1094.
Launay, 1287.
Launay (L. de), 789.
Launay (C.), 284.
Launay (Cl.), 119, 743, 1011.
Launoy (L.), 828.
Laur (C.-M.), 575.
Lavalée (G.), 360, 967, 973, 1420.
Lavergne (J.), 365.
Lavergne (V. de), 196, 1788.
Layani (F.), 1199.
Lazarescu, 330.
Le Bars, 1496.
Lebel (Mario), 1959.
Lebeuf, 877.
Le Blaye, 780.
Le Bon, 1189.
Le Bourgeois (Jacques), 789.
Lebreton (Mme), 1663.
Le Calvé, 1792.
Lecercle, 533.
Lechelle (P.), 1199, 1915.
Leclerc (F.), 1624.
Leclerc (G.), 1401.
Leclerc (Henri), 828.
Ledent (René), 495.
Ledoux, 1795.
Ledoux-Lebard (R.), 945.
Lefebvre (Jacques-Henri), 86.
Lefranc (Ch.), 403.
Le Gac, 1744.
Le Gac (Pierre), 538, 928.
Legagneux (H.), 1703.
Legendre (J.), 1127.
Le Gendre (Paul), 32, 579, 1131, 2028.
Legrand (A.), 197.
Legrand (H.), 1096.
Legré (Mlle), 537.
Legros, 1371.
Legroux, 1128.
Legroux (Raymond), 332.
Lelong, 743, 1288, 1788.
Le Lorier (V.), 1955.
Lemaire (A.), 455.
Lemaire (Robert), 1788.
Lemaître (L.), 1783.
Lemay, 1469.
Lemay (Pierre), 1564, 1629.
Lemierre, 287, 784, 1128, 1959.
Lemierre (A.), 534, 572, 575, 1015, 1956.
Lemieux (Renaud), 492.
Lemoine, 329, 832.
Lemoine (A.), 291.
Lemoine (J.-M.), 1703.
Lenègre (J.), 452.
Léo, 364.
Le Pelletier, 1703.
Lépine (Jean), 968, 1740.
Leplat, 568.
Lepoire, 1400.
Leriche, 837, 1003, 1095, 1999.
Leriche (René), 156, 849, 1145, 1463, 1557, 1963.
Lerond (Paul), 1402.
Leroux, 364.
Lesage, 828, 1287.
Lesance, 879.
Lesné, 701, 740.
Lesné (E.), 284, 743, 1011, 1153, 1831.
Lester (P.), 835.
Lestocquoy, 1663.
Lestocquoy (Ch.), 159.
Lestoquard, 72.
Lesure (André), 1851.
Levaditi, 496.
Levaillant (Maurice), 1293.
Leven (Roland), 879.
Leven, 1791.
Levesque (Jean), 1367.
Leveuf, 198, 455, 456, 699, 831, 968, 1166, 1258, 1743, 1744, 1912, 1999.
Leveuf (Jacques), 699.
Lévi (S.), 1959.
Lévy (Georges), 739, 1929.
Lévy (Max), 160, 452.
Lévy (Paul), 364, 576.
Lévy-Bruhl, 240.
Leydet, 1096.
Lhermitte Méténier, 291.
Lherrer (Mlle), 404.
Lhez, 576.
Lian, 452, 832, 1055.
Lian (C.), 537, 700, 878, 928, 1015.
Lignac, 162.
Lillers (E. de), 621.
Lima (Almeida), 832.
Linnell (J.-W.), 1496, 1576.
Lisbonne (M.), 699, 1889.
Livon (J.), 801.
Llucia (H.), 49, 1016.
Lobligeois, 1917.
Loeper, 571, 633, 663, 897, 1288, 1367, 1791.
Loeper (Maurice), 513, 707, 743, 986, 1095, 1519, 1528, 1851, 1992.
Lœwenberg, 1128.
Logeais (Mme), 1956.
Loir, 1837.
Loir (Adrien), 1446, 1667, 1703.
Loir (André), 2005.
Longuet, 1912.
Lorain (G.), 327.
Lorain (Mlle), 1788.
Lormand (Ch.), 197.
Lortat-Jacob, 369.
Louvet (Louis), 736.
Loy (Virgilio), 1536.
Loyer, 1787.
Lumière (Auguste), 159, 448, 761, 883.
Luna (Ch. de), 196.
Lupu (N.-G.), 664.
Luquet, 1258.
Luquet (G.), 364, 407, 456.
Luys (G.), 407, 1917.
Lynd (Robert), 1003.
Lyon (A.), 1015.

M

Mabille (Pierre), 702.
Mach (René-S.), 1056.
Machebœuf, 1667.
Macias de Torres, 960.
Madier, 498.
Maechandise (Pierre), 1536.
Maecoux (Henri), 1831.
Mæterlinck, 1165.
Magendie (J.), 1492.
Magitot (A.), 743.
Magne de la Croix (P.), 1205.
Magrou (E.), 739.
Maignon (F.), 783.
Maigre, 1467.
Maillard (L.-C.), 783.
Maillefer (J.), 685.
Maire (G.), 1664.
Malet (Pierre-Fernand), 75.
Malinsky, 1199.
Mallarmé, 1200.
Mallet, 699, 1004, 1664, 1960.
Mallet (Guy), 572, 740, 831.
Mallet (Lucien), 160.
Mandillon, 161.
Manes (Antonio-J.), 68.
Manoussakis, 366.
Maranon, 1791.
Marbaix (M.), 1911.
Marchal, 239, 1004.
Marchal (Georges), 452, 1291, 1832.
Marchal (M.), 1015.
Marchès (Léo), 374.
Marchon, 1095.
Marchoux (E.), 364.
Marculescu (Alice), 1235.
Marcus (W.), 68.
Marek (J.), 1199.
Marfan, 701, 740.
Margarot (J.), 576, 1291, 1624.
Marie (Julien), 404, 882, 1011, 1288, 1956.
Marie (Pierre), 1877.
Marill (Mlle C.), 537.
Marin Amat (Manuel), 696.
Marinesco, 71, 926.
Marinesco (G.), 571, 1128, 1832.
Marion, 283.
Marmeaux, 107, 195, 492.
Marotel, 496.
Marquet (Georges), 862.
Marquez Blasco (Joaquin), 1467.
Marquézy, 1703, 1959.
Marquézy (R.-A.), 879.
Marsan (Félix), 280.
Martel (de), 502.
Martimor (E.), 685.
Martin, 1166, 1291.
Martin (Eric), 1955.
Martin (M.), 456.
Martin (Pierre-Etienne), 280.
Martin (René), 1911.
Martin-Laval, 1960
Martineau, 1199.
Martineau (J.), 1788.
Marty, 1616.
Mas, 1664.
Mascoulides, 1704.
Masmonteil, 284, 329, 576.
Masmonteil (F.), 404.
Massart, (R.), 115, 329, 407, 478, 659, 702, 750, 828, 1965.
Massary (de), 1703.
Massias (Charles), 394, 1492.
Massière, 1579.
Massion-Verniory (L.), 1464.
Masson (R.), 700.
Masson-Chiarli (Mme), 291.
Mathey-Cornat, 964, 1571.
Mathieu, 198, 456, 498, 1743, 1912.
Mathieu-de-Fossey (A.), 1432.
Mathis (C.), 1702.
Mathivat, 1788.
Mathivat (A.), 1291.
Matteï, 968.
Mattei (Charles), 1460.
Mauclaire, 878, 1095.
Maurer, 572, 831, 1166.
Maurer (Ch.), 1703.
Mauriac (Pierre), 1436.
Mauric (G.), 1094.
May, 119, 497, 743, 1016, 1203.
May (Et.), 1095.
Mayer, 1128.
Mayer (André), 177.
Mayer (R.-L.), 828.
Mayo (Ch.), 1623.
Mazé, 159.
Mazel (P.), 571.
Mégnin (Joël), 1996.
Meige, 1747.
Meillaud (P.), 1937.
Mély (R.), 740.
Menegaux, 198, 329, 963.
Mercier (F.), 197.
Mercier (L.-J.), 197.
Mercier (P.), 964.
Mercier (Raoul), 806.
Merklen, 496, 1915, 1959.
Merklen (Pr.), 287, 1095, 1704, 1849.
Merliac (L.), 699.
Mester, 1467.
Métivet, 198, 366, 408, 699, 1663, 1743.
Mets (A. de), 1405.
Metzger (H.), 1703.
Meyer 327, 1127.
Meyer (André), 534, 878, 1128.
Meyer (J.), 160, 1287.
Meyer (L.), 119.
Meyer-Heine, 1015.
Meyer-Heine (A.), 572.
Mével (Y.), 1008.
Michailowsky, 968.
Michele (Milella), 695.
Michez (J.), 283.
Michon, 699, 1258.
Michotey, 369.
Mignon (Marcel), 404.
Mignot (H.), 1199, 1915.
Mignot (René), 964.
Mignot (Roger), 1872.
Milian, 72, 283, 327, 744, 1704, 1791, 1915.
Milian (G.), 533, 964, 1787.
Millot (J.), 835.
Millous, 1055.
Minet (J.), 366, 1553.
Minor, 120.
Minot (G.), 928.
Mirizzi (P.-L.), 533.
Mironescu, 330.
Mocquot, 1096.
Mocquot (P.), 699.
Moine (Marcel), 1232.
Moiroud (P.), 196.
Mollard (H.), 404.
Mollart, 832.
Mollaret, 496, 1664.
Mollaret (Pierre), 910.
Moline (R.), 1311.
Mondor, 365, 1788, 1996, 1999.
Monneret (Pierre), 1051, 1432.
Monnerot-Dumaine, 1496.
Moniatte, 576.
Monnier (P.), 1291.
Moniz (Egas), 832.
Monod, 572, 1127, 1787.

MONOD (R.-Ch.), 456, 1743.
MONOD (Robert), 330, 831, 1096, 1166, 1744.
MONROSE, 1579.
MONTEL, 1616.
MONTEL (L.-R.), 1402.
MONTUS, 369, 1915.
MONZIE (Anatole DE), 1877.
MORDAGNE, 166.
MORDAGNE (Maurice), 151.
MOREAU, 1704, 1956.
MOREAU (René), 1015.
MOREAU (Mlle), 784.
MOREL (A.), 968, 1740.
MORENO (Anibal-Ruiz), 283.
MORHANGE (J.), 740.
MORIN (G.), 1402.
MORIN (J.), 496.
MORISSE (F.), 366.
MORNET (Jean), 497.
MORVAN, 1095.
MOUCHET, 1787, 1912.
MOUCHOTTE, 701.
MOUKHTAR (Akil), 967.
MOULONGUET, 198, 408, 498, 699, 819, 1096, 1314, 1744, 1787, 1956, 1999.
MOURE, 572, 831, 1055, 1743.
MOURGUE-MOLINES, 1258.
MOURIQUAND, 116.
MOURIQUAND (G.), 1791.
MOUTIER, 1287.
MOUTIER (P.), 1368.
MOZER (J.-J.), 492.
MUNTHE (Axel), 294, 327.
MUTEL, 877.
MUTEL (M.), 874.
MUTERMILCH (S.), 1056.

N

NACHMANSOHN (D.), 1011.
NAGER (F.-R.), 1787.
NAJERA ANGULO (Luis), 681.
NANU (I.), 71.
NAST, 1166.
NAVAN, 403.
NÈGRE (L.), 155, 365.
NEGREANU, 497, 1199.
NEGREANU (Al.), 119, 452, 1095.
NEIMANN, 1400.
NEMOURS (Auguste), 538.
NENON, 1463.
NEPVEU (A.), 1459.
NEPVEUX (F.), 1952.
NETTER (Henri), 287.
NGUYEN-VAN-HUONG, 1008.
NGUYEN-VAN-TUNG, 925.
NIAS, 1664.
NICAUD (P.), 1915.
NICOLO (Consoli), 68.
NITTI (F.), 1093.
NOBÉCOURT, 1313, 1955.
NOBÉCOURT (P.), 221, 257, 1185, 1327, 1572, 1721.
NOËL (R.), 71.
NOËLL (Henry), 38.
NOIR (J.), 949.
NONNENBRUCH (W.), 447.
NORDMAN, 925.
NOUAILLE, 1703.
NOURY, 877.
NOURY (M.), 1166.
NURY (Mlle D.), 1872.

O

OBERLING (Ch.), 1011.
OBERTHIER, 407.
ODIETTE, 963.
ODINET, 2017.
ŒCONOMOS (Sp.), 156.
ŒLSNITZ (D'), 1660.
OGLIASTRI DE GENTILE, 240.
OISEAU (H.), 451.
OKINCZYC, 408, 700, 1744.
OKINCZYC (J.), 414, 1313.
OLIVIER, 1200.
OLIVIER (Jean), 878.
OLMER (D.), 120, 700, 801, 968, 1681.
OLMER (J.), 120, 537, 700, 801, 968.
OLTEANU, 71.
OMBRÉDANNE, 198, 967.
OMBRÉDANNE (L.), 1421.
OPPIKOFER (Henri), 1056.
ORDIONI, 1007.
ORINSTEIN, 1016.
ORINSTEIN (E.), 284, 1703.
OUDART, 1096.
OULMONT (Charles), 1020.
OVARY (Zoltan), 1338.
OX, 403.

P

PADOVANI, 198.
PAGANELLI (A.), 1460.
PAGNIEZ, 1832.
PAGNIEZ (Ph.), 240, 926, 1291, 1703.
PAILLARD (Henri), 64.
PAILLARD (Madeleine-H.), 54.
PAILLAS (J.), 120.
PAILLAS (Jean-E.), 49, 1368.
PAINCHAUD (C. A.), 1428.
PALLETTE (F. - Gomez), 1464.
PALMER, 498, 1996.
PALOMÈRE (Camille), 356.
PANAYAIOPOULOS, 743.
PANAYOTOPOULOS (E.), 1704.
PANISSET (L.), 571.
PANNET (R.), 1291.
PAPAÏOANNON (Mlle), 1959
PARAF, 1016, 1703, 1704, 1959.
PARAF (Jean), 740, 832, 1703.
PARAT, 498.
PARAT (M.), 1788.
PARET (Maurice), 287.
PARHON, 1791.
PARHON (C.-I.), 1235.
PARIGOT (Hippolyte), 1238.
PARIS (André), 1955.
PARREL (G. DE), 67, 1237, 1744.
PARROT (Jean), 1052.
PARTURIER, 879, 1463. 1918,
PARTURIER (Gaston), 197, 366, 576.
PASCALIS (Georges), 701, 1481, 1959, 1960.
PASCHETTA (Vincent), 964.
PASSA, 447.
PASTEAU (O.), 161.
PASTEUR VALLERY-RADOT, 291, 404, 575, 945, 967, 1093, 1094, 1669, 1792.
PATOIR (André), 451.
PATOIR (Gérard), 451.
PATRY (Laurent), 1495.
PAUCHET (Victor), 75, 460, 1061, 1342.
PAULIAN (D.), 1743.
PAUTRAT (J.), 1095.
PAVIOT (J.), 1008.
PAZ (Ezequiat-A.), 283.
PECH, 366.
PÉCHOUX (R.), 571.
PEDROSO (R.), 1094.
PEE (Van), 1312.
PÉHU, 71, 783, 1165.
PÉHU (M.), 1008.
PENDE (Nicola), 411.
PERGOLA (A.), 1199.
PÉRIN, 288.
PÉRIN (L.), 533.
PERLES (S.), 831.
PERLÈS (Mlle S.), 1012.
PERLÈS (Mme Suzanne), 1094, 1955.
PERNOT (R.), 496, 1056.
PERRAULT (Marcel), 320. 1702.
PERREAU (P.), 633, 743, 1367.
PERRIN (Maurice), 557, 886, 1052.
PERRIN (P.), 1291.
PERROT, 283.
PERROT (Em.), 403.
PERVÈS, 1787.
PESCAROLO (W.), 1313.
PETEL, 1291.
PETGES, 832.
PETIT (Roger), 329, 498.
PETIT-DUTAILLIS, 408, 1056.
PETIT-DUTAILLIS (D.), 538.
PETIT-MAIRE., 1016.
PETRESCO, 1338.
PETRIGNAGNI, 498.
PEYRE (F.), 928.
PEZZI, 1095.
PHOTINOS (P.), 1402.
PIC (A.), 1011.
PICARD (Jean), 862.
PICARD (R.), 1291.
PICAUD (A.), 161.
PICHON (Edouard), 1399.
PICOT, 831, 968.
PIÉDELIÈVRE, 1579.
PIÉDELIÈVRE (R.), 451.
PIÉRI (Jean), 287.
PIERQUIN, 287.
PIÉRY (M.), 1011.
PIFFAULT (C.), 288.
PILOD (M.), 1660.
PILOD (P.), 926.
PILON (Edmond), 78.
PINARD (Marcel), 1056.
PINELLI (Luigi), 496.
PINOY (P.-E.), 1832.
PIOLLET (Paul), 1575.
PIROT, 1787.
PLA (Juan C.), 1911.
PLANQUES, 287, 1291.
PLANTEFOL (Lucien), 164, 1616.
PLÉNEAU (Paul), 1539.
PLICHET (A.), 240, 926, 1291, 1703.
PLOTZ, 1911.
POIX (G.), 155.
POLLET, 452, 1956.
POLLET (L.), 284, 1915.
POLONY, 831.
POMARET, 1877.
POMMÉ (B.), 571, 1073.
PONCE, 1590.
PONCEL, 1501.
PONS, 1336.
PONS (R.), 155.
PORAK (René), 1087.
PORCHÉ (François), 1099.
PORGE (J.), 1832.
PORTES, 1787.
POUCHET, 160, 328, 571.
POUDENSAN (Mlle), 1580.
POULAIN (P.), 451.
POULIOT, 498.
POUMAILLOUX, (M.), 119.
POUMEAU-DELILLE, 537.
POUMEAU-DELILLE (G.), 663, 879, 1200, 1703, 1788.
POURSINES (Y.), 1787.
PRAT (Pierre), 1167.
PRON (L.), 744.
PROST (Mlle A.), 288.
PRUCHE (A.), 288, 455, 880, 1096, 1664.
PRUDENTE (Antonio), 1743.
PUCCINELLI (Vittorio), 1911.
PUJADAS (A.), 283.

Q

QUARANTA (A.-P.), 283.
QUÉNU, 1096.
QUERNEAU, 538.
QUERRIOUX, 1238.
QUEVENEY (Claude), 747.
QUIGNON, 162.

R

RACHSTEIN, 743.
RACINE, 119.
RACINE (M.), 404, 448.
RAGIOT (Ch.), 1008.
RAIGA (André), 576.
RAMBERT (P.), 1915.
RAMON (G.), 964.
RAMOND (Louis), 1832.
RAMOS (Rodriguez), 928.
RANGIER (M.), 364.
RATHERY, 1012.
RATHERY (F.), 700, 1095, 1288.
RATIE, 1288.
RATSIMAMANGA, 1667.
RAVINA, 832.
RAVINA (A.), 533, 743, 879, 1016.
RAYMOND (MAURICE), 1396.
REBOUL (H.), 604.
RÉCAMIER (Damas), 1206.
REDON, 967.
REFFY (DE), 288.
REGAUD, 1999.
REILLY, 1128.
REILLY (Jean), 1015.
REMACLE (C.), 886.
REMLINGER (P.), 1011.
RENAUD (Maurice), 1016.
RENAUX (E.), 1831.
RENDU (Ch.), 240, 926, 1703.
RENDU (Robert), 1368.
RETEZEANU (Mme), 455.
REYNALDO DOS SANTOS, 1095.
RIBÈRE, 1015.
RIBIER, (DE), 124.
RICHARD, 198, 572, 1912.
RICHARD (André), 408, 831.
RICHE, 1496.
RICHET (Charles), 998, 1791.
RICHON, 537, 925.
RICHOU (R.), 964.
RIMBAUD, 1291.
RIMBAUD (L.), 925, 1579.
RIMBAUD (P.), 576, 1291, 1624.
RIOM (Mlle), 633, 1367.
RISER, 287, 1291.
RIST, 330, 452, 498, 743, 1016, 1166, 1703, 1827, 1959.
RIVET, 701, 1917.
RIVET (R.), 743.
RIVOLLET (André), 885.
ROBIN, 576.
ROBIN (Gilbert), 736.
ROCAZ, 739.
ROCH (M.), 664, 1464, 1576, 1955.
ROCHAIX, 1872.
ROCHER (H.-L.), 1008.
ROCLORE (M.), 780.
RODRIGUEZ (F.-Blanco), 1464.
RŒDERER (Carle), 538, 880.
ROGÉ, 497.
ROGER (Henri), 287, 455.
ROHMER, 1999.
ROHMER (P.), 701, 1162.
ROLLAND, 1166, 1663.
RONNEAUX, 784, 832.
RONZIER (G.), 1623.
ROQUES, 1258, 1336.
ROSANOFF (Georges), 197.
ROSELLO (Hector-J.), 1911.
ROSENOW, 1623.
ROSENTHAL (G.), 72, 575, 1258, 1572.
ROSSE, 366.

Rothschild (H. de), 159.
Roubier (Ch.), 1401.
Roubinovitch (Jacques), 1232.
Rouch (J.), 1797.
Rouhier, 1258, 1663.
Roulland, 702.
Roume, 203.
Rousseau (Louis), 1908.
Rousseaux (André), 789.
Roussel, 534.
Routhier, 1996.
Routier (B.), 1291.
Rouvière (H.), 71, 1743.
Rouvillois, 1167.
Roux-Berger, 456, 498, 538, 572, 700, 831, 1166, 1744, 1999.
Roux-Mathieu, 1338.
Roy, 239.
Roy (A.), 452, 1832.
Roy (L.), 633.
Roy (L.-M.), 1827.
Roy (L.-Ph.), 1536.
Roy (Maurice), 331.
Roy (P. L.), 928.
Royo-Villanova (M.), 571.
Rubenovitch (P.), 1033, 1113.
Rubens-Duval (A.),1664.
Ruiz-Cortès (J.), 1468.

S

Sacquépée (E.), 1660.
Saenz, 1166.
Saenz (A.), 284, 1831.
Sager (O.), 1128, 1832.
Saidman, 926.
Saint-Georges-de-Bouhelier, 294.
Saint-Martin (de), 161.
Salambiez (M.), 284, 1831.
Salles, 1287.
Sallet, 1664.
Sallet (Jean), 240, 743.
Salmon, 702, 744.
Salmon (Michel), 152, 968, 1055.
Salmona (H.), 1056.
Salomon (Jean), 779.
Salvarellis (M.), 1729.
Samson (M.), 1428.
Santa Maria (A. S. de), 926, 1165.
Sanvoisin (Gaëtan), 78.
Sardon, 1915.
Sartory (A. et R.), 160, 1127, 1287.
Sassier, 700.
Sautel (Mlle Madeleine), 1317.
Sauvage (René), 1396.
Sauvanet (A.), 1729.
Sauvé, 198, 1167, 1996.
Sauvy (A.), 1291, 1624.
Savy (P.), 120.
Saze (L.), 403.
Scemama, 831.
Schachter, 1492.
Schachter (M.), 68, 949.
Schinz (Albert), 462.
Schneegans (E.), 1162.
Schneider, 928.
Schrameck (Mme St.), 927.
Schwartz, 1166, 1788.
Scriabine (K.-S.), 1417.
Sébileau, 1999.
Sédillot, 880.
Sédillot (J.), 14, 455.
Sée (Georges), 927, 1288.
Seguy (Jean), 64.
Seidman (P.), 1288.
Seince (Charles), 884.
Séjournet (P.), 284, 1912.
Sellier (Henri), 2003.
Sendrail, 1167.
Sendrail (M.), 1015.
Sénèque, 498, 968, 1258.
Sergent, 119, 330, 1788, 1956.
Sergent (André), 534.
Sergent (Emile), 404, 1127, 1977.
Seringe (P.), 1094.
Serre, 1664.
Serres, 1579.
Seydel (Samuel), 1491.
Sézary, 72, 452, 744.
Sézary (A.), 739, 783 879, 1165, 1929.
Sibi (M.), 699.
Sidi, 1199, 1955.
Simon (Clément), 964.
Simon (R.), 739.
Simonin (Camille), 828.
Simonnet (H.), 366, 575.
Sivadon (Paul), 1855.
Skladal (J.), 1288.
Slatineanu (Al.), 699.
Smadu (Nicolæ), 1495.
Smith (Pierre), 1314.
Sœur (R.), 1495.
Sohier (R.), 161.
Solente (G.), 533.
Sommer (de), 365, 1287.
Soler (Juan), 1831.
Sorel, 1055.
Sorel (E.), 576.
Sorrel, 407, 408, 456, 572, 699, 740, 968, 1743, 1912.
Soubigou, 1663.
Soubrane, 967.
Soulas, 1792.
Soulas (A.), 159, 880.
Soulié, 239.
Soulié (P.), 452, 537, 832, 1019, 1095, 1291, 1832.
Soupault, 198, 538, 968, 1996.
Souques, 708.
Sourice, 879.
Sourreil, 832.
Soviel, 198.
Spahlinger, 665.
Spéder, 780.
Spillmann (L.), 1318.
Spirito Francesco, 1620.
Stefanesco (C.-S.), 1536.
Stefanescu - Dragomireanu (Marie), 1235
Stein, 291.
Stéfani (J.), 1428.
Stévenin, 1485.
Stévenin (H.), 452.
Stoian, 1055, 1096, 1663, 1743.
Stoïanovitch, 408, 968.
Stoltz, 160.
Stroesco (Georges), 783.
Strominger, 1960.
Stuhl, 98.

T

Tabarant, 1750.
Tabarant (Adolphe), 1470.
Taguet (Ch.), 455, 1960.
Tailhefer, 1166.
Tamalet (L.), 744.
Tanon, 283, 1892, 1912.
Tardieu (André), 744.
Tarneaud, 161.
Tato (Juan-Manuel), 1496.
Taussig (F.-J.), 1366.
Tauzin (J.), 954.
Tédesco (Mme), 572, 1291.
Teissonnière (Maurice), 739.
Temerson, 1056.
Terracol, 1469.
Thalheimer, 1996.
Thée (R.), 28.
Theobalt, 1703.
Théodoresco (B.), 1956.
Thévenard, 407.
Thévenard (A.), 1199, 1915.
Thieffry (S.), 1463.
Thiéry (J.-E.), 330.
Thiodet, 1015.
Thivolle (L.), 1743.
Thomas (André), 700.
Thomas (Ph.), 1492.
Thuillot (Mlle), 1667.
Thurel (R.), 452.
Tiffeneau, 71, 363.
Tilmant, 1787.
Timşit, 739.
Tison, 1917.
Tissier H(.), 119.
Tissier (Mlle M.), 239.
Tssier (P.), 561, 571.
Tixier, 701.
Tondeur (F.), 496.
Tonnet, 1992.
Toraude (L.-G.), 403.
Torlais, 1294.
Toulouse, 32.
Toupet (René), 1294.
Touraine (A.), 533.
Tramuset (R.), 1128.
Trêves (André), 456.
Triantaphyllopoulos (E.), 1055.
Trillat (A.), 327, 1235.
Trillat (P.), 71.
Trillat (P.), 71.
Troisier, 1016.
Troisier (Jean), 155, 497, 1056.
Trotot (R.), 119, 1015.
Truc, 1258.
Truc (E.), 1496.
Truc (Gonzague), 1059.
Truffert, 1055.
Trumbull (Gonzalo-Corbalan), 1467.
Turiaf, 404.
Tzanck, 784, 1199, 1203.
Tzanck (A.), 196, 452, 497, 1095.

U

Uebelhör, 963.
Uhry, 740.
Uhry (P.), 455, 497.
Ullmann, 1703.
Ullmann (M.), 330.
Ullmo (Mlle), 576.
Uracrez, 1288.
Urechia, 1664.
Urechia (C.-J.), 455.
Urechia (Mme), 455.
Uteau, 925.

V

Vague (J.), 700, 1681.
Vaisman (A.), 783.
Valatx, 498.
Valdiguié (Paul), 637.
Valette (G.), 71, 1743.
Vallerix, 879.
Vallette (Albert), 701.
Valle y Aldabalde (Rafael del), 696.
Vandecasteele (J.), 1553.
Vanesco (Mme E.), 1338.
Vanverts (J.), 1926.
Vasilesco (N.), 1788.
Vasilescu (C.), 68.
Veau, 1055.
Veith (M.-E.), 699.
Vérain, 287.
Vercel (R.), 1908.
Vergely (J.), 1402.
Vergues, 1469.
Vergues (M.), 1496.
Véricourt (R. de), 119.
Vermorel (Jean), 747.
Vernéjoul (M. de), 161.
Vernéjoul (R. de), 49.
Vernier, 369.
Veyssi (G.), 119.
Vezin, 497.
Vézina (Charles), 1536.
Vial (Gilbert), 497, 1623.
Viala (R.), 119.
Viallefont, 1338.
Viallefont (H.), 288.
Viallier, 784, 1338.
Vieillefosse, 1663.
Viennois (P.), 1791.
Vignes (Henri), 24, 400, 440, 491, 921, 1366, 1823, 1838, 1952, 1955, 2017.
Vignes Rouges (Jean-des), 332.
Vilarino (R.), 363.
Villard (H.), 288, 967.
Villaret, 1704.
Villaret (Maurice), 1012, 1287.
Vincent (H.), 877, 1871.
Vincenti (Ch.), 1704.
Violet, 744.
Violle (H.), 1287.
Violle (P.-L.), 1952.
Vires, 1579, 1664.
Viriot ((Juan Aberto), 665.
Voivenel (Paul), 669.
Voizard (Fr.), 655.
Vossenaar, 328.
Vranceanu (Petru), 492.

W

Waitz (R.), 496, 1056.
Wallich (Robert), 1016.
Walther (Léon), 932.
Walthier (Henry), 1012.
Warembourg, 366.
Warembourg (H.), 1641.
Warter (J.), 1664.
Wegierko (J.), 1368.
Weil, 831.
Weil (Mathieu-Pierre), 478.
Weil (P.-E.), 701, 831, 1012, 1094, 1955.
Weill (G.), 1314.
Weill (J.), 1016, 1788.
Weill (Mlle), 116.
Weill-Hallé, 701, 740, 743, 783, 1314, 1959.
Weisev (J.), 447.
Weiss, 160.
Weissenbach, 1199.
Weissenbach, (R. J.) 784, 1667.
Wells (H. G.), 124.
Welter (E.), 1784.
Welti, 198, 538, 1055, 1791.
Wiki (B.), 664.
Wilcken (A.), 151, 1399.
Willemin, 1288.
Willot, 329.
Wilmoth, 1743, 1999.
Wimphen (A.), 1291.
Wimphers (A.), 1016.
Wogue (Jules), 1294.
Wolfromm (G.), 1400.
Woringer (Fr.), 28.
Worms (G.), 214.
Worms (Robert), 1664.

Y

Yovanovitch, 166, 1663

Z

Zagdoun, 1167.
Zamfiresco, 1096.
Zoja, 1791.

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE